



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Péče o pacienta se schizofrenií z pohledu sester a  
rodinných příslušníků**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kateřina Laierová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci s názvem Péče o pacienta se schizofrenií z pohledu sester a rodinných příslušníků jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systém na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 2. 5. 2017

.....

*podpis*

### **Poděkování**

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za trpělivost, čas a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

# **Péče o pacienta se schizofrenií z pohledu sester a rodinných příslušníků**

## **Abstrakt**

Práce byla rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části jsme se zaměřili na charakteristiku schizofrenie, život pacienta se schizofrenií, léčbu schizofrenie a edukaci pacienta se schizofrenií.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat aspekty péče o pacienta se schizofrenií, jak z pohledu rodinných příslušníků, tak z pohledu sester a zjistit a popsat dopad onemocnění na život pacienta z pohledu jeho rodinných příslušníků.

Ve výzkumné části jsme použili kvalitativní výzkumnou strategii, metodu dotazování, techniku sběru dat formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány ve vybraném domově se zvláštním režimem a u sester pracujících na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice a druhá část rozhovorů proběhla s rodinnými příslušníky pacienta se schizofrenií. Výzkumný soubor tvořily tři sestry pracující na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice, čtyři sestry pracující v domově se zvláštním režimem a pět rodinných příslušníků pacienta.

Zjistili jsme, že péče o pacienta se schizofrenií je z pohledu sester pracujících na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice psychicky velmi náročná. Sestra by měla pravidelně sledovat chování nemocného a případné poruchy v chování a zajistit bezpečí nemocného a jeho okolí při projevech agrese vůči sobě či okolí. Péče z pohledu sester pracujících v domově se zvláštním režimem je také psychicky velmi náročná, mnohem více však náročná fyzicky, především kvůli péči o imobilní pacienty v zařízení. Rodinní příslušníci se o pacienta starají převážně v domácím prostředí nebo jej jezdí navštěvovat do zařízení. Vzhledem k tomu, že je pacient zaléčený, žádnou náročnou péči, jako v začátcích onemocnění neudávají. Za stěžejní považují sestry, jak z akutní, tak i z dlouhodobé péče, zajištění podávání léků, individuální přístup k pacientovi a získání si jeho důvěry.

**Klíčová slova:** edukace; péče; psychiatrie; rodina; sestra; schizofrenie

## **Care of a patient with schizophrenia from the nurse's and family member's point of view**

### **Abstract**

The bachelor's thesis was divided into two parts, theoretical and empirical. It dealt with characteristics of schizophrenia, patient's life with schizophrenia, schizophrenia's care and education of patient with schizophrenia in the theoretical part of the thesis.

The aim of the study was to identify and describe the aspects of the care for patients with schizophrenia as perceived by both patients' family members and nurses, and to identify and describe the impact of the disease on the life of the patient from the point of view of his family members.

The research part of the thesis uses the qualitative research strategy, the questioning method, the semi-structured interviews data collection based on interviews conducted in a selected home with a special regime and with nurses working at the acute psychiatric ward in a general hospital, and the second part of interviews were conducted with family members of a patient with schizophrenia. The research sample consisted of three nurses working in an acute psychiatric department of a general hospital, four nurses working in a home with special regime and five patients' family members.

It was found that taking care of a patient with schizophrenia is very demanding from the point of view of nurses working in. A nurse should regularly monitor the patient's behaviour and possible behavioural disorder, and ensure the safety of the patient and persons in his proximity in the case of a patient's aggression towards self or other people. From the viewpoint of nurses working in a home with special regime, the care is also demanding, however much more physically than psychologically, especially due to providing care to immobilised patients. Family members look after patients mostly at home or visit them in a facility. As the patient had already undergone a treatment, family members do not report any demanding care compared to the beginnings of an illness. Nurses from both acute and long-term care consider ensuring proper delivery of medication, individual approach to patients, and gaining their trust to be crucial factors of care.

**Key words:** care; education; family; nurse; psychiatry; schizophrenia

# Obsah

Úvod .....	7
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>8</b>
<i>1.1 Charakteristika schizofrenie .....</i>	<i>8</i>
1.1.1 Diagnostika schizofrenie .....	8
1.1.2 Příznaky schizofrenie .....	9
1.1.3 Formy schizofrenie .....	11
1.1.4 Průběh schizofrenie .....	12
1.2 Život pacienta se schizofrenií .....	13
1.2.1 Dopad onemocnění na pacienta .....	13
1.2.2 Dopad onemocnění na rodinu .....	14
1.3 Léčba schizofrenie .....	15
1.3.2 Dlouhodobá péče .....	17
1.3.3 Komunitní péče .....	18
1.3.4 Ošetrovatelská péče o pacienta se schizofrenií .....	20
1.4 Edukace .....	23
1.4.1 Edukace pacienta se schizofrenií .....	23
1.4.2 Role sestry v psychoedukaci .....	24
1.5 Komunikace s pacientem se schizofrenií .....	25
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>27</b>
2.1 Cíle práce .....	27
2.2 Výzkumné otázky .....	27
<b>3 Operacionalizace pojmů .....</b>	<b>28</b>
<b>4 Metodika .....</b>	<b>29</b>
4.1 Použitá metoda výzkumného šetření .....	29
4.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	29
<b>5 Výsledky .....</b>	<b>31</b>
5.1 Kategorizace zpracovaných výsledků .....	33
<b>6 Diskuze .....</b>	<b>42</b>
<b>7 Závěr .....</b>	<b>47</b>
<b>8 Seznam literatury a elektronických zdrojů .....</b>	<b>49</b>
<b>9 Seznam příloh .....</b>	<b>54</b>
<b>10 Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>62</b>

## Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma *Péče o pacienta se schizofrenií z pohledu sestry a rodinných příslušníků*. Je to téma, které je mi velice blízké, jelikož se vyskytuje v mé rodině.

Schizofrenie je onemocnění, které svými projevy zásadním způsobem negativně ovlivňuje život člověka. Často se u nemocných vyskytují halucinace, bludy a dochází ke ztrátě motivace a náhledu na sebe sama, oslabení empatie, paměti a schopnosti zvládat stres. Jsou narušeny kognitivní a afektivní funkce. Nemoc zasahuje všechny podstatné oblasti života člověka: vzdělání, zaměstnání, rodinu a partnerské vztahy.

Jedná se o relativně často se vyskytující onemocnění, zasahující přibližně 1 % populace mezi 20. a 30. rokem života. Jakožto duševní onemocnění schizofrenie na rozdíl od fyzického handicapu na první pohled viditelná - odehrává se uvnitř duše nemocného. Veřejnost nemá o lidech s duševním onemocněním dostatek relevantních informací, a tak se jich často straní a odsouvají je na okraj společnosti.

V teoretické části se budu zabývat pojmem schizofrenie, její diagnostikou, příznaky, formami a průběhem. V další podkapitole na to navážu životem pacienta a dopadem schizofrenie nejen na něj, ale i na jeho rodinu. Ve třetí kapitole nastíním léčbu akutní, dlouhodobou, komunitní a ošetrovatelský proces, který má v psychiatrii svá specifika. Jako další kapitolu jsem zařadila edukaci, jež je důležitá především z pohledu psychoedukace, ale i samotná edukace pacienta stojí v léčbě v popředí. V poslední kapitole zmíním komunikaci s pacientem se schizofrenií. Ta je povětšinou velmi obtížná nejen pro rodinu, ale mnohdy i pro zdravotnické pracovníky a je zde důležitý kvalitní přístup k pacientovi, pozorné naslouchání ze strany personálu, nevyvracení pacientových myšlenek a v neposlední řadě také získání si pacientovi důvěry za účelem spolupráce.

V praktické části bude použita kvalitativní metoda výzkumného šetření formou polostrukturovaných rozhovorů, které budou realizovány ve vybraném domově se zvláštním režimem a u sester pracujících na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Druhá část rozhovorů proběhne s rodinnými příslušníky pacienta se schizofrenií.

Cílem bakalářské práce je zjistit a popsat aspekty péče o pacienta se schizofrenií, jak z pohledu rodinných příslušníků, tak z pohledu sester a zjistit a popsat dopad onemocnění na život pacienta z pohledu jeho rodinných příslušníků.

## **1 Současný stav**

### **1.1 Charakteristika schizofrenie**

Schizofrenie jako onemocnění doprovází lidstvo odedávna a samotný pojem je něco málo přes sto let starý, jako odvozenina z řeckých slov *schizein*= štípat, dělit a *frén*= mysl. Říká se, že je to nemoc „*sta tváří*“, každý schizofrenik ukazuje jiný obraz této nemoci (Orel et al., 2016).

Schizofrenie je duševní porucha, která je charakterizována poruchami téměř všech psychických funkcí. Zásadní bývá porucha myšlení a vnímání, distancovanost či nepřiměřená emotivita, narušené chování a jednání (Svoboda et al., 2012). Schizofrenie začíná typicky v adolescentním věku a její výskyt u mužů a žen je 50:50 (Orel et al., 2012). Kučerová (2013) ve své knize uvádí, že je to plynoucí proces, který nejde úplně vyléčit. Schizofrenii lze pouze léčit, udržovat v remisi a kompenzovat s vyšším či nižším úspěchem, jelikož postupně ničí organismus, který je jím zasažen. V poslední fázi vede až k deficitu osobnosti. Většinou se pacienti dostaví k lékaři až s první manifestací psychotické symptomatologie (Svoboda et al., 2012).

Obraz schizofrenie může být někdy kombinován s příznaky afektivních poruch, jako jsou deprese a mánie (Kučerová, 2013). Na vzniku se podílí nejen dědičné vlivy, ale především biochemické poměry v mozku. Spouštěčem mohou být ale i halucinogeny, amfetaminy, marihuana či jiné látky anebo určité životní události (úmrť v rodině, ztráta pracovní pozice). Můžeme tedy říci, že schizofrenie vzniká kombinací spouštěče a určité predispozice (Peterková, 2008). U schizofrenie se mohou objevovat sebevražedné rysy, jež mají za následek úmrtí u pacientů se schizofrenií (Albayrak et al., 2012).

#### **1.1.1 Diagnostika schizofrenie**

Diagnostika schizofrenie se zaměřuje na širší spektrum. Nejprve je důležité zjistit formální a obsahové stránky myšlení, jako jsou bludy nebo nesouvislosti, sledovat afektivitu nebo naopak můžeme sledovat oploštělost, zvýšené manýrování a agresivitu. Agresivita může být vedena i proti sobě samému, a jak uvádí Raboch (2012), až 10 % pacientů se schizofrenií skončí svůj život sebevraždou.

Ke stanovení diagnózy duševního onemocnění se využívají dvě velké klasifikace duševních poruch, a to 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10),



kteřou vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO) a statistický manuál (DSM V) (Forgáčová, 2014), vypracovaný Americkou psychiatrickou asociací, jež je nyní nově doplněn o 14 dalších diagnóz. Obě zmíněné klasifikace jsou založeny na zcela jasně popsaných kritériích (Češková, 2007).

Podle kritérií MKN-10 lze schizofrenii diagnostikovat pouze tehdy, když se u nemocného vyskytuje alespoň jeden příznak z první skupiny nebo alespoň dva příznaky z druhé skupiny symptomů (Dušek, Večeřová Procházková, 2015). Do první skupiny se řadí slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání myšlenek, ozvučování myšlenek, bludy ovládnutí (kontrolovatelnosti), sluchové halucinace, komentující chování postiženého nebo samomluva. Dále sem patří také jiné bludy, které přetrvávají a jsou v dané kultuře nepřijatelné a nepatřičné, jako například přesvědčení o nadlidské síle a schopnostech. Do druhé skupiny řadíme halucinace, formální poruchy myšlení (neologismy, zárazy), katatonní příznaky (setrvání v nastavených pozicích, negativismus, stupor, voskovou ohebnost), nápadné kvalitativní změny chování (nečinnost, sociální stažení, ztráta zájmů, bezcíllost). Tyto příznaky musejí dle MKN-10 trvat alespoň měsíc. Oproti tomu DSM V vyžaduje přítomnost příznaků minimálně v rozsahu 6 měsíců, jinak jsou definiční znaky schizofrenie podobné (Češková, 2007).

Navzdory závažnosti této nemoci, mohou někteří pacienti zažít jedinou ataku schizofrenie. Po léčbě a rehabilitaci se mohou pacienti vrátit k mnoha svým běžným aktivitám. Je však možné se setkat i s případy, kdy se u pacientů objevují dlouhodobé, komplikované příznaky, které omezí jejich schopnost studovat, pracovat nebo budovat sociální vztahy. Je důležité, aby se lidem se schizofrenií dostalo odborného poradenství a lékařské péče (Schizofrenie, 2013).

### **1.1.2 Příznaky schizofrenie**

Kučerová (2013) ve své knize uvádí, že se u schizofrenie mohou vyskytovat skoro všechny psychické příznaky kromě amence a deliria. Diagnostikovat tuto nemoc tedy není snadné.

Samotné schizofrenii předchází varovné příznaky, které se mohou u některých lidí objevit náhle a bez varování. U většiny případů však přicházejí náznaky, které pokračují, až do první ataky. V této rané fázi se lidé se schizofrenií mohou zdát přátelům a rodině výstřední, nemotivováni, bezcitní a samotářští. Tito lidé se většinou sami izolují,

zanedbávají svůj vzhled, mluví v nesouvislých větách, ukazují lhostejný přístup k životu. Mohou se vzdát svých koníčků a aktivit, jejich výkon v práci nebo škole se zhorší.

Mezi nejčastější varovné příznaky patří sociální stažení, nepřátelskost nebo podezřívavost, zhoršení osobní hygieny, bezvýrazný pohled, neschopnost vyjádřit radost nebo pláč, nevhodný smích či pláč, skleslost, přílišná spavost nebo nespavost, liché nebo iracionální myšlení, zapomnětlivost, neschopnost soustředit se, extrémní reakce na kritiku, používání nesrozumitelných slov, zvláštní projevy řeči (Schizofrenie a její kompletní příznaky, 2015).

Sestra by měla s pacientem rozdělit příznaky na objevené v návaznosti na životní události a varovné příznaky a zapisovat je buďto jako prožitek (např. nespavost) nebo událost (např. stěhování). Životní události mohou být, ale nemusí spouštěčem nemoci, a tak už může být pacient připravený a lépe si zorganizovat čas a vyvarovat se spouštěči jeho nemoci (Petr a kol., 2012).

K typickým příznakům patří poruchy myšlení, vnímání, emocí a chování. U poruch myšlení se pacient schizofrenií řídí stereotypně a myslí podle svých pravidel. Ke každému jevu potřebuje znát vysvětlení, jinak si může myslet, že ho například někdo sleduje. Ve vlastních myšlenkách se pacient se schizofrenií neorientuje. Občas se u něj vyskytují i chvíle, kdy se zarazí a nemůže pokračovat v myšlení (Peterková, 2008). U poruch vnímání jsou typické halucinace (halucinované hlasy, slyšení vlastních myšlenek). U poruch emocí je značná citová otupělost, ale může se objevit i chorobná vzrušenost (Orel et al., 2012). Peterková (2008) uvádí poruchy chování, kde se ukazuje ztráta zájmů, apatie, bezcílnost. Člověk se uzavírá do sebe, má problémy v komunikační sféře.

Kučerová (2013) rozděluje příznaky na nápadné, méně nápadné nebo nenápadné, pozitivní a negativní. Mezi nápadné příznaky patří hlavně nesouvislé myšlení, které poznáme ihned po konverzaci s pacientem. Dalším příznakem je transformace osobnosti nebo halucinace. Dle Orla (2016, s. 106) jsou halucinace: „šalebné vjemy, které člověk vnímá jako neexistující podněty a je přesvědčen o jejich skutečnosti.“ Do těchto příznaků patří i bludy, které podle Kučerové (2013) poznáme z řeči nebo z chování. Může tu být i nápadné chování, deprese, apatie nebo naopak agresivita vůči sobě nebo okolí. Nenápadné nebo méně nápadné příznaky většinou poznají až lékaři, jelikož se projevují emoční oploštělostí, depresivní náladou a apaticko- hypobulickým syndromem, který je charakteristický svou nenápadností a okolí to vnímá spíše jen jako lenost

pacienta. Dalšími nenápadnými příznaky mohou být sebevražedné myšlenky a úvahy, o kterých pacient nikdy nemluví (Kučerová, 2013).

Mezi pozitivní příznaky patří podle Martínkové et al. (2013) halucinace, bludy, inkoherece myšlení, výrazný neklid a nesouvislá stavba řeči. Oproti tomu negativní příznaky jsou takové, které chybějí, jako například ochuzení myšlení a slovní zásoby, oploštělá emotivita, celkové snížení aktivity, snížená sociální interakce.

Bludy jsou mylná přesvědčení vyplývající z choroby. Pacientovy bludy jsou pro něj nevyvratitelné. Je o nich přesvědčen, jako by to byla jeho realita a okolí jim to nedokáže nijak vysvětlit a vyvrátit. Nemocní mohou být vztahovační, myslí si, že je někdo sleduje nebo je neustále poslouchá (Petr et al., 2014).

Halucinace je porucha myšlení, kdy se pacientovi jeví vjemy, které vznikají v jeho mozku při onemocnění. Tyto vjemy mohou podněcovat jeho následné chování, pacient si například zacpává uši, aby neslyšel hlasy. Halucinace rozlišujeme sluchové, zrakové, chuťové, čichové nebo dotykové, které mohou mít i sexuální podtext (Petr et al., 2014). Jak píše Orel et al. (2016), někteří lidé své halucinace popírají, a proto je dobré si všimnout, jak se v okolí chovají. Někteří vedou dialogy s neexistujícími hlasy.

### **1.1.3 Formy schizofrenie**

Schizofrenie se dělí na několik klinických forem: F20. 0 Paranoidní schizofrenie, F20. 1 Hebefrenní schizofrenie, F20. 2 Katatonní schizofrenie, F20. 3 Nediferencovaná schizofrenie, F20. 4 je vyčleněna pro postpsychotickou depresi, F20. 5 Reziduální schizofrenie, F20.6 Simplexní schizofrenie. Paranoidní schizofrenie je nejběžnější typ, který je charakterizován především bludy, které jsou doprovázeny nejčastěji halucinacemi sluchovými (Svoboda et al., 2012). Hebefrenní schizofrenie se projevuje nápadným chováním, negativizmem, dětinskými způsoby chování a až inkoherencí (nesouvislostmi) v myšlení (Orel et al., 2016). U katatonní schizofrenie převládají poruchy motoriky, především grimasování a manýrování. Časté jsou i stereotypní verbální projevy a stereotyp v chování. Nediferencovaná schizofrenie zahrnuje více symptomatologie a forem než předešlé typy (Svoboda et al. 2012). U reziduální schizofrenie se jedná o přetrvání určité zbytkové schizofrenní symptomatologie. Simplexní schizofrenie je typická uzavřením se do svého vnitřního světa, ztrátou zájmů,

citovou otupělostí. Charakteristickým rysem je pokles aktivity až apatie (Orel et al., 2016).

#### **1.1.4 Průběh schizofrenie**

Průběh schizofrenie bývá velice různorodý stejně jako celé onemocnění. Důležitý je včasný záchyt onemocnění, aby bylo možné v budoucnu mírnit následky onemocnění. Vyskytují se i případy, kdy lze zachytit počátek onemocnění již v dětství. Tento stav označujeme to jako premorbidní období (Orel, 2016).

Dle Vágnerové (2008) závisí prognóza konkrétního pacienta především na závažnosti, dosavadním průběhu a rychlosti nástupu jeho onemocnění. Vliv hraje také věk nemocného, jestliže onemocní pacient v dětství či dospívání, může být negativně zasažen rozvoj jeho osobnosti. Schizofrenii jako takové předchází prodromální období, kdy se objevují negativní příznaky nebo vztahovačnost, avšak tyto příznaky také nemusejí být určující.

Orel et al. (2009) vymezuje pět stádií průběhu schizofrenie. První je premorbidní stádium, jež probíhá pouze u některých pacientů. Objevit se může již v dětství formou poruchy pozornosti nebo sníženého výkonu. Druhým je prodromální stádium, které zahrnuje nespecifické příznaky. Dalším průběhem je první psychotická epizoda. Ta trvá týdny a začíná náhle a dramaticky. Při ní je narušeno myšlení, emoční prožívání, chování, motorika a rozpoznání reality. Epizoda může být zahájena díky spouštěcímu faktoru v podobě požití návykové látky nebo stresu, který ale není příčinou onemocnění. Čtvrtým stádiem je aktivní choroba, jež se dělí na třetiny. V první části dochází k úplnému uzdravení, v druhé část je charakterizovaná atakovitým průběh, relapsem onemocnění a ústupem příznaků. V poslední části se pacienti potýkají se zhoršujícími se příznaky onemocnění. Páté stádium je reziduální, označované jako zbytková schizofrenie. Její diagnostikou je schizofrenie v minulosti.

Vágnerová (2008) rozlišuje také několik základních průběhů onemocnění. Epizodický, projevující se atakou, ve které dochází ke krátkodobému vzplanutí akutních příznaků a následném zlepšování zdravotního stavu pacienta. Dalším typem je opakovaný průběh s vracejícími se atakami, na který navazuje maligní průběh, kdy po náhlém počátku onemocnění dochází k rozpadu osobnosti. U chronického průběhu se ataky opakují

a v přibližně 30 % případech se objevuje postupný osobnostní úpadek. Posledním průběhem je reziduální stádium, kde doznívá nemoc s přetrvávajícími negativními příznaky, jako je ztráta duševních nebo společenských funkcí.

## ***1.2 Život pacienta se schizofrenií***

U většiny lidí se schizofrenií hraje zásadní roli léčba. Kromě léků může také pomoci, když se pacient naučí, jak se schizofrenií bojovat. Existují různé druhy terapií jako například rozhovory s ostatními pacienty. Pozitivní dopad má také malování, které vede ke zlepšení rovnováhy, poezie nebo jiná tvůrčí činnost, sport a fyzické aktivity udržující pacienty v kondici.

Život lidí se schizofrenií může být vážně narušen, a to nejen jejich, ale především i jejich rodiny, které mohou být vystaveny dlouhodobému silnému stresu díky působení této choroby na jejich blízké. Pro členy rodiny může být obzvláště těžké, když vzpomínají na to, jaký byl pacient předtím, než onemocněl (24x7 Schizofrenie, 2014).

### **1.2.1 Dopad onemocnění na pacienta**

Při jakékoliv změně, které by si pacient na svém těle všiml, by se měl pacient dostavit ke svému lékaři, který by mu měl podat veškeré informace o jeho onemocnění a doporučit mu následnou léčbu. Je dobré, aby s pacienta doprovázel někdo z rodiny.

Schizofrenie postihuje především mladé lidi a ti nejvíce potřebují psychickou podporu, i když si kolikrát myslí, že vše zvládnou sami. Lékař nejprve zmírní následky nemoci a pomůže pacientovi stanovit dlouhodobější cíl. Hospitalizace je náročná, a tak je třeba ji zminimalizovat na co nejkratší dobu, pokud je to možné a pacient neohrožuje okolí nebo sám sebe. Nejdůležitější je, aby pacient nepřestal užívat předepsané léky, neboť je tu vysoké riziko relapsu nemoci a prohloubení do horších stavů.

Problémy pacientů se schizofrenií mohou být sociální, osobní, klinické a někdy politické, například diskriminace (CPRPDZ, 2016). Diskriminace je jedním ze základních elementů konceptualizace stigmat v souvislosti s duševním onemocněním. K té vede i jednání založené na neznalosti a negativních postojích (Thornicroft et al., 2009).

Dopad schizofrenie je pocíťován v mnoha oblastech života. Účinná léčba musí řešit mnoho problémů, včetně časného rozpoznání recidivy, předcházení recidivám, zlepšení náhledu a snášení léčby pacientem, psychologické osvěty, rodinného života, péče

v komunitě a péče v jiných zvláštních prostředích, sociálních dovedností, postupů pro vypořádávání se s problémy a rehabilitace. Skoro všechna srovnání léčby léky a sociální rehabilitací ukázala, že aplikace léků v kombinaci se sociální rehabilitací vede k lepším výsledkům, než kterýkoliv jiný z přístupů sám o sobě. Léky jsou často nezbytnou, ale nikdy i ne dostatečnou léčbou, avšak v souvislosti se sociální rehabilitací je aplikace pečlivě předepsaných léků vždy nápomocná (CPRPDZ, 2016).

U pacientů se schizofrenií se velice často vyskytuje deprese, a to až v 60 - 80 % případů. Pacienti, kteří se léčí dlouhodobě užívají antidepresiva, avšak depresivními symptomy trpí převážně pacienti v akutní fázi schizofrenie. Trvajícím antipsychotická medikace je základní a nepostradatelnou součástí léčby schizofrenie (Janů, 2007). Depresivní příznaky tu mají vliv i na pozdější sníženou fyzickou aktivitu, spojenou se špatnou kompenzací diabetu, která vede ke zhoršené životosprávě. Lidé trpící schizofrenií mají tak kolísání glykémie a vyšší výskyt mikrovaskulárních komplikací (Kudlová, 2015).

Chou et al. (2016) ve své studii uvádí, že lidé trpící schizofrenií umírají dříve, než ostatní lidé a vyskytuje se u nich více druhů rakoviny. Mezi příčiny časně mortality, spojované právě s rakovinou, se řadí špatný životní styl či nedostatečná léčba.

### **1.2.2 Dopad onemocnění na rodinu**

Schizofrenie je dědičné onemocnění. Nejčastější prevalence je u jednovaječných dvojčat, kdy druhé onemocní v 50 % případů. Je-li jeden z rodičů schizofrenik, přenos na dítě se uskuteční ve 12 % případů, jak uvádí Orel et al. (2012).

Pro rodinu je velmi těžké se vyrovnat s diagnózou, která byla jejich blízkému stanovena. Díky nedostatku odborných informací o schizofrenii se může nemocný setkat s odmítavým přístupem společnosti. Lidé, jež nemají znalosti o této psychóze, často připisují příznaky onemocnění povaze dotyčného jedince. Mnoho pacientů se schizofrenií žije osaměle, bez partnera (Juklová, Skorunková, 2009).

Do stanovení diagnózy se může pacient zdát svému okolí odlišný, ale poté dochází ke změně chování vůči nemocnému. I když jsou pacienti zaléčení, berou pravidelně léky a docházejí do center a ambulancí, je potřeba mít na paměti, že jsou stále nemocní a schizofrenii si „nosí“ s sebou. Okolí by se o pacientově nemoci mělo dozvědět, mělo by být připraveno na možný opětovný nástup nemoci. Rodina je tu pro pacienta

na prvním místě. Měla by ho ve všem podporovat, snažit se mu porozumět a nejlépe i dohlížet z počátku na jeho léčbu.

Pro rodinu se jedná o těžké a náročné období. Okolí pacienta může být také citově labilní a kontakt s nemocným nemusí dobře snášet. Klíčová je silná psychika a vytrvalost, a to nejen v časech, kdy je pacient poprvé hospitalizován nebo kdy se u něj projeví první ataka v onemocnění. Důležité je, dávat si pozor na různé symptomy onemocnění například násilí. Z počátku je žádoucí, aby se o nemocného staralo více osob pro případ, že by hrozilo nebezpečí agrese vůči rodinnému příslušníkovi či sobě samému, aby byl zajištěn včasný zásah.

Opomenuta nesmí být ani dostatečná informovanost všech od pacienta až po rodinu. Rodinný příslušníci by si měli aktivně vyhledávat informace o tomto onemocnění, ale také chodit s nemocným k lékaři, znát jeho zdravotní stav a průběh onemocnění.

Ve Spojených státech amerických mají Národní alianci pro duševně nemocné (NAMI), se 140 000 členy. NAMI obhájí právo lidí s duševními nemocemi na zaměstnání, pomáhají psychicky nejen nemocným, ale i jejich rodinám a pořádají dokonce workshopy po nemocnicích, aby se o nic dozvěděla široká veřejnost (Johnson, 2006).

### ***1.3 Léčba schizofrenie***

Nynější poměr mezi akutními lůžky a lůžky následné a dlouhodobé péče není v současné době optimální, jelikož významnou měrou převažují lůžka následné a dlouhodobé péče a akutních lůžek je nedostatek (Raboch, Wenigová, 2012).

Hospitalizace zachycují krátkou, avšak významnou část onemocnění. Kontakt i vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje návaznost pacientovy psychiatrické problematiky. Důležité je, aby byl obeznámen ambulantní psychiatr s pacientovým sociálním a vztahovým prostředím, a aby s ním byl pacient v kontaktu (Raboch, Wenigová, 2012).

U každého pacienta je důležitá komplexní péče o něho i jeho rodinné příslušníky. Pacient nemá vždy náhled na onemocnění, a tak je důležitý dohled rodiny. V zásadě by pacient nikdy neměl přestat brát léky. Je třeba předejít návratu nemoci. Kdyby přece jenom

k relapsu onemocnění došlo, pacient si bude připadat osamělý, přecitlivělý a bude si myslet, že mu nikdo z okolí nerozumí. Také tu může být rozdíl mezi vnímanou realitou pacienta skutečností. Pacient sám může vycítit, že se blíží relaps nemoci nebo to pozná i jeho okolí. Pacient v ten čas trpí varovnými příznaky (nechutenstvím, nespavostí, zhoršenou koncentrací). Je důležité tyto projevy včas zachytit a věnovat se jim, aby mohl pacient opět žít plnohodnotnější život (EUFAMI, 2012).

Existuje i úspěšný preventivní program ITAREPS proti znovu vzplanutí nemoci. Každá recidiva nemoci má varovné příznaky, a tak pacienti nebo jejich rodinní příslušníci zasílají lékaři pomocí SMS každý týden dotazníky. Lékař pak může ihned jednat. Tato osvědčená metoda snížila počet hospitalizací o 70 % (Španiel, 2009, s. 21).

### **1.3.1 Akutní péče**

Základem je vyrušení akutních psychotických projevů a pokus o zastavení nemoci. U pacienta, který jeví známky pozitivních příznaků (halucinace, bludy, útržkovité myšlení a jiné), je za potřebí použít některý z antipsychotických léků (Kučerová, 2013).

V akutním stádiu duševní poruchy je nezbytné zajištění bezpečnosti pacienta a i jeho okolí. Pomůžeme pacientovi zorientovat se v prostoru a v čase. V některých případech je třeba zajistit biologické potřeby nemocného. Podávání léků sestrou, sledování jejich účinků, jak žádoucích tak nežádoucích. Je důležitá trvalá aktivizace a podpora činností umožňující soběstačnost v co nejvyšším rozsahu. Sestra dále sleduje průběžný stav výživy a hmotnost pacienta, dohlíží na pravidelné užívání léků, dbá na dodržování denního režimu (Hosáková et al., 2007).

Zhou et al. (2016) zmiňuje vyšší prevalenci k návyku psychotik u žen než u mužů. Nejprve se tato léčba indikuje intravenózně v lůžkovém zařízení. Jako první pomoc se pacientovi na zklidnění podá Haloperidol 5-10 mg intramuskulárně nebo Plegomazin. K utišení agresivity a neklidu se používá jednorázově Tisercin cca 50 mg intramuskulárně. Je třeba dbát zvýšené pozornosti na hypotenzi, která může po podání léku nastat.

Po uplynutí akutního zásahu je dobré přecházet na perorální formu léku. Lékař ve většině případů předepíše Haloperidol tablety nebo atypická neuroleptika, jako jsou Olanzapin nebo Leponex. Po podání neuroleptik se mohou vyskytnout i nežádoucí účinky, jako



například akutní dyskineze (bolestivé svalové spasmy šíjových, obličejových a okohybných svalů) nebo farmakogenní parkinsonoid (hypokineticko- hypertonický syndrom). V případě těchto nežádoucích účinků je třeba snížit dávku neuroleptik a podat antiparkinsonika: Atropin, anxyolitika (Diazepam) nebo antihistaminika (Promethazin) (Raboch, 2012).

Dalším druhem léčby je elektrokonvulze (EKT). Tato metoda se používá u nemocných, u kterých je v symptomatologii afektivní komponenta. Dále je lze použít u nemocných, u nichž hrozí nebezpečí sebevraždy.

Kombinace elektrokonvulzivní terapie s antipsychotiky je při krátkém sledování účinnější než samotná EKT nebo antipsychotika sama o sobě. Výhodou je nejen rychlý nástup účinku, ale také možnost podávání nižší dávky neuroleptik. EKT má antiparkinsonský účinek (Raboch, 2012).

### **1.3.2 Dlouhodobá péče**

Jak uvádí Mazza et al. (2007), schizofrenii zcela nelze vyléčit, ale podstatné je, zachytit prvotní příznaky, od kterých se odvíjí léčba následná. U dlouhodobé léčby je důležitá strategie, aby pacient na kontroly docházel pravidelně.

Pacient má také časté problémy se spaním, hlavně s nespavostí, náměsíčností a mohou se mu zdát sny, o kterých si myslí, že jsou skutečné. Tyto problémy vycházejí především z citového rozpoložení a nestability (Chiu et al., 2016).

Nejen farmakologická léčba, ale také psychosociální postupy jsou důležité při dalším postupu v péči o pacienta. Díky moderním lékům, psychiatrické rehabilitaci a psychosociálním opatřením onemocnění u většiny pacientů „špatným koncem“ nekončí.

Většina pacientů žije samostatně, do značné míry je schopna pracovat a žít smysluplný život. To platí ovšem za předpokladu, že léčba nespočívá pouze v lécích. Psychiatrická rehabilitace, práce s rodinou pacientů a psychosociální opatření (například chráněná bydlení, práce s podporou, či na částečný úvazek) jsou předpokladem dlouhodobě příznivého výsledku léčby (Bankovská Motlová, 2010).

Dle Kratochvíla (2012) je vhodná rodinná terapie. Zabývá se problémy v rodině a snaží se, aby situace a atmosféra uvnitř rodiny byla co možná nejlepší. To má pozitivní vliv na psychický a tím i zdravotní stav nemocného. Rodinná terapie hledá u nemocného

souvislosti s problémy v rodině a ty se snaží řešit. Terapie probíhá ve společnosti nemocného a jeho rodiny.

Další terapií je kognitivně behaviorální, která je zaměřená na spojení metod chování a poznávací psychoterapie. Zohledňuje se tu i psychické prožívání. Tato terapie je časově omezená a zaměřená na konkrétní cíl. Od pacienta se očekává spolupráce a ochota zaměřená na přítomnost. Jejím cílem je plná soběstačnost pacienta. Terapie je uspořádaná a vzdělávací (Dušek, Večeřová Procházková, 2010).

### **1.3.3 Komunitní péče**

Komunitní péče se zaměřuje se na život pacienta v přirozeném prostředí a snaží se minimalizovat dobu jeho hospitalizace. K tomu se využívají různé služby v dané oblasti. Nejčastěji to bývají centra denních aktivit a denní stacionáře. Ty poskytují terapeutickou i rehabilitační péči, celodenní programy zaměřené na nácvik praktických a pracovních dovedností, zároveň podporují zázemí pacienta a jeho aktivní zapojení do programů denních aktivit. Cílem pobytu ve stacionářích je zkrácení doby hospitalizace na psychiatrických odděleních. Stacionáře existují samostatně nebo jako součást psychiatrického zdravotnického zařízení, ambulance či léčebny, nebo také v kombinaci s krizovým zařízením či ambulancí psychologa (Marková et al., 2006).

Psychiatrická sestra má jako jeden z výkonů, který může samostatně vykazovat pojišťovně, terénní krizovou intervenci, což je soubor specializovaných postupů a technik. Tento výkon sestra provádí v období hrozící dekompenzace v pacientově prostředí. Je indikován právě pro schizofrenní poruchy, ale i pro poruchy nálad a obsedantně- kompulzivní poruchu (Novotná, 2014). Tedy jenom sestra se specializací může vykovávat samostatnou komunitní službu v rámci ambulantní péče a pracuje také v týmech denních stacionářů, kde se spolupracuje na pomezí psychoterapie a rehabilitace (Pěč, 2014).

Nyní jsou hojně zmiňována Centra duševního zdraví (CDZ), což jsou nízkoprahové pilíře pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Tato centra budou poskytovat individualizovanou péči zejména vážně duševně nemocným a uvádět do souladu dostupné služby s ohledem na potřeby pacientů v jejich přirozeném prostředí. Budou se uplatňovat především mezi primární a lůžkovou péčí. Hlavní funkcí CDZ bude prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k opětovnému začlenění

dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Součástí CZD se stane i multidisciplinární tým, který bude pracovat formou case managementu a poskytovat služby přesně pro pacienta ze spádové oblasti bez čekací doby (Reforma psychiatrie, 2017). Case management slouží k co nejefektivnějšímu využití služeb pro klienta. Zapojí se i tzv. case manažer, jehož úlohou bude zajišťovat zprostředkování služeb někým dalším, obhajovat zájmy klienta nebo vyhledávat a kontaktovat služby vhodné pro klienta (Kříčka, 2006). K zajištění spokojenosti obou stran je nutná spolupráce všech odborných složek u pacienta (sociální pracovník, lékařští i nelékařští pracovníci) a zajištění specializovaných i běžných služeb (př. zaměstnání, volnočasové aktivity, bydlení, aj.). CDZ je tedy soubor vzájemně propojených lékařských, klinickopsychologických a navázaných sociálních služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujícími v dané oblasti plnění služeb osobám s vážným duševním onemocněním (Reforma psychiatrie, 2017).

Jedna z možností komunitní péče, zabývající se pomocí a podporou lidí s duševním onemocněním, je organizace FOCUS (2016), která byla založena na jaře roku 2006. Jedná se o neziskovou, dobrovolnou a nepolitickou organizaci, jež obhajuje práva a prosazuje zájmy osob se zkušeností s duševní nemocí a poskytuje zázemí jim i jejich rodinám. Cílem této organizace zaměřené na pacienta jsou posilovat osobní kompetence (dovednosti a znalosti) pacienta, které jim umožní dosáhnout samostatnosti a soběstačnosti, dodávat odvalu, naději a poskytovat praktickou podporu ve snaze žít běžný život (mít přátele, vhodnou práci, pěstovat koníčky a zájmy, mít přiměřené bydlení), posilovat u pacienta schopnost udržet a rozvíjet běžné sociální kontakty (vycházet s blízkými, v zaměstnání, se sousedy apod.) a poskytovat emoční podporu, pomáhat pacientovi orientovat se ve své životní situaci a podporovat je ve využívání dostupných zdrojů pro její řešení. Dále poskytovat podporu v rozhodování (vědět, kam se obrátit o pomoc, dokázat o ni požádat, naučit se hledat cestu jak situaci zvládnout, a v neposlední řadě mu pomáhat se zkušeností s duševním onemocněním orientovat se v nemoci (rozeznávat varovné příznaky nemoci, předcházet krizi, udržovat zdravý životní styl). Poté sem patří chráněná bydlení, kam řadíme i přípravu pacienta na samostatné bydlení. Cílem resocializace, opětovné zapojení pacienta do společnosti, pomoci pacientovi získat dovednosti potřebné k samostatnému bydlení (návky – vaření, péče o domácnost, finanční hospodaření, podpora denních aktivit mimo prostor bydlení, a jiné), umožnit a pomoci pacientovi získat, udržet a rozvíjet běžné sociální kontakty,

pomoci tomu, kdo o to projeví zájem, získat bydlení od obce, ve které má trvalý pobyt a být mu nápomocen při orientaci a řešení jeho životní situace.

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 pacienta. Ten bývá znevýhodněn, a často vyžaduje chráněné pracovní podmínky (Marková et al., 2006).

Mezi další formy podpory patří chráněné dílny. Ty nabízejí základní pracovní rehabilitaci. Pacienti si zde vytvoří nové sociální vztahy a upevní si pracovní návyky a chráněná místa, která se podobají chráněným dílnám, avšak zajišťují jí pracovní asistenti a pouze na dobu určitou a jde pouze o nácviková místa, dále přechodné a podporované zaměstnávání. Podporované zaměstnávání slouží lidem s duševním onemocněním, aby si našli a udrželi stálé místo na trhu práce odpovídající jejich schopnostem.

Oproti tomu, přechodné zaměstnání je pro dlouhodobě duševně nemocné, jejichž cílem je zapojení se do zaměstnání v nechráněných podmínkách. Lidé jsou tu většinou zaměstnáváni na dobu šesti měsíců. Nadřazená je sociální firma, která nabízí duševně nemocným zaměstnání v nechráněných podmínkách na časově neomezenou dobu. Ti se již stávají zaměstnanci a ne pouze klienty a komunikují i s veřejností, takže by měli mít organizační schopnosti a měli by být i odolnější vůči stresu. Poslední formy podpory jsou pracovní poradenství a Job klub. U pracovního poradenství jsou k dispozici pracovní asistenti, kteří se přizpůsobují klientům, odpovídají na různé otázky a pomáhají při hledání zaměstnání. Job Klub je aktivita, kde se setkávají pacienti se stejnými potížemi při hledání zaměstnání. Klienti se zde naučí psát strukturované životopisy a vymění si cenné zkušenosti při hledání zaměstnání (Křička, 2006).

### **1.3.4 Ošetrovatelská péče o pacienta se schizofrenií**

#### **1.3.4.1 Specifika péče**

V domově se speciálním režimem, kde probíhal výzkum, zajišťují služby v podpoře klienta v oblasti péče o vlastní osobu samostatně nebo s pomocí, rozhodování se a prosazování vlastní vůle a přání samostatně nebo s pomocí a podporou, obhajování svých práv a individuálních svobod sám nebo s podporou, vyrovnání se se svým onemocněním a dodržování léčebného režimu samostatně nebo s podporou, udržování

stávajících sociálních vztahů a navazování nových přátelství a kontaktů se svým okolím sám nebo s pomocí. Cílovou skupinou jsou osoby s duševním chronickým onemocněním (především osoby se schizofrenním onemocněním nebo poruchami s bludy) či kombinovaným postižením.

Hlavním účelem domova se zvláštním režimem je poskytovat specifickou pomoc a podporu těm lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění (zejména z důvodu schizofrenního onemocnění nebo poruch s bludy) a to s důrazem na respektování jejich práv a individuálních potřeb. Prostřednictvím sociálních, zdravotních, psychologických a terapeutických činností se v domově snaží zachovávat či posilovat soběstačnost, společenské návyky a dovednosti uživatelů služby. Usilují o zajištění jejich důstojného života a vytváří podmínky pro začlenění uživatelů do společnosti a podmínky k ochraně základních lidských práv a oprávněných zájmů. V domově se zvláštním režimem se poskytují služby podle zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách.

Poskytuje se tu péče lékařská, zdravotně ošetrovatelská, přímá obslužná, ošetrovatelsko-rehabilitační, psychologická a aktivizace. Z ošetrovatelské péče bych zmínila zdravotní služby, které jsou poskytovány na základě zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách). Zdravotně sociální úsek poskytující, jak ošetrovatelskou, tak i přímo obslužnou péči o klienta, se řídí ve všech oblastech platnými provozními řády, vnitřními směrnicemi, předpisy domova a náplněmi práce dle pracovního zařazení. Tuto péči vykonávají po celých 24 hodin sestry s registrací a zdravotnický asistent. Péče zahrnuje přípravu a podávání léků, aplikace injekcí intramuskulárně a subkutánně, péče o rány, péče o permanentní katetry, polohování, péče o kůži a případné dekubity, sledování vitálních funkcí a fyzického a psychického stavu klienta, vedení jeho ošetrovatelské dokumentace, spolupráce s lékaři, asistence u vizit a podobně (Naše služby, 2016).

#### **1.3.4.2 Ošetrovatelský proces a diagnózy**

Ošetrovatelský proces má v psychiatrii svá specifika. Sestra pomáhá pacientovi řešit jeho problémy a při vzájemném kontaktu musí neustále sledovat jeho chování (Hlinovská, Fišarová, 2009).

Sestra posuzuje funkční dopad nemoci na pacienta a navrhuje rozsah potřebné péče. Při posuzování stavu pacienta sestra stanoví úroveň soběstačnosti, která zahrnuje posouzení základních (ADL viz Příloha 1) a instrumentálních činností denního života (IADL viz Příloha 2), který se používá v domácí péči. K posuzování kognitivních poruch se využívá podrobnějším Mini Mental State Examination (MMSE viz Příloha 4). V průběhu ošetřovatelské anamnézy se posuzuje stav kůže pacienta, kdy sestra vypočítá hodnotu pro riziko vzniku dekubitů dle Nortonové v tabulce (Příloha 3). Dále sestra hodnotí bolest, pro kterou existuje mnoho různých škál, např. vizuálně analogová škála. Pro hodnocení stavu výživy se používá nutriční anamnéza včetně výpočtu Body Mass Indexu (BMI). Hodnocení rizika pádu je spojeno s hodnocením bolesti, kognitivních funkcí, aktivit denního života, výživy či s užívanými léky (Jarošová, 2007).

V první řadě v prevenci rizik musí být snaha o včasné rozpoznání agresivity. Hlavní roli v tomto případě hraje komplexní klinické vyšetření psychiatrem a vstupní ošetřovatelská anamnéza. Důraz se také klade na známky možného rizikového chování. K tomuto všemu se používají hodnotící škály, příkladem je vyhodnocení rizika agrese (BVC test viz Příloha 5). Tato škála obsahuje 5 rizikových faktorů agrese, kde se hodnotí míra rizika chování pacienta. Mezi další často používané škály se používá odhad sebevražedného chování vytvořený pro psychiatrické sestry (NGASR viz Příloha 6). Jako poslední bych zmínila hodnotící škály, zaměřené na odhalení rizik: PANSS, Hodnocení a škála sebevražedného jednání (Suicide Assessment Checklist and Scale), Hodnocení psychického zdraví, Riziko opakujícího se jednání a jiné (Petr, 2011).

#### Ošetřovatelské diagnózy

Do ošetřovatelského procesu patří také stanovení ošetřovatelské diagnózy. Zmínila bych několik nejpoužívanějších, které se vyskytují u pacientů se schizofrenií. Jsou jimi: Zhoršená verbální komunikace (00051), Zhoršená sociální interakce (00052), Sociální izolace (00053), Riziko osamělosti (00054), Narušené procesy v rodině (00060), Riziko intolerance aktivity (00094), Nespavost (00095), Zhoršené udržování domácnosti (00098), Narušená osobní identita (00121), Chronická zmatenost (00129), Porušené myšlení (00130), Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127), Úzkost (00146), Riziko násilí vůči druhým (00138), Riziko sebepoškození (00139), Riziko násilí vůči sobě (00140), Narušený vzorec spánku (00198) (Herdman, Kamitsuru, 2015).

## **1.4 Edukace**

Edukační činnost je součástí každé profese, která pracuje s lidmi, a to platí především ve zdravotnictví. Edukace je každodenní prací sester a je součástí kvalitní ošetrovatelské péče. Je důležité, aby sestra měla dostatečné vědomosti z odborné ošetrovatelské péče k provedení edukace u pacienta. Sestra by tedy měla být kompetentní, důvěryhodná, empatická a měla by dodržovat zásady komunikace, především podávání jasných, stručných a pochopitelných informací pacientovi. Zpětnou vazbou by si měla sestra ověřit, zda pacient všemu rozuměl. Na počátku je dobré si vymyslet plán, který se následně realizuje za použití vhodných metod, nejčastěji slovní předání nebo nácvik a ukázka postupu léčby onemocnění (Nemcová et al., 2010).

### **1.4.1 Edukace pacienta se schizofrenií**

Od roku 2011 funguje za podpory pojišťoven program Cesta, pro lepší spolupráci při léčbě, který ukazuje, jak správně komunikovat s pacientem se schizofrenií, edukaci o správném rozhodování, informovanosti. Program Cesta obsahuje více než 30 edukačních karet, pexeso časných varovných příznaků, kartičky krizové pomoci a další interaktivní prvky. Veškeré techniky jsou popsány a vysvětleny v metodické příručce, jež je součástí materiálu a která slouží sestřím jako pomůcka při používání edukačních karet. Psychiatrické sestry hrají v tomto procesu klíčovou roli. Projekt Cesta představuje efektivní nástroj, který mohou psychiatrické sestry v průběhu psychoedukace využít. Dosavadní zkušenosti a reakce pacientů jsou velmi pozitivní (Petr, 2012).

Klíčová je při spolupráci i psychoedukace. Ta umocňuje terapeutický vztah. Pacient by měl být dostatečně informován o své nemoci, důvodech léčebných zákroků a opatření (Marková et al., 2006). Dále se psychoedukací budu zabývat v samostatné podkapitole.

V programu Cesta se jako první používají zahřívací techniky, jejichž cílem je navázání vztahu s pacientem a vytvoření příjemné atmosféry, zhodnocení schopností a ochoty pacienta k edukaci (motivace, intelektová úroveň) a zmapování úrovně jeho informovanosti. Pacient si například napíše některá pozitiva a negativa užívání léků. Pokud se mu to nedaří, sestra mu nabízí možnosti s využitím edukační karty. Nad pacientovým seznamem poté diskutují a snaží se více rozebrat jednotlivé klady a záporny. Cílem je podhalit pacientovy převládající postoje k užívaným lékům. Dalším bodem jsou postoje k léčbě a dosavadní zkušenosti s léčbou. Cílem této části

je zjištění a ovlivnění postojů pacienta k užívání léků, posouzení jeho dosavadních znalostí a zkušeností. Sestra navozuje situace z každodenního života pomocí příběhů s otevřeným koncem zpracovaných formou komiksů a vybízí pacienta k hledání možných řešení. Tímto způsobem sestra pozná, jak vážně pacient přistupuje k užívání léků a zároveň ho vede k hledání alternativních přístupů. Třetí strukturou sezení jsou základy neurobiologie a vysvětlení mechanismu účinku léků v mozku. S využitím edukačních karet pacientovi jasným, srozumitelným a názorným způsobem vysvětlí, co se děje v jeho mozku. Čtvrtým bodem jsou varovné příznaky onemocnění, jejich včasné rozpoznání a krizový plán. Důležitou součástí edukace je pomoci pacientovi rozpoznat časné varovné příznaky onemocnění a vytvořit krizový plán při jejich objevení tak, aby se předešlo opětovné hospitalizaci pacienta. Jednou z technik je pexeso, jelikož si pacient v průběhu hry snáze zapamatuje nejčastější varovné příznaky a naučí se je v budoucnu snáze rozpoznávat. Další techniky edukace se věnují zdravému životnímu stylu, zejména zdravé výživě nebo hrozbě vysazení léků, například při těhotenství, potížích v oblasti sexuality či řízení motorových vozidel (Petr, 2012).

#### **1.4.2 Role sestry v psychoedukaci**

Psychoedukace slouží především k lepší spolupráci v podávání léků. Pacient by se měl dozvědět, jaké léky užívá, jaké jsou vedlejší účinky a hlavně důležitost jejich podání. Měl by pochopit i dopad onemocnění, pokud léky nebude užívat. Tato část edukace by se měla zahájit nejlépe hned po odeznění první ataky nebo bezprostředně po propuštění (Gray, 2010).

Pro úspěšnou spolupráci s pacientem je dobré dodržovat několik zásad. Zásadní je získat si pacienta ke spolupráci, nerozhodovat vše za něj, ale konzultovat a informovat ho. Při každém dalším sezení by měl být pacientovi shrnut průběh minulého jednání či dohody a informovat ho o přesném průběhu následujícího setkání. Pacient by měl znát důvod konání sezení. Sestra se musí přizpůsobit pacientovi a nechvátat na něj. Pacient musí vědět, že je za své činy sám zodpovědný, je třeba ho o všem informovat a ne mu věci nakazovat. Jen tak si pacient začne uvědomovat, co je potřeba a je tu i větší pravděpodobnost, že bude předepsané léky správně užívat. U vedení rozhovoru je třeba používat pacientova slova, aby se cítil jako rovnocenný partner a sestra by se měla vyvarovat odborných výrazů či dokončování vět za pacienta. Vhodné je, aby sestra používala otevřené otázky, které pomáhají rozvíjet konverzaci a pacientovi



umožňují aktivní postoj. Sestra by měla aktivně naslouchat a snažit se porozumět pacientovi z jeho pohledu. Důležitá pro všechny zúčastněné je zpětná vazba. Sestra pomocí ní shrne informace, které jí pacient sdělil, což pomáhá k vyjasnění a správnému pochopení pacientových myšlenek a pacient skrze zpětnou vazbu ví, že mu sestra naslouchala a pochopila ho (Petr et al., 2012).

Dle Motlové et al. (2007) průběh psychoedukace závisí na zkušenostech pacienta s dosavadní léčbou, mírou informovanosti a rozumových schopností. Psychoedukace by měla být pro pacienta zajímavá, aby udržel pozornost a ze sezení si vždy něco odnesl. Obsahem by mělo být například vysvětlení působení léků, práce s varovnými příznaky. Bankovská Motlová (2011) uvádí, že sestra musí být schopna reagovat na jakékoliv otázky od pacienta, ať už se týkají onemocnění nebo i osobního života pacienta.

### ***1.5 Komunikace s pacientem se schizofrenií***

Pro účinnou komunikaci s pacientem je třeba mít dobré komunikační dovednosti a schopnost motivovat jej k dosažení cílů. Efektivní komunikace je klíč k poskytování účinné ošetrovatelské péči (Pokorná, 2010).

Komunikace s pacientem se schizofrenií je často složitá. Není dobré mu rozmlouvat jeho názor, ale je lepší souhlasit, aby pacient viděl náš zájem o něho, a to i z důvodu navození důvěry mezi pacientem a zdravotníkem (Kučerová, 2010).

Venglářová a Mahrová (2006) uvádí, že je komunikace velmi náročná a mnohdy je dobré, když má s sebou pacient na sezení nebo v ambulanci rodinného příslušníka, který nám může leccos sdělit. Ať už jde o chování pacienta nebo dodržování léčebného režimu. Nejdříve je nutné si získat pacientovu důvěru, buďto nasloucháním nebo přenecháním mu prostoru k vyprávění. Sestra by měla zachovávat empatický postoj a pacienta vyslechnout a vžít se do jeho problémů a je velmi důležité vymezit si na pacienta dostatek času.

Komunikace s pacientem, trpícím schizofrenií, se odvíjí od povahy halucinací a bludů. V akutním stadiu schizofrenie je nejdůležitější zajistit bezpečnost pacienta a jeho okolí. Dalším důležitým bodem je zajištění pravidelného podávání léků a kontrola jejich účinku. Se schizofrenním pacientem komunikujeme jednoduchým způsobem a zapojujeme všechny komunikační prostředky. Je třeba, aby v nás pacient získal důvěru a my mu tak umožnili sdělovat nám jeho potřeby a přání. Navázání kontaktu s pacientem je velice důležité. Při komunikaci s pacientem, který trpí bludy, mu jeho představy sestra nevyvrací

ani s nimi nesouhlasí. Pokud budeme pacientovi jeho bludy vyvracet, mohl by vůči nám zaujmout defenzivní postoj a přestat s námi komunikovat. Jeho bludné představy jsou pro něj realitou, a proto nepřijme žádné argumenty, že by to mohlo být jinak. Nesmí však nastat ani případ, kdy budeme s pacientem souhlasit úplně ve všem, pak se pacientova důvěra v nás ztrácí také. V komunikaci musí sestra zaujmout neutrální postoj (Marková et al., 2006).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle práce***

CÍL 1- Zjistit a popsat aspekty péče o pacienta se schizofrenií, jak z pohledu rodinných příslušníků, tak z pohledu sester

CÍL 2- Zjistit a popsat dopad onemocnění na život pacienta z pohledu jeho rodinných příslušníků

### ***2.2 Výzkumné otázky***

V1- Jaké jsou aspekty péče o pacienta se schizofrenií z pohledu jeho rodinných příslušníků?

V2- Jaké jsou aspekty péče o pacienta se schizofrenií z pohledu sester?

V3- Jaký dopad má onemocnění na život pacienta z pohledu jeho rodinných příslušníků?

### **3 Operacionalizace pojmů**

Pacient- Pacient je nejen pasivním, ale také aktivním příjemcem ošetrovatelské péče. Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich používání (Zákon o zdravotních službách, s. 3), *je pacient považován za fyzickou osobu, které jsou poskytovány zdravotní služby.*

Sestra- Sestra pracující s pacienty se schizofrenií poskytuje a organizuje specializovanou komplexní ošetrovatelskou péči na základě odborného zhodnocení stavu nemocného a svými činnostmi se podílí na zvyšování kvality života nemocného. Sestra by měla mít osobnostní předpoklady sestry (empatii, komunikační dovednosti), orientaci v symptomatice duševních poruch, schopnost získávat relevantní informace, znát žádoucí i nežádoucí účinky psychofarmak, základní znalost psychoterapie a základní orientaci v právní problematice (Hosák et al., 2015).

Schizofrenie- Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které výrazně narušuje schopnosti nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Schizofrenie začíná nejčastěji v pubertě nebo rané dospělosti. Ovlivňuje nejen pacienta a rodinu, ale také společnost. Vyskytuje se ve stejném podílu u mužů i u žen. U pacientů se schizofrenií je vyšší riziko suicida. Základem léčby schizofrenie je farmakoterapie antipsychotiky (Ocisková, Praško, 2010).

## **4 Metodika**

### **4.1 Použitá metoda výzkumného šetření**

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda výzkumného šetření formou polostrukturovaných rozhovorů u respondentů, kteří byli vybráni záměrně. Rozhovory byly realizovány ve vybraném domově se zvláštním režimem a u sester pracujících na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice a druhá část rozhovorů proběhla s rodinnými příslušníky pacienta se schizofrenií v domácím prostředí.

Reichel (2009) uvádí, že možnosti, jak třídit a vyhodnocovat kvalitativní data jsou různé, stejně tak jako údaje samotné. Kvalitativní data se netřídí všechny najednou, jak je tomu běžné u kvantitativního výzkumu, ale zpracovávají se v průběhu analýzy, kdy se rozčleňují na jednotlivé celky, které se následně pojmenovávají a třídí, případně klasifikují a kategorizují.

Polostrukturovaný rozhovor udržuje směr výzkumného problému prostřednictvím předem připravených otázek, zároveň umožňuje některé otázky rozvést, je-li potřeba (Disman, 2008).

Jednotlivé rozhovory byly zaznamenávány písemně, jelikož sestry ani rodinní příslušníci nedali souhlas se záznamem. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z osmi otázek pro sestry a dalších deset otázek pro rodinné příslušníky. Všechny otázky jsou součástí přílohy (Příloha 7). Písemné záznamy rozhovorů byly analyzovány. Analýza dat byla provedena metodou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Pomocí kódování, které otázky rozdělilo do kategorií, vznikly 3 kategorie a 10 subkategorií.

Sestry i rodinní příslušníci byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce. Rozhovory trvaly individuálně vždy kolem deseti minut u sester a 20-30 minut u rodinných příslušníků. Sestry budou ve výzkumném šetření označeny jako respondentky S1 - S7, a takto je na ně odkazováno v textu, rodinní příslušníci budou označeni R1- R5.

### **4.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily tři sestry pracující na psychiatrii, čtyři sestry pracující v domově se zvláštním režimem a pět rodinných příslušníků. Rozhovory se sestrami pracujícími na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice probíhaly v klidné

místnosti, aby měly sestry dostatek času na své odpovědi a postupně se jedna po druhé vystřídalaly, aby nedocházelo ke vzájemnému ovlivňování. U sester pracujících v domově pro seniory to bylo podobné. Na rozhovory bylo více času. Rozhovory zde byly vedené také jeden po druhém na všech stanicích v zařízení, aby nedocházelo ke vzájemnému ovlivňování. Rozhovory s rodinnými příslušníky probíhaly v domácím prostředí, kde byl také dostatek času a klidu na provedení rozhovorů.

Všechna výzkumná šetření byla schválena ať už ředitelem, v případě domova se zvláštním režimem nebo hlavní sestrou a následně vrchní sestrou na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice.

## 5 Výsledky

Otázky 1,2 a 3 charakterizují sestry, jsou uspořádány do tabulky (Tabulka 1), kdy S1 - S3 jsou sestry pracující na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice a S4 - S7 jsou údaje o sestrách pracujících v domově se zvláštním režimem. Otázky 1,2 a 3 v druhé tabulce (Tabulka 2) slouží také pro identifikaci a přehlednost mezi rodinnými příslušníky.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

Sestry- Respondetky	Věk	Specializace ve zdravotnictví	Délka praxe na psychiatrii/ v domově se zvláštním režimem
S1	41 let	Ano- ošetřovatelská péče v psychiatrii	18 let
S2	50 let	Ne	10 let
S3	26 let	Ne	2,5 roku
S4	43 let	Ne	3 roky
S5	58 let	Ne	4 roky
S6	42 let	Ne	22 let
S7	54 let	Ano- ošetřovatelská péče pro dospělé	32 let

(Zdroj. Vlastní výzkum, 2017)

K výzkumnému šetření byly vybrány tři sestry pracující na psychiatrii, čtyři sestry pracující v domově se zvláštním režimem a pět rodinných příslušníků. Mezi identifikační údaje sester byl zařazen věk respondentek, jejich specializace ve zdravotnictví a délka praxe na psychiatrii nebo v domově se zvláštním režimem.

Tabulka 2 Identifikační údaje rodinných příslušníků

Rodinní příslušníci- Respondenti	Věk	Pohlaví	Vztah k nemocnému
R1	50	Muž	Syn
R2	53	Žena	Dcera
R3	54	Muž	Tchán
R4	48	Žena	Snacha
R5	30	Žena	Vnučka

(Zdroj. Vlastní výzkum, 2017)

Mezi identifikační údaje rodinných příslušníků je uvedeno jejich pohlaví, věk a v jakém jsou příbuzenském vztahu s nemocným. Tyto tabulky tak slouží k lepší přehlednosti o základních údajích všech respondentů.



### 5.1 Kategorizace zpracovaných výsledků

Z kvalitativního výzkumného šetření, které probíhalo technikou polostrukturovaných rozhovorů, vznikly díky analýze odpovědí 3 kategorie a 10 subkategorií, které jsou nastíněné do přehledné tabulky (Tabulka 3).

Tabulka 3 Kategorie a subkategorie

Název kategorie	Název subkategorie
Sestry pracující na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice	Charakteristika práce a sester samotných na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice
	Komunikace a péče u pacienta se schizofrenií
	Spolupráce s rodinnými příslušníky
Sestry pracující v domově se zvláštním režimem	Charakteristika práce a sester samotných v domově se zvláštním režimem
	Komunikace a péče u pacienta se schizofrenií
	Spolupráce s rodinnými příslušníky
Rodinní příslušníci	Informovanost o schizofrenii
	Chod rodiny s pacientem se schizofrenií
	Náročnost péče o pacienta se schizofrenií nejen v domácím prostředí
	Spolupráce se sestrami pracujícími na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice a v domově se zvláštním režimem

(Zdroj. Vlastní výzkum, 2017)

## **Kategorie 1: Sestry pracující na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice**

Do této kategorie byly zařazeny otázky, které jsou společné i s kategorií 2, s tím rozdílem, že se v této kategorii zaměřuji na sestry pracující v akutní péči na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice (S1 - S3). Kategorie 1 má ještě tři subkategorie. V první subkategorii byly zařazeny informace o charakteristice práce sester a jejich identifikační údaje, do druhé subkategorii byly zařazena komunikace a péče u pacienta se schizofrenií a do třetí subkategorie bylo zařazeno, jak funguje spolupráce mezi oddělením a rodinnými příslušníky.

V první subkategorii: Charakteristika práce a sester samotných pracujících na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice, byly zařazeny otázky týkající se vlastností a dovedností sester a charakteristiky práce na jejich oddělení. Všechny sestry S1, S2 i S3 se shodly, že by měla být sestra na prvním místě empatická. S1 ještě říká: *„Měla by být komunikativní, trpělivá, schopna supervize, aby si uměla ochránit své duševní zdraví.“* S2 k tomu dodává: *„Důležitý je vnitřní klid, nic neřešit zbrkle.“* A S3 doplňuje: *„Sestra musí umět zachovat všeobecně klid a rozvážnost, umět předvídat možné situace, hlavně u rizikových pacientů.“* V dalších otázkách sestry odpovídaly na charakteristiku práce na jejich oddělení, která je velmi náročná, ale zajímavá na čemž se opět všechny S1, S2 i S3 shodly. Náročná je zde práce především psychicky, což potvrdila S1 a S3. S1 dodává: *„Je to velmi pestrá práce, psychiatrii mám velmi ráda.“* S2 říká: *„Pořád se něco děje, je to různorodé. Setkáváme se tu se všemi psychiatrickými diagnózami.“* S3 ještě zmiňuje akčnost na oddělení, které je více než dost.

Ve druhé subkategorii: Komunikace a péče u pacienta se schizofrenií jsme se dotazovali na otázky ohledně zvláštnosti péče o pacienta se schizofrenií a s jakými problémy v komunikaci se nejčastěji dotazované sestry setkávají. Péče je velmi náročná a zdoluhavá, a ne každý pacient je schopen ji zvládat sám, vždy je tu důležitá spolupráce s rodinou, čemuž se budeme věnovat v další kategorii. V akutní fázi psychózy, kdy pacient jedná pod vlivem bludné produkce a halucinací, je ošetrovatelská péče nesmírně náročná.

Je třeba pravidelně sledovat chování nemocného, poruchy v chování hlásit ošetřujícímu lékaři. Nejdůležitější je ochrana pacienta i sester samotných, nejčastěji při projevech agrese vůči sobě či okolí. Jak zmiňuje S1: *„Jeho chování může být nevyzpytatelné,*

*nevíme, jaké halucinace nebo bludy jej ovládají, a co si v danou chvíli pacienti mohou myslet, co jim může hlas v jejich hlavě říci.“ S pacienty je třeba mluvit tak, aby vše správně pochopili a všemu rozuměli. „Čím jsou pacienti starší, tím se snižují jejich kognitivní funkce, jako je intelekt, tak aby nám rozuměli,“ dodává S1. S2 se přiklání nejvíce k tomu, aby se pacientům co nejvíce naslouchalo: „Pacient si žije ve svém světě, musíme mu naslouchat, snažit se ho klidným přístupem dostat na naši stranu. Nezbytný je také dohled nad pacientem. Kdyby to bylo jen na nich, mnozí by si nevzali ani léky a sami od sebe by se neúčastnili ani žádných aktivit.“ Sestry zajišťují pravidelné podávání léků a musí sledovat výskyt nežádoucích účinků psychofarmak. S3 se nejvíce zastává individuálního přístupu, který je důležitý. Někdy je to s pacienty těžké, jelikož nechtějí spolupracovat, poté je důležité, jak říká S3: „Sestra by měla mít snahu získat si jeho důvěru tak, aby s ní pacient spolupracoval.“ V další otázce jsem zjišťovala problémy v komunikaci s pacienty se schizofrenií. Každá ze sester S1, S2 i S3 se potýkala s verbální agresí. S1 upřesňuje: „Verbální agrese a strach, bojím se o sebe, o okolí o rodiny.“ A S3 dodává: „Ale to si nemůžeme tak brát, jelikož je to projev nemoci.“ S1 ještě doplňuje: „Člověk je pod vlivem halucinací nebo bludů, komunikace je narušená, odpověď nemusí být adekvátní, někdy může dojít k tomu, že mohou mít inkohorentní (nesouvislé) myšlení, slovnímu projevu nemusíme moc rozumět.“ S2 a S3 se shodují na časté nespolečnosti mezi pacienty a sestrami. S2: „Většina nechce moc komunikovat, oni si myslí, že jsou zdraví a my, že jsme nemocný, my je nutíme něco dělat, ale oni si žijí ve svém světě.“ S3 na závěr k této otázce dodává: „Nejčastěji se setkávám s nedůvěrou, odmítáním spolupracovat.“*

Ve třetí subkategorii: Spolupráce s rodinnými příslušníky jsme zjišťovali návaznost péče mezi rodinou a sestrami pracujícími na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. S1, S2 i S3 se shodly, že základem je informovanost rodiny o onemocnění, které má jejich příbuzný. S1 to upřesňuje: „Spíše narážíme na to, že nemá rodina náhled na onemocnění a nerozumí svému blízkému, neumí o ně pečovat, někdy rodina není ani vstřícná, abychom je edukovaly, velmi často dávají od svého blízkého ruce pryč, spíše narážíme na nespolečnost, na neochotu spolupracovat u rodiny. U mladších pacientů je to lepší, rodina doufá, že se to napraví, ale u těch chronických pacientů se schizofrenií už moc ne.“ S2 a S3 zdůrazňují důležitost zázemí pro pacienta. S2: „Když je rodina informovaná a má pacient doma zázemí, tak to jde, s rodinou se dá domluvit. Rodina i přistupuje na zvláštní režim. Ale častěji lidé zázemí nemají a jsou více v léčebnách,

*tak je to horší, zde není spolupráce skoro žádná a pacienti přestávají brát léky, a je to vše zpátky nanovo.“ S3 dodává: „Záleží na zázemí rodiny. Pokud rodina pochopí onemocnění, je alespoň trochu informovaná o onemocnění, je spolupráce lepší.“ S1 ještě zmiňuje důležitost medikamentózní léčby a dalších opatření, které by byly třeba respektovat: „Rodiny nedodrží doporučení ohledně dohlížení na brání léků, docházení na ambulantní kontroly, nevyvážení do ciziny, což může způsobovat ataky. Spíše nechává rodina péči na zdravotnických pracovnících.“ Hodně pacientů se tak po krátkém pobytu doma nebo v léčebně vrací opět k hospitalizaci. Nejčastějším důvodem je neužívání předepsaných léků a nedodržování léčebného režimu. V průměru jsou pacienti na psychiatrickém oddělení hospitalizováni asi měsíc, avšak záleží na prohloubení ataky.*

## **Kategorie 2: Sestry pracující v domově se zvláštním režimem**

Do této kategorie byly zařazeny otázky, které byly zaměřeny na sestry z domova se zvláštním režimem S4 - S7. Kategorie 2 má 3 subkategorie. V první subkategorii byly zařazeny informace o charakteristice práce sester a jejich identifikačních údajích, druhá subkategorie byla zaměřena na problematiku péče o pacienty se schizofrenií a do třetí subkategorie byly zařazeny otázky týkající se spolupráce mezi domovem a rodinnými příslušníky.

V první subkategorii: Charakteristika práce a sester samotných v domově se zvláštním režimem, byly zařazeny otázky týkající se vlastností a dovedností sester a charakteristiky práce na jejich oddělení. Všechny sestry S4, S5, S6 i S7 se shodly, že by měly umět být empatické, že je to základ jejich práce, která je naplňuje. S4 ještě přidává: *„Sestra by měla být trpělivá, umět se vcítovat, dodávat lásku, hlavně když nefunguje rodina, ale si však musí dávat pozor, aby toho pacienti nezneužívali.“* S5 ještě uvádí do popředí dobrou komunikativnost a psychickou zdatnost, S6 porozumění a udržování jejich důstojnosti a S7 sociální inteligenci. Všechny sestry S4, S5, S6 a S7 se také shodly na náročnosti práce v domově. Práce je to náročná nejen z psychického pohledu, ale jelikož je zde i více imobilních pacientů, je práce také velmi fyzicky náročná. S5 dodává: *„Občas je to náročné i více fyzicky, a to když se sejde více starších pacientů a potřebují komplexní péči a poté je to zase o něco jednodušší, a je na pacienty více času, když se oddělení omladí.“*

V druhé subkategorii: Komunikace a péče u pacienta se schizofrenií jsme se ptali na otázky ohledně zvláštnosti péče o pacienta se schizofrenií a s jakými problémy

v komunikaci se nejčastěji dotazované sestry setkávají. Zvláštnosti péče vidí S4 především v dohledu nad pacientem a v zajištění podávání léků a sledování nežádoucích účinků v chronické fázi onemocnění: „Zásadní je dohled nad léky, neodejít z pokoje dřív, než si léky pacient zapíše a spolkl. Je důležité zkontrolovat pacientovi pusku, zda opravdu lék spolkl a nezahodil ho nebo neschoval.“ S5 a S6 se shodují na vybudování důvěry. S5 říká: „Je zapotřebí klidného a vlídného jednání, aby nám pacient důvěřoval, je nutné respektovat jeho důstojnost a přání.“ S6 k tomu dodává: „Pro spolupráci je důvěra základní kámen.“ S6 a S7 ještě společně uvedly, že je potřeba individuálního přístupu, S7 upřesňuje: „Na někoho se musí rázněji, někdo potřebuje naopak pomalu.“ Všechny sestry S4, S5, S6 i S7 se shodly na náročnosti komunikace s pacientem se schizofrenií. S4 říká: „Komunikace bývá náročná, hlavně když jsou pacienti občas ve svém světě, tak jim nic nevyvracet a do ničeho je nenutit. Chroničtí pacienti se schizofrenií jsou často lhostejní k aktivitám. Jsou zde zaléčení pacienti, ale když by se blížila ataka, což personál pozná na pacientových očích, nesmí se to nechat nikdy rozjet. Je složitá komunikace i mezi nimi, pacienti se mezi sebou často šikanují a okrádají. To je především ze závislosti na tabáku a kávě. Je tu důležitá psychologie, jednat s pacienty jako s dospělými, což ne vždy jde a někdy se s nimi musí jednat jako s malými dětmi.“ S5 dodává: „Pacient si přizpůsobuje situace podle sebe, ví, že má svá práva, ale povinnosti nechce plnit. Pacient se schizofrenií není moc vstřícný k práci, občas dojde na nějakou terapii, ale už nechce jezdit na výlety nebo na procházky. Jeho největší zájem je o televizi, kávu a kouření. Nikdy nevíme, co se děje v pacientově hlavě, a proto je důležité je chápat a nikdy neodsuzovat.“ S6 se shoduje s předchozími a doplňuje: „Zde záleží hodně na stavu pacienta. Když má halucinace, často žije ve svém světě. Často různé aktivity odmítají, chtějí svůj klid. Někteří bývají vystrašení z hlasů a chtějí pomoci nebo naopak před tím utíkají. Tady je důležitá podpora, ale hlavně jim nic nevyvracet.“ Poslední S7 se přidává: „Když jsou v depresi, je lepší je nechat, trochu na ně slevit z nároků, nenutit je k ničemu.“

Ve třetí subkategorii: Spolupráce s rodinnými příslušníky jsme zjišťovali návaznost péče mezi rodinou a sestrami v domově se zvláštním režimem. Sestry S4, S5, S6 i S7 se shodly, že je spolupráce hodně individuální, ale spíše méně než více. S4 říká: „Často se setkáváme, že na pacienty rodina zanevře, ale je to individuální. Sami řeknou, že již péči nezvládají, že se musí postarat zdravotnictví a mnohdy pak ani za pacientem nedojíždějí na návštěvy. Pořádáme každoroční Vánoční sezení

*a všehovšudy jezdí pár rodinných příslušníků. Zde se setkáváme spíše s nulovou nebo hodně malou spoluprací s rodinou. Jediní příbuzní, kteří jezdí pravidelně, jsou za mladšími pacienty. U těch rodina doufá, že se jejich nemoc ještě nějak zvrátí.“ S5 ji doplňuje: „Spolupráce je jak se kterou rodinou. Nejčastěji jezdí navštěvovat pacienta 1x za měsíc, a to jen k pár pacientům. Někteří pacienti mají opatrovníky, kteří je jezdí navštěvovat nejčastěji, ale především kvůli zařizování ostatních věcí, například ohledně bydlení, a ne kvůli návštěvě samotné.“ S6 kromě shody ohledně individuálnosti dodává: „Rodinní příslušníci nemají moc zájmu vidět své blízké, jelikož byl nějaký problém v rodině a většinou jsou tu klienti, kteří ani žádné příbuzné již nemají nebo bydlí daleko odtud.“ S7 k tomu na závěr dodává: „Kdo má doma zázemí, ti příbuzní sem jezdí, ale ti, kteří jsou třeba rozváděni nebo rozvedeni, tak ty jsou tu celé měsíce sami.“*

### **Kategorie 3: Rodinní příslušníci**

Do této kategorie byly zařazeny otázky zaměřené na péči z pohledu rodinných příslušníků. Kategorie 3 je rozdělena na čtyři subkategorie. Do první subkategorie byly zařazeny informace o schizofrenii, v druhé o chodu rodiny s pacientem se schizofrenií, ve třetí o náročnosti péče o pacienta se schizofrenií nejen v domácím prostředí a ve čtvrté o spolupráci rodiny a sester pracujících na psychiatrii a v domově se zvláštním režimem.

V první subkategorii: Informovanost o schizofrenii byly zařazeny otázky ohledně léčby pacienta se schizofrenií, a odkud rodina čerpala informace o onemocnění. R1, R2, R3, R4 i R5 se shodli, že léčba trvá již od pacientky mládí. Pacientka má diagnostikovanou paraniodní schizofrenii již od porodu prvního potomka. Stav se u pacientky začal zlepšovat po opakovaných hospitalizacích a podpoře rodiny. Je třeba si uvědomit, že bez návazné léčby se nic nevyлéčí úplně. Informovanost o této nemoci je dnes rozšířená více než dříve, kdy se o nemoci moc nehovořilo. R1 k tomu říká: „Přečetl jsem si pár článků v časopise, ale více jsem se toho dozvěděl od lékaře, když jsem byl s mamkou na kontrole. Je to zlá nemoc a nikdy by se pacientům se schizofrenií nemělo nic vyvracet a hlavně je důležité je vždy vyslechnout.“ R2 tvrdí: „Já jsem si o tom, když jsem byla mladší, přečetla něco v knížkách. Trošku jsem se toho zalekla, ale onemocnění si nevybírám. Teď v době internetu raději moc nepátrám, mamka už je zaléčená a těšíme se z každého pěkného dne s ní.“ R3 se zastává internetu: „Já hlavně z internetu, i když jsou tam občas nepravdy, myslím si, že se tam člověk toho dozví nejvíce.“ R4 na to: „Já jsem to zjišťovala od manžela a poté na internetu. Ale u každého je průběh trochu jiný, tak se to nedá jen

*tak zaškatulkovat.“ A R5 k tomu dodává: „Mě toho nechtěla mamka moc říct, tak jsem si to hodně zjišťovala na internetu, ale tam se to píše tak všeobecně a každý pacient není stejný.“*

Ve druhé subkategorii: Chod rodiny s pacientem se schizofrenií jsme se dotazovali pomocí otázek ohledně změny vztahu rodiny s nemocným a narušení chodu rodiny po zjištění schizofrenie u pacienta. R1 a R2 jsou děti pacientky, které tato nemoc zasáhla nejvíce, a tak se shodují, že ono zjištění pro ně bylo v mládí nepopsatelně těžké a vztah k nemocné se otočil vzhůru nohama. Ale teď již R1 říká: *„Předtím to bylo horší, ale postupně jsme si k sobě našli zase tu správnou cestu a porozumění.“* R2 dodává: *„Začátky byly nejhorší, nikdo z počátku nic nevěděl, medicína nebyla ještě tak pokročilá, ale začalo se to zlepšovat, když jsme si založili každý svoji rodinu a mamka se začala souvisle léčit.“* R3, R4 i R5 se shodli, že schizofrenie jim vztah k nemocné nezměnila. R3 to upřesnil: *„Nezměnil. Já jsem ji poznal, až když byla zaléčená, ale dřív to bylo asi hodně těžké, co říkala doma manželka. Já jí беру jako rovnocennou tchýni a máme hezký vztah.“* R4 zmiňuje změnu pohledu na onemocnění: *„Dříve se o tomto onemocnění veřejně nemluvilo, ale časem jsem zjistila, že se takovému člověku musí naslouchat, musí Vám důvěřovat, a hlavně ho nesmíte zklamat. Také je důležité, aby když má halucinace nebo bludy, abyste mu nic nevyvraceli, aby Vám o tom řekl a vy ho neshazovali.“* A R5 k tomu doplňuje: *„Já jí mám ráda takovou, jaká je, i když má občas nějaké halucinace, ale vím, že to k její nemoci patří.“* R1 a R2 se shodují, že tu byl výrazně narušen chod rodiny. Hlavně proto, že byly ještě malé děti. R1 říká: *„Ano, v dětství zásadně. Lidé se schizofrenií se musí léčit, a to jen v domácím prostředí nejde. Takže následovaly různé hospitalizace a následné léčby.“* R2 se k tomu také přiklání: *„Naše dětství bylo poznamenáno. Přece jenom schizofrenie se vyskytuje již v tak mladém věku a my jsme si museli zvykat, že se mamka musí začít ústavně léčit.“* R3, R4 i R5 narušení chodu domácnosti nezažili. Ví o tom jen z vyprávění, k otázce se tak nemohli vyjádřit.

Ve třetí subkategorii: Náročnost péče o pacienta se schizofrenií nejen v domácím prostředí jsme se dotazovali pomocí otázek týkajících se péče o příbuzného mimo a v domácím prostředí. R1 a R2 jezdí na návštěvu do zařízení každý týden. Pacientku si berou domů na velké svátky, narozeniny a volné víkendy, aby měla nějakou změnu režimu. R1 říká: *„Každý týden jezdíme do domova na návštěvu. Podle sester jsme jedni z mála, ale jsou za to rádi. I ostatní lidé jsou rádi, že někoho vidí a vždy se zdržíme*

*i u jiných pacientů na kus řeči. A pak když máme nějaké volné víkendy nebo se sestrou střídáme a mamku si bereme domů, aby měla změnu. Samozřejmě je u nás každé Vánoce, Velikonoce a na narozeniny. Vždy když něco potřebuje, jsme tu pro ni.“ R2 k tomu dodává: „Snažíme se každý týden jezdit na návštěvy, mamka je na to zvyklá a těší se. Vždycky něco upeču a posedíme u kávy. Taký si jí bereme domu na Vánoce, Velikonoce a vždy když má někdo z rodiny narozeniny, aby měla nějakou změnu. V domově sice pořádají spoustu výletů, ale čím je babička starší, tím míň se jí někam chce a prý jí stačí, když jede k nám a zase zpátky do domova.“ R3 zmiňuje její vášeň (závislost), kouření: „Také si jí trochu předcházím, jako kuřák. Pacienti se schizofrenií jsou častí kuřáci, stejně tak moje tchýně. Jezdí k nám ráda i proto, že se u nás může kouřit doma od rána do večera.“ Co se týká náročnosti péče, všichni se shodují, hlavně R1 a R2, že začátky byly nejsložitější, ale postupem času, když začala pacientka docházet na pravidelná vyšetření, se vše zlepšilo. R1, R2, R3 R4 i R5 souhlasí, že ohledně péče doma zajišťují především podávání léků. R1 říká: „Náročná péče to byla dříve, tolik jsme toho o nemoci nevěděli. Ale již je to lepší. Když dodržuje předepsanou léčbu je to všechno v pořádku, i když se občasným bludům nebo halucinacím mamka nevyhne. Doma většinou dohlédneme na medikamentózní léčbu.“ R2 k tomu doplňuje: „Ted' již ta péče tak náročná není, akorát je potřeba připravit léky, které nám s sebou vždy sestry přibalí a hezky popíší, takže víme, co kdy dát.“ R3 si myslí, že péče tak náročná není, ale: „Občas je třeba dohlédnout na léky, ale to připravuje žena. Jinak se mi nestalo, že by měla tchýně nějaké halucinace nebo tak a postará se o sebe sama, je plně soběstačná.“ R4 říká, že je to s tchýní občas těžké psychicky: „Stane se, že by chtěla tchýně všechno a někdy zase rezignuje a nechce nic. Ale je to asi i tím, že už je starší a má ráda svůj klid. Nejhorší je to v období depresí. To je lepší na ni vůbec nemluvit. Lidé v depresi by se měli nechat v klidu, nemělo by se po nich nic chtít. Říká se, že se tak předejde i konfliktům. Ale z osobní zkušenosti nevím, raději nechávám tchýni, aby si řekla, na co má náladu.“ R5 souhlasí, že péče už náročná není, ale: „I když babička hodně kouří, a je s ní často těžká domluva. Avšak co se týká onemocnění, léky bere a je samostatná.“*

Ve čtvrté subkategorii: Spolupráce se sestrami pracujícími na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice a v domově se zvláštním režimem jsme zjišťovali rozdíly ve spolupráci mezi rodinou a těmito dvěma zařízeními. Nejvíce spolupráce je mezi R1, R2 a domovem se zvláštním režimem. Pacientka je zde již přes 10 let a spolupráce je více než dobrá. Na psychiatrii si R1 a R2 moc nepamatují, ale ví, že to byl základní kámen,



aby se jejich mamka začala léčit. R1 říká: „S těmi rodinami, které za svými příbuznými jezdí, se spolupracuje určitě lépe. Sami sestry v domově se zvláštním režimem říkaly, že je dobré, když návštěvy jezdí za svými příbuznými. Je to lepší jak pro ně, když vidí ten zájem, tak i pro pacienta, který je v lepší duševní pohodě. Starají se tu o mámu moc dobře. To na psychiatrii jsem byl jen párkrát. Péče je tu, ale nesmírně důležitá, protože tu mámu zaléčili. Je to spíše chvilková, ale účinná pomoc. Kdežto teď to všechno zbylo na sestřích v domově se zvláštním režimem, které mají mé velké uznání.“ R2 k tomu doplňuje: „Spolupráce je dobrá, hlavně když sestry vidí zájem o pacienta, a to jak na psychiatrii, tak i v domově se zvláštním režimem. Když si chceme brát babičku na víkend, vždy jí vše potřebné připraví a zabalí, řekla, že spolupráce je vzájemně dobrá. Sestry jsou velmi ochotné a vstřícné. Na psychiatrii si již moc nepamatuji, ale vždy tam byly ochotné sestry, a hlavně nám tam mamku zaléčily a řekly nám, jak by se mělo postupovat. Je důležité sestry poslechnout. Dodržování léčby nejen medikamentózní, ale také pravidelné kontroly jsou velmi důležité, hlavně když to vašemu příbuznému pomůže.“ R3, R4 ani R5 nemají žádnou zkušenost se spoluprací na psychiatrii, a tak hodnotí pouze s domovem se zvláštním režimem. R3 tak říká: „Přes týden jsem v práci a všechny tyhle věci zařizuje žena.“ R4 na to: „Já s nimi spolupracuji jen občas, když vezu tchýni zpět do domova. Musím říct, že spolupráce se sestrami je vždy dobrá a oni jsou rádi, když je to vše, jak jsme se domluvili. Se sestrami na psychiatrii žádnou zkušenost nemám.“ R5 říká: „Já s nimi moc nespolečně pracuji, to nechávám na mamce. A ta říká, že je personál dobrý a vždy si vyjdou vstříc. U sester na psychiatrii asi nic neřeknu, jelikož jsem s nimi nikdy nespolečně pracovala.“

## 6 Diskuze

V bakalářské práci jsme se zabývali péčí o pacienta se schizofrenií z pohledu sester a rodinných příslušníků. Péče se v psychiatrii konečně dostává do popředí. Na podzim loňského roku byla podepsána listina o spolupráci na realizaci Strategie reformy psychiatrické péče a zajištění dlouhodobě udržitelného financování psychiatrické péče. V rámci reformy budou zřizována Centra duševního zdraví (CDZ) jako mezičlánek mezi ambulantní a lůžkovou psychiatrickou péčí. CDZ budou sloužit k prevenci hospitalizací či jejich zkracování a pomohou dlouhodobě hospitalizovaným pacientům znovu se zapojit do běžného života. Budou zde pracovat týmy složené z psychiatrů, klinických psychologů, sester a sociálních pracovníků (MZ, 2016).

V praktické části bylo pro zjištění cíle práce použito kvalitativní výzkumné šetření. Byla zvolena metoda dotazování pomocí polostrukturovaných rozhovorů s vybranými respondenty. Výzkumný soubor tvořily tři sestry pracující na psychiatrii, čtyři sestry pracující v domově se zvláštním režimem a pět rodinných příslušníků. Podkladem pro rozhovory byly předem připravené a schválené otázky (Příloha 7). Všechny rozhovory byly transkripce přepsány do tištěné podoby, která je součástí CD- R (Příloha 8). K dalšímu zpracování textu byla použita kategorizace, která byla uspořádaná do přehledné tabulky (Tabulka 3).

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat aspekty péče o pacienta se schizofrenií, jak z pohledu rodinných příslušníků, tak z pohledu sester a zjistit a popsat dopad onemocnění na život pacienta z pohledu jeho rodinných příslušníků. Z výzkumného šetření týkajícího se sester pracujících na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice vyplynulo, že u charakteristiky práce sester a sester samotných na jejich oddělení je nejdůležitější empatie. Ať je práce na psychiatrii sebevíc náročná, především na psychiku, vždy je důležité, aby měla sestra klidné jednání a dobrou komunikativní schopnost. V otázce charakteristiky oddělení zmínily všechny sestry psychickou náročnost, která je ale doprovázena různorodostí a prací, která je baví a naplňuje. Marková et al. (2006) ve své knize uvádí, že je nutností navázat si co nejbližší vztah k pacientovi, aby s nimi byla dobrá spolupráce, například když si budou pacienti procházet horším obdobím. V otázce komunikace byly za jedno sestry ve výskytu časté verbální agrese. S1 to vystihla následovně: „*Člověk je pod vlivem halucinací nebo bludů, komunikace je narušená, odpověď nemusí být adekvátní, někdy může dojít k tomu, že mohou mít inkohorentní (nesouvislé) myšlení, slovnímu projevu nemusíme moc*

rozumět.“

Kučerová (2010) se přiklání k názoru, že je komunikace s pacientem se schizofrenií často složitá. Není dobré mu rozmlouvat jeho názor, ale je lepší souhlasit, aby pacient viděl náš zájem o něho, a to i z důvodu navození důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. S2 k tomu ještě dodává: „*Většina nechce moc komunikovat, myslí si, že jsou zdraví, a my že jsme nemocný, my je nutíme něco dělat, ale oni si žijí ve svém světě.*“ V otázce péče se sestry pracující na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice na náročnosti péče shodly. Většinou je to náročné psychicky, ale je také třeba chránit sebe i pacienta. V akutní fázi psychózy, kdy pacient jedná pod vlivem bludné produkce a halucinací, je ošetrovatelská péče nesmírně náročná. Je třeba pravidelně sledovat chování nemocného, poruchy v chování hlásit ošetřujícímu lékaři. Nejdůležitější je ochrana pacienta i sester samotných, nejčastěji při projevech agrese vůči sobě či okolí (Dohnalová, 2010). S1: „*Jeho chování může být nevyzpytatelné, nevíme, jaké halucinace nebo bludy jej ovládají, a co si v danou chvíli pacienti mohou myslet, co jim může hlas v jejich hlavě říci.*“ V tomto případě je dobré použít hodnotící škálu pro vyhodnocení rizika agrese (Příloha 5). Také je třeba pacientovi naslouchat a mluvit srozumitelně, aby vše správně pochopil. *Čím jsou pacienti starší, tím se snižují jejich kognitivní funkce, jako je intelekt, tak aby nám rozuměli,*“ dodává ještě S1. Při zjišťování spolupráce mezi rodinnými příslušníky a sestrami pracujícími na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice jsem došla k závěru, že je důležité, aby měl pacient fungující rodinu, která mu chce pomoci a zázemí, kam by se mohl pacient po hospitalizaci vrátit. Petr et al. (2014) se opírá právě o podporující rodinu, která pozitivně ovlivňuje léčbu pacienta. Sestry se shodly, že mnohdy rodina nemá zájem. Ať je mezi nimi komunikační nebo jiný problém nebo už péči nezvládají. S1 říká: „*Spíše narážíme na to, že nemá rodina náhled na onemocnění a nerozumí svému blízkému, neumí o ně pečovat, někdy rodina není ani vstřícná, abychom je edukovaly, velmi často dávají od svého blízkého ruce pryč, spíše narážíme na nespolečnost, na neochotu spolupracovat u rodiny. U mladších pacientů je to lepší, rodina doufá, že se to napraví, ale u těch chronických pacientů se schizofrenií už moc ne.*“ Rodina ani pacienti tak často nedodržují doporučená opatření a nemocní se k hospitalizaci často vrací.

Z druhého výzkumného šetření týkajícího se sester pracujících v domově se zvláštním režimem vyplynulo, že u charakteristiky práce a sester samotných na jejich oddělení je nejdůležitější empatie, jako v případě sester pracujících na psychiatrii. Dále by měly

být sestry trpělivé a komunikativní, a měly by umět dávat lásku především tam, kde nefunguje rodina. V otázce ohledně charakteristiky práce byly všechny sestry za jedno u fyzické náročnosti. Psychická náročnost je zde také, ale v domovech se zvláštním režimem, kde je hodně imobilních pacientů, je práce spíše náročná fyzicky. S5 to shrnula: *„Občas je to náročné i více fyzicky, a to, když se sejde více starších pacientů a potřebují komplexní péči a poté je to zase o něco jednodušší, a je na pacienty více času, když se oddělení omladí.“* V otázce komunikace se sestry shodly na náročnosti. Již tu není tolik verbální agrese, ta se vyskytuje spíše mezi pacienty samotnými, ohledně jejich závislosti na cigaretách a kávě. S4 říká: *„Je tu důležitá psychologie, jednat s pacienty jako s dospělými, což ne vždy jde a někdy se s nimi musí jednat jako s malými dětmi.“* S5 se přidává: *„Pacient si přizpůsobuje situace podle sebe, ví, že má svá práva, ale povinnosti nechce plnit. Jeho největší zájem je o televizi, kávu a kouření. Nikdy nevíme, co se děje v pacientově hlavě, a proto je důležité je chápat a nikdy neodsuzovat.“* Musí se také dávat pozor, když je pacient v depresi. To by sestry pracující na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice i sestry pracující v domově se zvláštním režimem měli nechat pacienta raději bez aktivit a zájmu okolí. Malíková (2011) zdůrazňuje dodržování zásad emoční inteligence v domově se zvláštním režimem. U zvláštností péče považují sestry za stěžejní dohled nad léky, získání si důvěry a individuální přístup k pacientům. S6 k tomu dodává: *„Pro spolupráci je důvěra základní kámen.“* Při zjišťování spolupráce mezi rodinnými příslušníky a sestrami pracujícími v domově se zvláštním režimem jsem došla ke zjištění, že mnoho lidí dává své blízké do domova hlavně kvůli tomu, že nezvládají již péči. Spolupráce je tak individuální a hodně malá, jelikož převažují pacienti, kteří buďto žádnou rodinu nemají nebo o ně nejeví rodina zájem. Ale stejně jako sestry pracující na akutním psychiatrickém oddělení uvádějí i sestry pracující v domově se zvláštním režimem, že se rodina zajímá spíše o ty mladší, o kterých doufá, že se vyléčí. S6 to shrnula: *„Spolupráce je jak se kterou rodinou. Nejčastěji jezdí navštěvovat pacienta 1x za měsíc, a to. jen k pár pacientům. Někteří pacienti mají opatrovníky, kteří je jezdí navštěvovat nejčastěji, ale především kvůli zařizování ostatních věcí, například ohledně bydlení, a ne kvůli návštěvě samotné.“* Spolupráce je tak především s rodinami, kteří mají s pacienty hezký vztah, nejsou rozváděni nebo rozvedeni a má pouze malá část pacientů.

Ze třetího výzkumného šetření týkajícího se rodinných příslušníků vyplynulo z informovanosti, že každý z respondentů si alespoň něco o onemocnění přečetl a věděl

nějaké základy. Příbuzný je nemocný již od rané dospělosti a na otázku o změně chodu rodiny byli za jedno R1 a R2. Pro ně to bylo hodně náročné, jelikož byli malými dětmi. Ale jak R1 dodává: „*Předtím to bylo horší, ale postupně jsme si k sobě našli zase tu správnou cestu a porozumění.*“ R3, R4 i R5 se vztah k nemocnému po zjištění nemohl nijak změnit. R3 a R4 ještě nemocného neznali a R5 nebyla na světě. R4 ale říká, že jí to změnilo pohled na onemocnění: „*Dříve se o tomto onemocnění veřejně nemluvalo, ale časem jsem zjistila, že se takovému člověku musí naslouchat, musí Vám důvěřovat a hlavně ho nesmíte zklamat. Také je důležité, aby když má halucinace nebo bludy, abyste mu nic nevyvraceli, aby Vám o tom řekl a vy ho neshazovali.*“ Jak uvádí ve své knize Petr et al. (2014) o psychických poruchách se začalo více hovořit až po roce 1989 a otevřel se dialog mezi nemocným, rodinou a lékařem. V další otázce ohledně péče v a mimo domácí prostředí se všichni shodli, že když je nemocný zaléčený a soběstačný, není péče náročná. R1 a R2 se snaží jezdit na návštěvy každý týden a mimo to si berou pacientku domů i na Vánoce a různé narozeniny v rodině. U náročnosti péče se všichni shodují, hlavně R1 a R2, že začátky byly nejsložitější, ale postupem času, když začala pacientka docházet pravidelně na vyšetření, se vše zlepšilo. R1, R2, R3 R4 i R5 souhlasí, že ohledně péče nejvíce zajišťují dohled nad léky. R1 říká: „*Náročná péče to byla dříve, tolik jsme toho o nemoci nevěděli. Ale již je to lepší. Když dodržuje předepsanou léčbu je to všechno v pořádku, i když se občasným bludům nebo halucinacím babička nevyhne. Doma většinou dohlížíme na medikamentózní léčbu.*“ R4 si vzpomněla, že je to náročné i psychicky: „*Stane, že by tchýně chtěla všechno a někdy zase rezignuje a nechce nic. Ale je to asi i tím, že už je starší a má ráda svůj klid. Nejhorší je to v období depresí. To je lepší na ni vůbec nemluvit. Lidé v depresi by se měli nechat v klidu, nemělo by se po nich nic chtít. Říká se, že se tak předejde i konfliktům. Ale z osobní zkušenosti nevím, raději nechávám tchýni, aby si řekla, na co má náladu.*“ R5 také říká, že je to občas těžké v domluvě, ale co se týká onemocnění, je samostatná a dané léky užívá. V poslední otázce ohledně spolupráce mají pouze R1 a R2 zkušenosti se sestrami na psychiatrii. R1 říká: „*Na psychiatrii jsem byl jen párkrát. Péče je tu ale nesmírně důležitá, protože tu mámu zaléčili. Je to spíše chvilková, ale účinná pomoc.*“ Jak uvádí Marková et al. (2006) má sestra pracující na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice za úkol zjišťovat potřeby nemocného, sledovat vývoj stavu nemocného a především spolupracovat s rodinou a edukovat jí. Rodina se s větší spoluprací setkala až v domově se zvláštním režimem, nejspíše proto, že tam jezdí již více jak deset let každý týden. R1 říká: „*S těmi rodinami, které za svými příbuznými jezdí, se spolupracuje určitě*

*lépe. Sami sestry v domově se zvláštním režimem říkaly, že je dobré, když se tu někdo alespoň občas ukáže. Je to lepší jak pro ně, vidí ten zájem, tak i pro pacienta, který je v lepší duševní pohodě. Starají se tu o mámu moc dobře.“ R2 k tomu doplňuje: „Spolupráce je dobrá, hlavně když sestry vidí zájem o pacienta, a to jak na psychiatrii, tak i v domově se zvláštním režimem. Když si chceme brát mamku na víkend, vždy jí vše potřebné připraví a zabalí, takže spolupráce je vzájemně dobrá bych řekla. Sestry jsou velmi ochotné a vstřícné. Na psychiatrii si již moc nepamatuji, ale vždy tam byly ochotné sestry, a hlavně nám tam mamku zaléčily a řekly nám, co by se mělo. Je důležité sestry poslechnout. Dodržování léčby nejen medikamentózní, ale také pravidelné kontroly jsou velmi důležité, hlavně když to vašemu příbuznému pomůže.“ R3, R4 ani R5 se sestrami moc nespolupracují, především z důvodu práce, a hlavně to nechávají na dětech pacientky.*

## **7 Závěr**

Bakalářská práce se zabývala péčí o pacienta se schizofrenií z pohledu sester a rodinných příslušníků. Cílem práce bylo zjistit a popsat aspekty péče o pacienta se schizofrenií, jak z pohledu rodinných příslušníků, tak z pohledu sester a zjistit a popsat dopad onemocnění na život pacienta z pohledu jeho rodinných příslušníků.

Pro získání potřebných dat byl použit kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na psychiatrickém oddělení, v domově se zvláštním režimem a rodinnými příslušníky.

Výsledky byly zařazeny do tří kategorií. V první kategorii, kde odpovídaly sestry pracující na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice, z rozhovorů vyplynulo, že péče o pacienta se schizofrenií je nesmírně náročná psychicky. V akutní fázi psychózy, kdy pacient jedná pod vlivem bludné produkce a halucinací je ošetrovatelská péče nesmírně náročná. Sestra musí pravidelně sledovat chování nemocného a poruchy v chování hlásit ošetřujícímu lékaři. Nejdůležitější je ochrana pacienta i sester samotných, nejčastěji při projevech agrese vůči sobě či okolí. Z výzkumu také vyplynulo, že by měly sestry dávat pozor na depresivní stavy u pacienta, které mohou vyústit v suicidální jednání. Z otázek ohledně spolupráce s rodinou mají sestry v akutní péči spíše negativní zkušenosti. Často se lidé nechtějí informovat nebo dokonce ani postarat o svého příbuzného, který se tak častěji k hospitalizaci vrací.

Ve druhé kategorii odpovídaly sestry pracující v domově se zvláštním režimem, z jejichž rozhovorů vyplynulo, že péče o pacienta se schizofrenií je náročná nejen psychicky, ale i fyzicky, a to z důvodu péče o větší počet imobilních pacientů. Sestry zde musí mít dobré základy psychologie. Zvláštnosti péče vidí sestry hlavně v dohledu nad pacientem, v zajištění podávání léků a sledování nežádoucích účinků v chronické fázi onemocnění. Stejně jako sestry z akutní péče i sestry z domova se zvláštním režimem musejí dohlížet i na chování pacienta a možné poruchy chování ihned ohlásit lékaři. Péče je tu více komplexní. Ve spolupráci s rodinou mají sestry pracující v domově se zvláštním režimem také spíše negativní zkušenosti. Za pacienty rodiny jezdí málo, spíše výjimečně. S rodinami, které za pacienty jezdí, je ale spolupráce dobrá.

Ve třetí kategorii odpovídali rodinní příslušníci. Z jejich rozhovorů vyplynulo, že péče o pacienta se schizofrenií pro ně již není tak náročná, jako na počátku onemocnění.

Dotazovaná rodina jezdí každý týden na návštěvy a spolupracuje se sestrami bez problémů. O péči v domácím prostředí se příslušníci střídají a stěžejní je pro ně především dohled nad medikamentózní léčbou, jinak je pacientka soběstačná. O občasných halucinacích je rodina informovaná již od sester z akutní péče. U dopadu onemocnění na život pacienta se rodinní příslušníci shodli, že nejtěžší byly začátky onemocnění. Pacientka byla několikrát hospitalizovaná, ale léčbu se nakonec podařilo ustálit. Po zaléčení je třeba, aby měla pacientka zázemí, což ve zkoumaném případě bylo zajištěno. Sestry hodně dbají, aby byla rodina po propuštění pacientky informovaná a měla náhled na onemocnění a aby zajistila podávání léků v domácím prostředí.

Cíl byl splněn. Práce by mohla dále posloužit pro zvýšení informovanosti o schizofrenii.



## 8 Seznam literatury a elektronických zdrojů

1. 24x7 Schizofrenie, ©2014. *O schizofrenii: Současné pojetí života se schizofrenií*. [online] [cit 2016- 12- 14 ]. Dostupné z: <http://www.schizophrenia24x7.cz/about-schizophrenia#>.
2. ALBAYRAK, Y. et al., 2012. Temperament and character personality profile in relation to suicide attempts in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 53 (8): 1130-6. PMID 22682677.
3. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., ©2010. Prognóza: A co bude dál?. [online] [cit 2016- 12- 14]. Dostupné z: [http://www.psychosy.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=50&Itemid=2](http://www.psychosy.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=2).
4. CPRPDZ, ©2016, *Schizofrenní poruchy*. [online] [cit 2016- 12- 14]. Dostupné z: <http://www.cmhd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/schizofrenniporuchy/>.
5. ČEŠKOVÁ, E., 2007. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf. 99 s. ISBN 978-80-7345-114-1.
6. DISMAN, M., 2008. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 975-80-246-0139-7.
7. DOHNALOVÁ, H., 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v psychiatrii. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 149 s. ISBN 978-80-254-8782-2.
8. Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie. 2016. *Naše služby*. [online] [cit 2017- 02-16]. Dostupné z: <http://domovlibnic.cz/category/nase-sluzby/domov-se-zvlastnim-rezimem/>.
9. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-48269.
10. EUFAMI, 8/2012. *Život se schizofrenií*. Příručka pro pacienty a jejich pečovatele. [online] [cit 2016- 12- 14 ]. Dostupné z: [http://www.schizophrenia24x7.sk/sites/stageschizophrenia24x7sk.emea.cl.datapipeline.net/files/pdf/Zivot\\_se\\_schizofrenii.pdf](http://www.schizophrenia24x7.sk/sites/stageschizophrenia24x7sk.emea.cl.datapipeline.net/files/pdf/Zivot_se_schizofrenii.pdf).
11. FOKUS, ©2016. *Bydlení K- Pax*. [online] [cit 2016- 12- 14 ]. Dostupné z: <http://www.fokus-cb.cz/>.
12. FORGÁČOVÁ, L., ©2014. Psychiatrie pre praxi. *Nové diagnózy v klasifikácii DSM-5*. 15 (4). [online] [cit 2016- 12- 14 ]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/5773044e0723d1b52f58eb2234059d49.pdf>.

13. GRAY, R., 2010. Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research. *International Journal of Mental Health Nursing*. 19 (1). s. 36-44. ISSN 1445- 8330.
14. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., 2015. *OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY. Definice & klasifikace 2015- 2017*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978- 80- 247- 5412- 3.
15. HLINOVSKÁ, J., FIŠAROVÁ, Z., 8/2009. Ošetrovatelský proces v psychiatrii – spojení teorie a praxe. *Florence plus*. [online] [cit 2017- 02-15]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/osetrovatelsky-proces-v-psychiatrii-spojeni-teorie-a-praxe/>.
16. Hodnotící škály. 2012. [online] [cit 2017- 02-15]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>.
17. HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978- 80- 246- 2998- 8.
18. HOSÁKOVÁ, J. et al., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita. 160 s. ISBN 978- 80-7 248- 442-3.
19. CHIU, V. W. et al., 2016. Sleep in Schizophrenia: Exploring Subjective Experiences of Sleep Problems, and Implications for Treatment. *Psychiatric Quarterly*. s. 633- 648. ISSN 00332720.
20. CHOU, F. H. – C. et al., 2016. Cancer in patients with schizophrenia: What is the next step? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. s. 473- 488. ISSN 13231316.
21. JAD. 17. 10. 2015. *Psychika: Schizofrenie a její kompletní příznaky*. [online] [cit 2016- 12-14]. Dostupné z: <http://zdravezdravi.cz/psychika/schizofrenie-a-jeji-kompletni-priznaky>.
22. JANŮ, L., 8. 6. 2007. *Léčba deprese pacientů se schizofrenií*. [online] [cit 2016- 12-14]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/02.pdf>.
23. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 99 s. ISBN 978- 80- 247- 2150- 7.
24. JOHNSON, J. L., ©2006. *Duševně nemocný v rodině: Rodina a soužití s psychiatrickým pacientem*. [online] [cit 2016- 12-14]. Dostupné z: <http://www.spdn-cr.org/>.
25. JUKLOVÁ, K., SKORUNKOVÁ R., 2009. *Základy psychopatologie*. 2. vydání. Gaudeamus. 115 s. ISBN 978- 80- 7041- 815- 4.

26. KRATOCHVÍL, S., 2012. *Základy psychoterapie*. 6. vydání. Praha: Portál, 403 s. ISBN 978- 80- 262- 0302- 5.
27. KŘÍČKA, J., 2006. Komunitní péče. In: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80- 247- 1151- 6.
28. KUČEROVÁ, H., 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978- 80- 247- 2045- 6.
29. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978- 80- 247- 4733- 0.
30. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978- 80- 247- 5367- 6.
31. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishling a.s.. 328 s. ISBN 978- 80- 247- 3148- 3.
32. MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80- 247- 1151- 6.
33. MARTÍNKOVÁ, J. et al., 2007. *Farmakologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978- 80- 247- 1356- 4.
34. Ministerstvo zdravotnictví (MZ), 6/ 2016. Tiskové zprávy. *Do reformy psychiatrické péče se zapojí odborná společnost a pojišťovny*. [online] [cit 2017- 02-15]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/svatopluk-nemecekdo-reformy-psychiatricke-pece-se-zapoji-odborna-spolecnost-a-\\_12138\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/svatopluk-nemecekdo-reformy-psychiatricke-pece-se-zapoji-odborna-spolecnost-a-_12138_1.html).
35. MAZZA, M. et al., 2007, Threatment of shizophrenia. *Minerva Psichiatrica*. 43- 53 s. ISSN 03911772.
36. MOHR, P., ČERMÁK, J., 2006. Deprese u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. 3/2016. 133- 136. ISSN 1213- 0508.
37. MOTLOVÁ, L. et al., 2007. *Preventivně edukační program proti relapsu psychózy*. Praha: Evyan. ISBN neuvedeno.
38. NEMCOVÁ, J. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Osveta, 260 s. ISBN 978- 80- 8063- 321- 9.
39. NOVOTNÁ, B., 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978- 80- 247- 4236- 6.
40. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2010. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. 376 s. ISBN 978- 80- 247- 9905- 6.

41. OREL, M. et al., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2617-5.
42. OREL, M. et al., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
43. OREL, M. et al., 2016. *Psychopatologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. 338 s. ISBN 978-80-247-5516-8.
44. PETERKOVÁ, M., ©2008. *Schizofrenie- Vše o schizofrenii podrobně a srozumitelně pro každého*. [online] [cit 2016-12-14]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/>.
45. PETR, T., ©2011. *Řízení rizik na psychiatrickém oddělení*. Česká a Slovenská psychiatrie. [online] [cit 2016-12-14]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=699>.
46. PETR, T., 12/2012. *Jak získat pacienty se schizofrenií k lepší spolupráci při léčbě*. [online] [cit 2016-12-14]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/12/jak-ziskat-pacienty-se-schizofrenii-k-lepsi-spolupraci-pri-lecbe/>.
47. PETR, T. et al., 2012. *CESTA: Program pro lepší spolupráci při léčbě*. Praha: ČAS. ISBN 978-80-260-3134-5.
48. PETR, T. et al., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
49. PĚČ, O., 2014. Komunitní péče v psychiatrii. In: *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
50. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
51. RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie: Minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: TRITON. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
52. RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. (eds.), ©2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost. [online] [cit 2016-12-14]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ\\_zkr\\_komplet.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf).
53. Reforma psychiatrie, 6. 2. 2017. *Základní principy péče poskytované v CDZ*. [online] [cit 2017-02-14]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170206-Principy-péče-v-CDZ.pdf>.

54. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978- 80- 247- 3006- 6.
55. SCHIZOFRENIE, 31. 1. 2013. [online] [cit 2016- 12-14]. Dostupné z: <http://www.lundbeck.com/cz/cim-se-zabyvame/psychoza/schizofrenie>.
56. SVOBODA, M., 2012. *Psychopatologie a psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978- 80- 262- 0216- 5.
57. ŠPANIEL, F., 2009. ITAREPS: Schizofrenie bez hospitalizace. *Esprit*. 3, s. 21. ISSN 9- 771214- 212008.
58. THORNICROFT, G. et al., 2009. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373, 408– 415.
59. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 870 s. ISBN 978- 80- 7367- 414- 4.
60. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80- 247- 1262- 8.
61. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbirka zákonů České republiky. Částka 37/2006. ISSN 1211- 1244.
62. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: Sbirka zákonů České republiky. Částka 1131/2011. ISSN 1211- 1244.
63. ZHOU, J. et al., 2016. Gender differences in attitudes towards antipsychotic medications in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. s. 276-281. ISSN 01651781.

## **9 Seznam příloh**

Příloha 1: Barthelův test základních všedních činností

Příloha 2: Test instrumentálních denních činností

Příloha 3: Stupnice dle Nortonové

Příloha 4: Test kognitivních funkcí

Příloha 5: Vyhodnocení rizika agrese

Příloha 6: Hodnocení rizika sebevražedného jednání

Příloha 7: Otázky k rozhovoru

Příloha 8: Přímý přepis rozhovorů na CD

## Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

<b>činnost</b>	<b>provedení činnosti</b>	<b>bodové skóre</b>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

### HODNOCENÍ:

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

(Hodnotící škály, 2012)

**Test instrumentálních denních činností – IADL ( Instrumental activities daily living )**

<b>Činnost</b>	<b>Zvládnutí činností</b>	<b>Body</b>
<b>Telefonování</b>	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	<b>10</b>
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	<b>5</b>
	Nedokáže používat telefon	<b>0</b>
<b>Transport</b>	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	<b>10</b>
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	<b>5</b>
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	<b>0</b>
<b>Nakupování</b>	Je schopný si samostatně nakoupit	<b>10</b>
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	<b>5</b>
	Neschopný bez podstatné pomoci	<b>0</b>
<b>Vaření</b>	Uvaří samostatně celé jídlo	<b>10</b>
	Jídlo si ohřeje	<b>5</b>
	Jídlo musí připravit jiná osoba	<b>0</b>
<b>Domácí práce</b>	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	<b>10</b>
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	<b>5</b>
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	<b>0</b>
<b>Práce kolem domu</b>	Vykonává samostatně a pravidelně	<b>10</b>
	Vykonává pod dohledem	<b>5</b>
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	<b>0</b>
<b>Užívání léků</b>	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	<b>10</b>
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	<b>5</b>
	Léky musí podávat jiná osoba	<b>0</b>
<b>Finance</b>	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	<b>10</b>
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	<b>5</b>
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	<b>0</b>

**Vyhodnocení stupně závislosti:**

- 0 – 40 bodů– závislý**
- 41 – 75 bodů – částečně závislý**
- 76 – 80 bodů– nezávislý**

(Hodnotící škály, 2012)



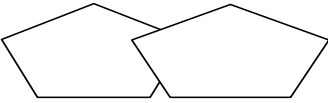
## Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	seďačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

**NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ**

(Hodnotící škály, 2012)

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

(Hodnotící škály, 2012)

**Tab. 7.9** *Vyhodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist)*

1. Zmatenost	ano (1)	ne (0)
2. Podrážděnost	ano (1)	ne (0)
3. Výbušnost	ano (1)	ne (0)
4. Slovní vyhrožování	ano (1)	ne (0)
5. Agrese vůči věcem	ano (1)	ne (0)

**Hodnocení**

*součet bodů 0–1: nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodinách*

*součet bodů 2–5: vyšší pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodinách*

(Petr, 2014)

Tab. 7.8 Hodnocení rizika sebevražděného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk)

1. Beznaděj	ano (3)	ne (0)
2. Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ano (3)	ne (0)
3. Plán spáchat sebevraždu	ano (3)	ne (0)
4. Aktuální ztráta blízkého člověka nebo rozpad vztahu	ano (3)	ne (0)
5. Sebevražděný pokus v anamnéze	ano (3)	ne (0)
6. Přítomnost stresových událostí	ano (1)	ne (0)
7. Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ano (1)	ne (0)
8. Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ano (1)	ne (0)
9. Varovné známky sebevražděného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)	ano (1)	ne (0)
10. Psychóza v anamnéze	ano (1)	ne (0)
11. Ztráta manžela/ky nebo životního partnera	ano (1)	ne (0)
12. Známky sociálního stažení	ano (1)	ne (0)
13. Socioekonomická strádání v anamnéze	ano (1)	ne (0)
14. Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ano (1)	ne (0)
15. Přítomnost terminálního onemocnění	ano (1)	ne (0)
<b>Hodnocení</b>		
součet bodů 0–7: nízké riziko		
součet bodů 8–13: střední riziko		
součet bodů 14–25: vysoké riziko		

(Petr, 2014)

Otázky k rozhovoru:

#### SESTRY

1. Jak dlouho pracujete na psychiatrickém oddělení/ v domově pro seniory se zvláštním režimem?
2. Kolik je Vám let?
3. Jakou máte specializaci ve zdravotnictví?
4. Jaké vlastnosti a dovednosti by měla mít sestra na vašem oddělení?
5. Jak byste charakterizovala práci na vašem oddělení?
6. Jaké jsou zvláštnosti péče o pacienta se schizofrenií?
7. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při komunikaci s pacientem se schizofrenií?
8. Jak probíhá spolupráce mezi rodinou pacienta a zdravotnickými pracovníky?

#### RODINA

1. Pohlaví?
2. Věk?
3. V jakém jste příbuzenském vztahu s nemocným?
4. Jak dlouho se váš příbuzný léčí?
5. Změnila schizofrenie Váš vztah s nemocným?
6. Narušil se nějakým způsobem chod vaší rodiny po zjištění nemoci u příbuzného?
7. Jak pečujete o Vašeho příbuzného?
8. Jak je náročná péče o schizofrenního pacienta v domácím prostředí?
9. Jak spolupracujete se zdravotnickými pracovníky v domově se zvláštním režimem/ na psychiatrickém oddělení?
10. Odkud jste čerpali informace o schizofrenii?

(Zdroj. Vlastní výzkum, 2017)

## **10 Seznam použitých zkratk**

ADL= Activity Daily Living (Test aktivit denního života)

BMI= Body mass index (Ukazatel tuku v těle)

BVC= Broset Violence Checklist (Rizika agrese)

CDZ= Centra duševního zdraví

DSM V= Diagnostický a statistický manuál mentálních onemocnění

EKT= Elektrokonvulze

IADL= Instrumental Activity Daily Living (Instrumentální aktivity denního života)

MKN= Mezinárodní klasifikace nemocí

MMSE= Mini Mental State Exam (Test kognitivních funkcí)

MZ= Ministerstvo zahraničí

NAMI= National Alliance for the Mentally (Národní aliance pro duševně nemocné)

NGASR=Nurses Global Assessmental Suicide risk (Odhad sebevražedného chování vytvořený pro psychiatrické sestry)

PANSS= Hodnotící škála pozitivních a negativních příznaků schizofrenie

WHO= World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)