

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
PRAHA 5

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ
PORUCHOU
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA MALÁ

PRAHA 2009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

Bakalářská práce

ZUZANA MALÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Abstrakt

MALÁ, Zuzana. *Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Bakalář ve všeobecné sestře. Školitel: PhDr. Jana Hlinovská.

Hlavním tématem bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou. Teoretická část práce je zaměřena na průběh a obraz Bipolární afektivní poruchy, na její typy, diagnostiku, terapii, rizika a problémy doprovázející tuto poruchu a na formy hospitalizace spojené s nedobrovolným vstupem. Všeobecná sestra na psychiatrickém oddělení se mnohdy stará i o rodinné příslušníky pacienta převzatého do léčby. Nosnou částí práce je praktická část, zabývající se anamnézou pacientky s Bipolární afektivní poruchou v manické fázi s psychotickými příznaky. Cílem stanoveného ošetrovatelského procesu je dopomoc pacientce získat náhled na své onemocnění a dohled nad základními lidskými potřebami, které pacientka v akutní fázi své nemoci zanedbává, a tím ji zaručit dostatečný komfort pro kompenzaci svého stavu.

Klíčová slova: Bipolární afektivní porucha. Ošetrovatelský proces. Psychiatrické oddělení.

Summary

Main topic of bachelor work is nursing care about patient with bipolar affective disorder (BAD).

Theoretical part of the work is focused on course and description of BAD, on its types, diagnostics, therapy, risks and problems accompanying the disorder, and on forms associated with captive hospitalization. This nursing care is also often connected with care about family members of the hospitalized patient.

Central part of the work is practical part, dealing with anamnesis of woman patient with BAD in manic phase with psychosis symptoms.

Aim of in-work described nursing process is help the patient to gain insight into her disease and control over her basic human needs, which she neglects within acute phase of her disease, and to ensure sufficient comfort for compensation of her condition in this way.

Key words: Bipolar affective disorder. Nursing care. Psychiatry detachment.

Předmluva

V dnešní generaci lidstva je fenomén psychiatrie ještě stále na úrovni „blázince“, což je v očích lidské veřejnosti přirozené, díky médiím. Mnozí lidé si neuvědomují, že vyhledat odbornou pomoc, by mnohdy předešlo velkým tragediím, sebevraždám a psychiatrie jako taková, by získala daleko lepší prestiž.

Tato práce vznikla za účelem přiblížit danou problematiku manického pacienta a pozdvihnout práci zdravotnického personálu na psychiatrii. V mínění odborné veřejnosti se sestra na psychiatrii uchyluje ve chvíli, kdy již nezvládá náročnost somatického oddělení. Považujeme za důležité poukázat na fakt, že personál v tomto oboru musí mnohdy čelit až nebezpečným situacím, musí být komunikačně zdatní a neméně osobnostně vyzrálí. Jejich úloha zde není jednoduchá.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecné zdravotní sestry a absolvováním klinických cvičení na psychiatrickém oddělení v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních a časopiseckých tak i internetových zdrojů.

Práce je určena studentům všeobecné zdravotní sestry, odborné veřejnosti, klientům trpícím touto poruchou a může zde najít i podnětné rady personál již pracující na psychiatrických oddělení.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské a odbornému konzultantovi MUDr. Juraji Mikulášovi za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytli při vypracovávání bakalářské práce.

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Bipolární afektivní porucha	10
1. 1 Průběh a obraz bipolární poruchy	10
1. 2 Mánie a hypománie.....	10
1. 3 Deprese.....	12
1. 4 Smíšená epizoda	13
1. 5 Typy bipolární poruchy.....	13
1. 5. 1 Typ 1.....	13
1. 5. 2 Typ 2.....	13
2 Duševní poruchy podobné bipolární poruše	14
2. 1 Periodická depresivní porucha	14
2. 2 Cyklotymie.....	14
2. 3 Schizoaferktivní porucha	14
2. 4 Hraniční porucha osobnosti.....	14
3 Příčiny bipolární poruchy	15
3. 1 Dědičnost bipolární poruchy.....	15
4 Diagnostika bipolární poruchy	17
4. 1 Dotazník poruch nálady	17
4. 2 Psychologické vyšetření.....	18
4. 3 Vyšetřovací metody.....	18
4. 3. 1 Psychiatrické vyšetření.....	19
5 Rizika a problémy provázející bipolární poruchu	20
6 Možnosti léčby	22
6. 1 Akutní léčba.....	22
6. 2 Udržovací léčba	22
6. 3 Profylaktická léčba	23
7 Farmakoterapie.....	24
7. 1 Vedlejší účinky léků.....	24
7. 2 Stabilizátory nálady	24
7. 3 Antipsychotika v léčbě bipolární poruchy	25

7. 4 Antidepresiva v léčbě bipolární poruchy	26
8 Další biologické terapie	28
8. 1 Elektrokonvulzivní terapie.....	28
8. 2 Fototerapie.....	29
8. 3 Psychoterapie	29
8. 4 Kognitivně-behaviorální terapie.....	29
8. 5 Zdravý životní styl a správná životospráva.....	30
9 Formy léčby	31
10 Hospitalizace.....	31
11 Akutní léčba.....	32
12 Zásady pro aplikaci restriktivních postupů	32
12. 1 Omezení pacienta v lůžku	33
12. 2 Terapeutická izolace	33
13 Nedobrovolný vstup.....	34
14 Ambulantní léčba	35
PRAKTICKÁ ČÁST	36
15 Ošetrovatelská péče	36
15. 1 Aplikace modelu Gordonové v ošetrovatelské praxi	36
15. 2 Anamnéza při příjmu	37
15. 3 Základní screeningové vyšetření sestrou	39
16 Posouzení potřeb dle funkčních vzorů zdraví	41
17 Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy	46
Závěr	53
Seznam literatury.....	54
Přílohy.....	56

Úvod

Bipolární afektivní porucha je specifické onemocnění, které je mnohem rozšířenější, než si většina lidí uvědomuje. Postihuje přibližně 1% dospělé populace (Breznoščáková, 2008). To, co činí bipolární afektivní poruchu tak závažnou, je její nenápadný nástup. Člověk trpící touto již diagnostikovanou poruchou, je omezen ve svém pracovním, společenském a rodinném životě. Nezřídka vede Bipolární afektivní porucha až k pracovní neschopnosti se souvisejícím ekonomickým dopadem. Navzdory tomu je toto onemocnění stále ještě podceňováno a mnohdy laickou veřejností definováno pouze jako období dobré nálady a nezdaru. Vzhledem k této skutečnosti je cíl práce zaměřen na seznámení s příznaky bipolární afektivní poruchy, včasnou podporu rodiny a vyhledání pomoci s poukázáním na skutečnost, jak je zanedbávání tohoto onemocnění závažné. Dále na zjištění a osvojení preventivních opatření, snižujících riziko vzniku dalšího relapsu onemocnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha (často uváděná jen jako „bipolární porucha“) je vážné, často celoživotní duševní onemocnění, které postihuje přibližně 1% dospělé populace. Typicky se projevuje poruchou nálady, která v průběhu nemoci kolísá mezi dvěma póly („bipolární“). Lidé s bipolární poruchou zažívají v průběhu svého života opakující se období (epizody) chorobně zvýšené nálady a aktivity, které se nazývá mánie, období chorobně pokleslé nálady neboli deprese a období normální nálady. Dříve se toto onemocnění nazývalo maniodeprese.

Porucha je spojena s vysokým rizikem sebevraždy, zneužívání návykových látek (alkohol, stimulační drogy), rodinnými, pracovními a ekonomickými problémy, ale i problémy se zákonem. Představuje tak významnou zátěž a snížení kvality života pro nemocného i jeho okolí.

1. 1 Průběh a obraz bipolární poruchy

Porucha postihuje stejně často muže i ženy. Bipolární porucha může začít kdykoliv během života, ale nejčastěji se první epizoda onemocnění objeví mezi 15. a 20. rokem života. Přestože se výskyt deprese a mánie mezi lidmi výrazně liší, v průměru připadají na jednu manickou epizodu tři epizody depresivní. Také délka epizod se liší, manické epizody trvají obvykle 2-3 měsíce, depresivní bývají delší, obvykle 3-6 měsíců. Bez léčby však mohou mánie i deprese trvat déle. Průběh bipolární poruchy, například četnost a délka manických a depresivních epizod, je velmi různorodý a mezi nemocnými se může výrazně lišit.

1. 2 Mánie a hypománie

MÁNIE

Začátek mánie je obvykle spojen s příjemným pocitem zvýšené energie, kreativity a společenskosti. Tento stav však může velmi rychle přejít do extrémně zvýšené nálady nebo vážné podrážděnosti, které jsou pro daného jedince nápadně neobvyklé. Lidé

v této fázi obvykle ztrácejí náhled na svůj stav, nevnímají jej jako chorobný a odmítají připustit, že je něco v nepořádku. Mánie způsobuje vážné narušení každodenního života a často je důvodem k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení.

U jedince v mánii můžeme pozorovat tyto příznaky:

- Sníženou spotřebu spánku, spí málo nebo vůbec ne a při tom se necítí unavený.
- Zvýšenou hovornost, mluví mnoho a často velmi rychle, někdy mu není rozumět.
- Zvýšenou aktivitu a tělesný neklid.
- Myšlenkový trysk, myšlenky rychle proudí a střídají se, někdy je obtížné je sledovat.
- Roztěkanost, roztržitost, u ničeho dlouho nevydrží, střídá činnosti, které nedokončuje.
- Odbrzdenost, bez rozmyslu se snaží uskutečnit okamžité nápady, neodhadne následky svého chování a může jednat nezodpovědně, riskantně nebo nevhodně (utrácet velké sumy peněz, riskantně investovat, nevhodně se chovat ve společnosti, hádat se, prát se, zvýšeně navazovat sexuální vztahy).
- Nápadně zvýšené sebevědomí a sníženou sebekritičnost, pocit zvláštních či mimořádných schopností, že všechno zvládne, že má zvláštní nadání, že se mu/jí nic nemůže stát.
- Při závažném průběhu mánie se mohou objevit psychotické příznaky jako bludy (nevývratné přesvědčení o zvláštních schopnostech, nadání, poslání či původu) nebo halucinace (hlasy sdělující jedinci, že má nadpřirozenou moc či mimořádné poslání).

Pro diagnózu mánie je nutné, aby tento stav trval alespoň 1 týden (Breznoščáková, 2008).

HYPOMÁNIE

Hypománie je mírnější forma mánie, příznaky nebývají tak výrazné a způsobují méně závažné narušení fungování v každodenním životě. Odlišení od pouhé dobré nálady může být někdy obtížné, i zde však platí, že by mělo jít o stav, který není pro daného jedince typický. Hypománie je často vnímána pozitivně, může však přejít do plně rozvinuté mánie nebo naopak deprese, proto by neměla být brána na lehkou váhu. Zpětné rozpoznání hypománie v minulosti bývá někdy dosti obtížné.

1. 3 Deprese

Deprese může začínat pozvolna a nenápadně. Zpočátku se obvykle objevuje pokles nálady, zkrácení délky spánku a zvýšená unavitelnost. Stav se pak může během dnů či týdnů prohlubovat až do jasně vyjádřené deprese, která výrazně omezuje každodenní fungování, schopnost pracovat, studovat, ale i odpočívat a věnovat se zájmům. Během depresivní epizody jsou hlavním rizikem sebevražedné myšlenky a plány, které mohou vyústit v sebevražedné chování.

Také během deprese může člověk ztratit náhled, depresi pak nevnímá jako nemoc, ale jako své selhání, neschopnost nebo lenost.

U jedince v depresi můžeme pozorovat tyto příznaky:

- Pokleslou, smutnou, depresivní náladu, která nemá zřejmý důvod a obvykle jde jen málo ovlivnit vnějšími okolnostmi. Nálada bývá nejhorší ráno.
- Zvýšenou únavu, a to i po nenáročných činnostech, běžné každodenní aktivity se stávají obtížné a unavující nebo trvají déle.
- Ztrátu nebo pokles zájmu a radosti z činností, které dříve radost přinášely, jako např. koníčky, práce nebo vztahy.
- Ztrátu sebedůvěry, objevují se pocity neschopnosti, zbytečnosti, vyřazenosti, odlišnosti, což vede k dalšímu stahování se do sebe a izolování od okolí.
- Prožívání nebo sdělování výčitek a obviňování se za chování v minulosti, které považuje za špatné, škodlivé či zavrženíhodné. Výčitky bývají obvykle neopodstatněné, přehnané či přímo smyšlené.
- Pocity zhoršení paměti, soustředění a nerozhodnost, které výrazně zhoršují výkon. I jednoduché aktivity mohou člověku připadat náročné a složité.
- Nechutenství a pokles hmotnosti
- Zhoršení spánku, může dojít k jeho prodloužení, ale obvyklejší je zkrácení spánku, spánek je povrchní, přerušovaný a neosvěží. Typické je probuzení velmi časně ráno.
- Sebevražedné myšlenky nebo chování, zvláště když člověk prožívá pocity viny, bezvýchodnosti nebo výrazné utrpení
- Při závažném průběhu deprese se mohou objevit psychotické příznaky jako bludy (nevývratné přesvědčení o vlastní hříšnosti, škodlivosti či nebezpečnosti pro okolí, zruinování rodiny, apod.) nebo halucinace (hlasy sdělující jedinci, že bude věčně trpět, bude potrestán, zavíní katastrofu apod.)

Pro diagnózu deprese je nutné, aby tento stav trval alespoň 2 týdny (Breznoščáková, 2008).

1. 4 Smíšená epizoda

Může se stát, že jedinec současně zažívá příznaky obou epizod (mánie i deprese) nebo se tyto stavy velmi rychle (během hodin) střídají. Pak mluvíme o smíšené epizodě. Člověk může být zrychlený a upovídaný, ale současně podrážděný, zažívat depresivní náladu a myšlenky.

1. 5 Typy bipolární poruchy

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 zatím podtypy bipolární afektivní poruchy neuvádí. Americký diagnostický a statistický manuál DSM IV-TR však už rozlišuje podle průběhu dva typy bipolární afektivní poruchy, typ 1 a 2. To je v souladu s koncepcí bipolárního spektra, která se v posledních letech dostává do popředí. Například nejznámější Akiskalova klasifikace rozlišovala v roce 1999 devět podtypů bipolární poruchy. Koncepce bipolárního spektra by mohla umožnit diferencovanější přístup k diagnostice a léčbě pacientů s poruchami nálady. Pracuje s tzv. indexem bipolarity, který slouží ke kvantifikaci „míry“ bipolarity pacienta. V klinické praxi se však zatím používá jenom rozdělení na typ 1 a 2, tak jak je uvedeno v DSM IV TR a v mé práci.

1. 5. 1 Typ 1

Tento typ poruchy je charakteristický klasickým průběhem, kdy se střídají mánie, deprese a období normální nálady.

1. 5. 2 Typ 2

Druhý typ bipolární poruchy je charakterizován střídáním období hypománie, deprese a období normální nálady, nikdy se neobjevila jasná mánie.

RYCHLÉ CYKLOVÁNÍ

Stav, kdy se během jednoho roku objeví 4 a více oddělených epizod poruch nálady (deprese nebo mánie).

2 Duševní poruchy podobné bipolární poruše

Existují další psychiatrická onemocnění, která se mnohdy léčí pod obrazem bipolární poruchy, ale nakonec se přediagnostikují.

2.1 Periodická depresivní porucha

Duševní onemocnění, které je charakterizováno opakovanými epizodami deprese bez výskytu mánie či hypománie. U řady pacientů s bipolární poruchou se první epizoda mánie objeví až po několika epizodách deprese, mohli být tedy v minulosti léčeni pro tuto diagnózu.

2.2 Cyklotymie

Podstatným rysem je trvalá nestálost nálady, vyskytují se četná období mírné deprese a mírně zvýšené nálady, která však nejsou tak dlouhá nebo tak vážná jako u bipolární poruchy. Období normální nálady jsou krátká.

2.3 Schizoafektivní porucha

Duševní onemocnění, které je charakterizováno epizodami, během kterých se současně a ve stejné míře objevují jak příznaky výrazné poruchy nálady (deprese či mánie), tak psychotické příznaky, jaké se objevují u schizofrenie (sluchové halucinace, vkládání a odjímání myšlenek, pocity ovlivňování vnějšími silami, mimořádně bizarní bludná přesvědčení apod.)

2.4 Hraniční porucha osobnosti

Někdy uváděna pod názvem emočně nestabilní porucha osobnosti. Podstatným rysem poruchy je převládající nestálost nálady, ke změnám dochází v řádu hodin, objevují se výrazné emoční krize. Dále jsou typické časté pocity prázdnoty, narušené a proměnlivé představy o sobě a druhých a sklon k sebepoškozování.

3 Příčiny bipolární poruchy

Protože bylo za posledních několik let nashromážděno mnoho informací o příčinách vzniku bipolární poruchy, jednoznačnou odpověď neznáme.

Předpokládá se, že porucha je způsobena převážně vrozenými(zděděnými) odchylkami ve fungování nervových buněk a v komunikaci mezi nimi v oblastech mozku, které odpovídají za kontrolu emocí. Tyto odchylky způsobí, že tito lidé jsou více citliví k emocionální a fyzické zátěži(stresu), k narušení denních rytmů nebo k hormonálním výkyvům(např. během puberty nebo u žen po porodu) uvádí Raboch (2001).

Vliv životních událostí(negativních, ale i pozitivních), užívání návykových látek nebo některých léků, nedostatek spánku nebo porod, se během života sčítají a vedou k dalšímu narušení kontroly emocí. Situace a události, které bezprostředně předcházejí rozvoji mánie nebo deprese, nazýváme spouštěče. Spouštěčem se může stát jakákoliv událost spojená s výraznými emocemi(rozchod s partnerem, nemoc v rodině, dokončení školy, úspěch v zaměstnání) nebo situace, kdy dochází k narušení denních rytmů(ponocování před zkouškami, flám spojený s konzumací alkoholu či drog, cestování přes časová pásma apod.).

Z představy o vrozené dispozici(zranitelnosti), která se může zvláště při dospívání pod vlivem životních okolností projevit, se odvíjejí i léčebné postupy. Léky pozitivně působí na odchylky ve fungování mozku. Změny životního stylu(omezení stresových situací, správné spánkové návyky a abstinence od návykových látek) snižují dopad nepříznivých životních událostí, což společně vede ke snížení rizika objevení nové epizody.

3. 1 Dědičnost bipolární poruchy

Z výzkumů rodin, kde se porucha vyskytuje v několika generacích, a ze studia dvojčat je zřejmé, že bipolární porucha je z velké části podmíněná dědičně. Dosud se však nepodařilo najít žádný konkrétní gen, jehož odchylka by byla jednoznačně spojena s rozvojem bipolární poruchy. Geny, které nesou informaci o stavbě a funkci nervového

systemu, se mezi lidmi vyskytují v několika různě funkčních variantách. V současnosti se předpokládá, že dispozici k rozvoji bipolární poruchy má na svědomí spíše kombinace několika méně vhodných variant genů. Zda se porucha skutečně rozvine, závisí na tom, v jakém prostředí jedinec vyrůstá a s jakými událostmi se v životě potká. Proto se onemocnění projeví jen u části osob s dědičným rizikem k nemoci. Faktem zůstává, že riziko rozvoje bipolární poruchy u konkrétního člověka stoupá s počtem jeho příbuzných, kteří touto poruchou trpí, a s mírou příbuznosti. Určit předem, kdo skutečně onemocní a kdo ne, nicméně v současnosti stále nedokážeme.

4 Diagnostika bipolární poruchy

„V současnosti neexistuje žádné laboratorní vyšetření, zobrazovací vyšetření mozku ani psychologické vyšetření, pomocí kterého by lékař dokázal tuto poruchu bezpečně určit. Tato vyšetření se nicméně často provádějí, aby lékař vyloučil jinou příčinu poruchy (např. hormonální poruchy nebo neurologická onemocnění), nebo aby posoudil psychický a tělesný stav nemocného“ uvádí Breznoščáková (2008).

Diagnóza bipolární poruchy se stanovuje především na základě důkladného psychiatrického vyšetření současného duševního stavu a průběhu obtíží během života (anamnéza). K upřesnění některých údajů mohou výrazně přispět blízké osoby nemocného.

Rozhodující význam pro stanovení diagnózy má manická epizoda. Jakmile se mánie objeví, považuje se diagnóza bipolární poruchy za spolehlivou (Praško, 2004).

Typickou mánii, která vede k vážnému narušení fungování člověka, nebývá obtížné rozpoznat. Problémem však může být zpětně poznat hypománii, zvláště pokud trvala pouze několik dnů a nedošlo k výraznému narušení fungování. V situaci, kdy není jasné, jestli taková událost v minulosti nastala, může pomoci některý z užívaných dotazníků.

4.1 Dotazník poruch nálady

Dotazník je zaměřen na zachycení manických a hypomanických epizod v minulosti. Odpovíte-li na 7 a více otázek v části 1 „ano“, tyto příznaky se objevily ve stejné době (část 2) a způsobily vám alespoň mírné problémy (část 3), velmi pravděpodobně jste v minulosti zažil/a hypománii nebo mánii. Kladná odpověď na otázky v části 4 a 5 dále zvyšuje pravděpodobnost, že trpíte bipolární poruchou. Výsledek dotazníku je potřeba probrat se svým lékařem či jiným odborníkem. Viz příloha č. 2.

4. 2 Psychologické vyšetření

Psychologická diagnostika představuje vědecké poznávání člověka. Je procesem odborně náročným a vyžadujícím proto specializované vzdělání a možnost průběžné supervize. Se specializovanými psychologickými metodami (zejména s testy) mohou proto ve zdravotnické praxi pracovat výhradně kliničtí psychologové nebo osoby pod jejich přímým velením (např. zadávání a vyhodnocování některých dotazníků lze svěřit zaškoleným pracovníkům – nep psychologům).

Vlastní psychologické vyšetření má dvě části :

- Navázání kontaktu s vyšetřovanou osobou (či osobami při skupinovém vyšetření nebo při vyšetření např. celé rodiny). Přitom je třeba zúčastněným osobám vysvětlit důvod vyšetření a informovat je rámcově o jeho průběhu. Nutné bývá jejich uklidnění a navození přátelské, povzbudivé atmosféry.
- Aplikace psychologických metod (pozorování, rozhovor a hodnocení soukromých výtvorů, posuzovací škály, psychometrie, vývojové škály a psychologické testy) spočívá v prezentaci soustavy podnětů a registraci reakcí vyšetřovaných. Tato část má svá přísná pravidla. Po ukončení vyšetření je třeba pacienty orientačně a pravdivě informovat o výsledku způsobem, jenž zanechá příznivý dojem.

Také při vyhodnocování jednotlivých metod musí psycholog přesně dodržovat předepsané postupy. V interpretaci výsledků pak integruje výsledky získané z jednotlivých metod a ostatních informací o pacientovi v jeden celek.

4. 3 Vyšetřovací metody

Nejčastěji používanou vyšetřovací metodou je psychiatrické vyšetření. Dále laboratorní vyšetření krve a moče (hladina Lithia v krvi, mineralogram, jaterní testy, krevní obraz, metabolity v moči aj.). Jako další řadíme i zobrazovací metody k vyloučení neurologických a jiných příčin (EKG, EEG, CT, MRI aj.)

4. 3. 1 Psychiatrické vyšetření

Toto vyšetření provádí psychiatr. Jeho cíle jsou navázání kontaktu, vztahu a získání důvěry pacienta. Porozumění stavu nemocného, postavení orientační diagnózy a sestavení léčebného procesu. Jedná se o vyšetření podobné jiným odvětvím medicíny. Je zde mimořádně důležitý terapeutický přístup vyšetřujícího, neboť už při prvním kontaktu může nemocný pocítit úlevu, bezpečí a přijetí. Necitlivý přístup může na dlouhou dobu zkomplikovat vytvoření terapeutického vztahu, který je nutný pro další léčbu.

Vyšetření je prováděno v klidném prostředí, je dobré eliminovat rušivé podněty (telefon, vstup jiných osob). Nejenže pacient potřebuje intimní prostředí pro sdělování důvěrných informací, ale při některých onemocněních může dojít k paranoidnímu zpracování celé situace, což jen prohlubuje onemocnění. V některých zvláštních situacích, zpravidla u neklidných pacientů, není možné splnit všechny náležitosti psychiatrického vyšetření. To je nutné důkladně zdokumentovat.

Postup vyšetření je obdobný jako u jiných oborů. Úvod by měl být co nejobecnější, dotazy směřují k důvodu návštěvy, současným obtížím, pocitům a problémům. Další etapou je zmapování nynějšího vývoje onemocnění. Při rozhovoru vždy navazujeme na poslední sdělení pacienta. Nemocní mohou také disimilovat. Ze strachu z nedobrovolné hospitalizace nebo vyřčení závažné diagnózy symptomy popírají.

V současnosti je časté používání termínů, jako je deprese, i při běžném kolísání nálady. Je časté, že pacient přichází a mluví o depresi, která ho trápí. Hledáme další symptomy charakteristické pro poruchy nálad, jako je ztráta vitality, poruchy spánku, bolesti hlavy, anhedonie (člověk není schopen prožívat radost), pacient si připadá líný a není schopen lenost překonat

5 Rizika a problémy provázející bipolární poruchu

Vážným problémem u osob s bipolární poruchou je nadměrné užívání návykových látek, nejčastěji alkoholu, marihuany, stimulačních drog či některých léků. Během mánie mohou být tyto látky nadměrně užívány pro zvýraznění příjemných prožitků či vlivem snížené sebekontroly. V depresi je často lidé používají jako způsob „samoléčby“ ke zmírnění vnitřního utrpení. Může se však stát, že pravidelné užívání návykových látek nelze přerušit ani v době normální nálady. Pak mluvíme o závislosti. Statistiky uvádějí, že polovina všech pacientů s bipolární poruchou má někdy během života vážné problémy s návykovými látkami. U těchto pacientů se deprese i mánie objevují častěji, trvají déle a jsou hůře léčitelné. Nadužívání návykových látek tedy zřetelně zhoršuje prognózu bipolární poruchy.

Dalším vážným problémem jsou sebevražedné myšlenky, sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy, které se objevují především během deprese. Jsou spojeny s pocity viny, selhání, bezvýchodnosti a nevírou ve zlepšení stavu. Situaci může zhoršit i užívání návykových látek (především alkoholu). Objevení sebevražedných myšlenek je velmi vážná situace. V některých případech je proto nezbytné pacienta kvůli jeho bezpečnosti hospitalizovat. Nejúčinnější pomocí je včasná léčba deprese. Se zlepšením stavu obvykle mizí i sebevražedné myšlenky a jednání. Neexistuje bohužel žádný způsob, jak tyto vážné myšlenky odhalit, pokud o nich pacient sám nemluví nebo nechce mluvit.

Lidé s bipolární poruchou se mohou potýkat s řadou zdravotních problémů. Za všechny lze uvést častější výskyt obezity, cukrovky, onemocnění srdce a cév, chronických infekcí a migrény. Jde o důsledek nesprávné životosprávy (nedostatku pohybu, užívání návykových látek, kouření a nezdravé stravy), malé pozornosti věnované některým tělesným obtížím či nedodržování léčebných doporučení.

V manické fázi se může člověk dostat v důsledku snížené sebekontroly, riskantního chování a velikášství do finančních problémů či do střetu se zákonem. Může se zadlužit, lehkovážně nakládat se svým majetkem, zpronevěřit peníze, podepsat nevýhodnou smlouvu, ale i někomu ublížit na zdraví, poškodit cizí majetek nebo se dopustit vážného dopravního přestupku. Následky takového jednání mohou být velmi nepříjemné. Jelikož

v mánii často člověk neodhadne nebezpečnost či nezodpovědnost svého jednání, je dobré těmto situacím předcházet. Vhodné je například omezit svůj přístup k větším finančním prostředkům nebo mít dohodu s důvěrnou osobou, které věříte a která by mohla na vaše počínání nějakým způsobem dohlížet.

V neposlední řadě mohou mít lidé s bipolární poruchou problémy s nalezením a udržením práce a problémy v partnerském životě a jiných mezilidských vztazích. V těchto případech by mohl pomoci sociální pracovník či psychoterapeut.

6 Možnosti léčby

K rozvoji bipolární poruchy dochází na základě určité vrozené dispozice, která se kombinuje s vlivy prostředí a s dopady životních událostí. Vrozená dispozice se týká způsobu, jak v mozku fungují nervové buňky. Nervové buňky si mezi sebou vyměňují informace pomocí nervových přenašečů, jako je například dopamin, serotonin a noradrenalin. Při rozvoji deprese nebo mánie dochází ke změnám fungování mozku a objevuje se nerovnováha mezi nervovými přenašeči. Jde o změny biologické, na které je cílená takzvaná biologická terapie. Mezi biologické způsoby léčby patří především užívání léků – farmakoterapie. Dalšími biologickými postupy jsou elektrokonvulzivní terapie a fototerapie.

Léčbu je také možné doplnit zmírňováním vlivu životních událostí a nepříznivých vlivů prostředí. Psychoterapie je zaměřena na psychologické postupy zvládnutí nemoci, stresu a životních obtíží. Také pomáhá vyrovnat se s nemocí a naučit se s ní žít. Pro pacienty s bipolární poruchou je vhodná například kognitivně-behaviorální psychoterapie. Při potřebě a zájmu pacienta je možné použít i jinou individuální, skupinovou nebo rodinnou psychoterapii.

Na kurzech psychoedukace mohou pacienti a jejich blízcí získat informace o nemoci, o možnostech léčby a o vhodné životosprávě. Právě změna životního stylu a správná životospráva může léčbě bipolární poruchy výrazně pomoci.

6. 1 Akutní léčba

Akutní léčba je cílena na odstranění příznaků přítomné deprese nebo mánie. Někdy je nutná hospitalizace pacienta.

6. 2 Udržovací léčba

Pokud se po zlepšení stavu léčba ukončí, mohou se obtíže znovu vrátit. Proto je nutné kvůli udržení dosaženého uzdravení v léčbě pokračovat. Jde o léčbu udržovací, která trvá většinou několik měsíců. Někdy se v tomto období stává, že pacienti úspěšnou léčbu v dobré víře sami přerušují. Po překonané depresi nebo mánii se cítí

dobře, a proto mají pocit, že je zbytečné léky brát. Při předčasném vysazení léků však hrozí opětovné propuknutí depresivních nebo manických obtíží.

6.3 Profylaktická léčba

Bipolární porucha je nemoc dlouhodobá, deprese a mánie mají tendenci se během života opakovat. Přitom se riziko rozvoje dalších epizod zřejmě zvyšuje s počtem již prodělaných epizod. Proto je vhodné rozvoji další mánie nebo deprese předcházet. To je úkolem profylaktické léčby, která navazuje na pokračovací léčbu. Pacienti při ní užívají léky preventivně. Součástí profylaktické léčby mohou být také různé formy psychoterapie a důležitá je úprava životosprávy.

V profylaktické léčbě se často pokračuje po několik let, někdy je na místě i léčba celoživotní. V tomto ohledu se bipolární porucha podobá nemocem, jako je například cukrovka, hypertenze nebo ischemická choroba srdeční. Tyto choroby také vyžadují dlouhou léčbu a často také úpravu způsobu života a návyků.

I při správné léčbě se mohou objevovat výkyvy nálady. Přesto však platí, že se je nejlépe daří udržovat pod kontrolou, pokud je léčba nepřerušovaná. Například při přerušení profylaktické léčby je riziko rozvoje další epizody v následujících 2 letech asi 80 % (Švestka, 1995).

Cílem léčby bipolární poruchy je :

- Odstranit akutní depresivní nebo manické příznaky nemoci a předcházet jejich návratu – akutní a udržovací léčba.
- Předcházet dalším epizodám poruchy nálady – profylaktická léčba
- Pomoci žít běžným životem, udržovat normální kvalitu života.

7 Farmakoterapie

Základem léčby bipolární poruchy jsou léky – psychofarmaka. Mezi nejdůležitější používané léky patří:

STABILIZÁTORY NÁLADY

Stabilizátory nálady jsou léky, které při dlouhodobém užívání stabilizují náladu, tedy předcházejí epizodám výkyvů nálady. Užívají se tedy preventivně, aby se neobjevila deprese nebo mánie. Některé z nich také léčí akutní depresivní nebo manické obtíže. Všechny stabilizátory nálady se často používají v kombinaci s dalšími stabilizátory nebo s jinými léky užívanými v léčbě bipolární poruchy.

DALŠÍ POUŽÍVANÉ LÉKY

Dalšími používanými léky jsou antipsychotika k léčbě psychózy, některá také k léčbě mánie a deprese. Antidepresiva k léčbě deprese. Dále se používají léky snižující úzkost a napětí – anxiolytika a léky zlepšující spánek – hypnotika. Podávání léků je často kombinováno s jinou biologickou terapií, jako je například elektrokonvulzivní terapie.

7.1 Vedlejší účinky léků

„Při užívání jakýchkoli léků se mohou objevit jejich nepříjemné účinky. Většinou souvisejí s mechanismem fungování léku nebo s jeho zpracováním. Při léčbě bipolární poruchy se nežádoucí účinky objevují nejčastěji po nasazení léku nebo po zvýšení jeho dávky. S dobou užívání léku většinou rychle odeznívají. Některé se však mohou vyskytnout až po delší době užívání. Nežádoucí účinky se nemusí projevit u každého člověka. Pokud se některé z nich objeví, je jejich míra a závažnost u každého jiná“ uvádí Švestka (1995).

7.2 Stabilizátory nálady

Tradičně používanými stabilizátory nálady jsou :

- Lithium – používá se v profylaktické léčbě bipolární poruchy, často u pacientů s typickými mániemi a depresemi. Také je velmi účinné v akutní léčbě manických epizod a může zvyšovat účinnost léčby deprese. Při léčbě

lithiem jsou nutné pravidelné kontroly hladiny lithia v krvi (Lithium carbonicum, Contemmol).

- Valproát a kyselina valproová – valproát se používá v preventivní léčbě bipolární poruchy. Vhodný je u pacientů s rychlým cyklováním a častými změnami nálady. Také léčí manické epizody (Depakine, Orfiril, Everiden).

- Karbamazepin – používá se k léčbě mánie. Dlouhodobě je spíše účinný u pacientů, kteří neodpovídají na léčbu lithiem a pacientů s netypickým průběhem nemoci (Biston, Tegretol, Neprotop).

- Lamotrigin – je v dlouhodobé léčbě vhodný zejména pro pacienty s převahou depresivních epizod. Je v profylaktické léčbě vhodný také pro pacienty, kteří mají zároveň úzkostné obtíže nebo problém s užíváním alkoholu nebo drog (Epiral, Lamictal, Plexxo).

- V dlouhodobé udržovací léčbě bipolární poruchy se také začínají používat některá atypická antipsychotika, například olazapin.

Mezi nežádoucí účinky, které se mohou projevit při užívání některých stabilizátorů nálady, patří třes rukou, časté močení, průjem, pocity na zvracení a samotné zvracení, útlum a bolest hlavy.

Po delší době užívání může dojít ke zvýšení hmotnosti, zvětšení štítné žlázy, může se objevit padání vlasů nebo vyrážka, dále gynekologické obtíže, změny v krevním obrazu a vzácně poškození jater. Proto je třeba při užívání některých stabilizátorů nálady dělat pravidelné kontrolní odběry krve.

7.3 Antipsychotika v léčbě bipolární poruchy

Antipsychotika neboli neuroleptika jsou léky, které se užívají k léčbě psychózy, která se může objevit během těžkých epizod mánie nebo deprese. Také se jimi léčí akutní mánie. Kromě toho zlepšují spánek, snižují úzkosti a pocity napětí a zmírňují neklid. Často se používají v kombinaci s dalšími léky.

Antipsychotika se na základě způsobu svého účinku rozdělují na dvě široké skupiny :

- Typická neuroleptika – jde o léky účinné, u kterých se však často objevují nežádoucí účinky. Mezi tyto vedlejší účinky patří například ztuhlost a třes svalů i celého těla, porucha pohybů, snížení krevního tlaku a závratě, útlum nebo naopak neklid. Po delší době užívání se může objevit přibývání na hmotnosti, porucha menstruačního cyklu, zvýšená citlivost prsou až tvorba mléka a porucha pohybů (Haloperidol, Plegomazin, Chlorprothixen, Tisercin).

- Atypická antipsychotika – jde o novější skupinu léků s výrazně menším výskytem nežádoucích účinků. Přesto se při jejich užívání mohou u některých lidí vedlejší účinky objevit. Patří mezi ně například útlum nebo naopak neklid a nespavost, snížení krevního tlaku a točení hlavy, ztuhlost svalů, sucho v ústech a zácpa nebo naopak zvýšení pocení a slinění. Při dlouhodobém užívání může dojít ke zvýšení hmotnosti, ke zvýšení hladin krevních cukrů a tuků, k poruše menstruačního cyklu a tvorbě mléka. Některá atypická antipsychotika se mohou používat také v léčbě bipolární deprese a některá mohou být účinná i v dlouhodobé, profylaktické léčbě bipolární poruchy (Solian, Abilify, Leponex, Zyprexa, Seroquel, Risperon, Zeldox).

7. 4 Antidepresiva v léčbě bipolární poruchy

Antidepresiva se v některých případech mohou používat k léčbě bipolární depresivní epizody. Pokud se užívají bez stabilizátoru, mohou vést k přesmyku do mánie. Proto by se antidepresiva v léčbě bipolární deprese měla používat s opatrností, vždy se stabilizátorem nálady. Riziko přesmyku do mánie je nejvyšší u pacientů s bipolární poruchou 1. typu.

Existuje několik skupin antidepresiv :

- První skupina léků se nazývá tricyklická antidepresiva. Jde o léky spojené u některých pacientů s výraznými nežádoucími účinky a vyšším rizikem přesmyku do mánie. Přesto se pro svoji účinnost v léčbě závažných depresivních epizod používají. Mezi jejich nežádoucí účinky patří útlum, závrať, sucho v ústech, třes, zácpa, rozmazané vidění, problémy s močením, nevolnost, sexuální obtíže (Amitriptylin, Anafranil, Noveril, Triticin).

- Novější antidepresiva patří na základě svého mechanismu účinku do několika skupin. Obecně jsou dobře snášena a mají menší riziko přesmyku do mánie. Mezi jejich možné, ale poměrně vzácné nežádoucí účinky patří bolest hlavy, nevolnost od žaludku, průjem, napětí a nespavost nebo naopak útlum, bolest hlavy, sexuální obtíže (Citalec, Deprex, Fevarin, Ixel, Mirzaten, Aurorix, Zoloft, Asentra).

8 Další biologické terapie

K další léčbě bipolární poruchy patří biologické terapie zahrnující elektrokonvulze („elektrošoky“) a fototerapii.

8.1 Elektrokonvulzivní terapie

Tato terapie je nejúčinnějším postupem v léčbě závažné deprese, a to i deprese nereagující na léky. Je účinná také v léčbě mánie.

K zahájení elektrokonvulzivní léčby se přistupuje v těchto případech :

- Deprese nebo mánie se navzdory podávání léků nezlepšuje.
- Epizoda mánie nebo deprese je příliš závažná a je v ní ohrožen život pacienta.
- Pacient si tuto léčbu sám přeje na základě předchozí dobré zkušenosti.

Před zahájením elektrokonvulzivní léčby vyšetří pacienta internista, který posoudí rizika této léčby vzhledem k tělesnému stavu nemocného. Elektrokonvulzivní terapie se provádí v celkové anestezii, kterou vede anesteziolog. Po uvedení do anestezie je mozek pomocí elektrod přiložených na hlavu stimulován krátkými kontrolovanými elektrickými impulsy. Po zákroku se pacient z anestezie probudí za několik minut, průběh zákroku si nepamatuje. Elektrokonvulzivní terapie se provádí většinou 3x týdně, celkově pacient podstoupí 6–12 stimulací během 2–4 týdnů. Tato terapie je bezpečná metoda léčby, která bývá dobře snášena. S úspěchem se používá i u starších pacientů nebo v těhotenství.

Mezi nežádoucí účinky po elektrokonvulzivní terapii se může objevit :

- Pocit na zvracení, útlum, spavost během prvních hodin po zákroku – po celkové anestezii.
- Bolest hlavy zabírající na běžné léky proti bolesti.
- Zhoršení paměti, hlavně ukládání nových informací – odeznívá během dnů až týdnů po ukončení léčby.

Po ukončení elektrokonvulzivní léčby se pokračuje v podávání léků. Většinou jde o stabilizátory nálady a někdy antidepresiva.

8. 2 Fototerapie

Fototerapie je léčba jasným světlem pomocí speciální lampy. Tyto lampy je možné volně zakoupit a po poradě s lékařem používat i doma. Jde o metodu účinnou v léčbě sezónních depresí, které se s pravidelností vyskytují na podzim nebo v zimě. Léčba má pokrývat celé rizikové období, denně zabere v ranních hodinách podle intenzity světla 1 – 2 hodiny.

8. 3 Psychoterapie

V akutní léčbě může psychoterapie zmírňovat především depresivní příznaky, mírné až střední závažnosti. Dlouhodobá psychoterapie pomáhá v prevenci rozvoje mánie a deprese. Může být zaměřená na snižování stresu, přijetí nemoci nebo na mezilidské vztahy a jejich ovlivnění nemocí. Účinky psychoterapie se objevují pomaleji než při užívání léků, často až po několika měsících. Pro úspěšnou psychoterapii je důležitá silná motivace pacienta a dobrý vztah s terapeutem.

Psychoterapie pomáhá :

- Pochopit a přijmout onemocnění.
- Zvládat životní problémy v rodině nebo zaměstnání.
- Udržovat pravidelný rytmus spánku a aktivit.
- Vyrovnávat se s vlivem bipolární poruchy na svůj život a na důležité mezilidské vztahy.
- Pracovat na změně představ o sobě samém a o svých životních cílech.

8. 4 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je strukturovaná, systematická psychoterapie. Pacienti se v ní pod vedením terapeuta učí různé techniky, které pomáhají zmírňovat a odstraňovat obtíže související s poruchou a lépe zvládat problémy běžného života. Mezi tyto techniky patří relaxace a relaxační dýchání, rozpoznávání a změna depresivního způsobu myšlení, zvládání výkyvů nálady, zvyšování odolnosti vůči stresu, nácvik sociálních dovedností a další. Pacient se také učí rozpoznávat a zvládat stresové podněty, které mohou odstartovat výkyvy nálady. Jde například o životní změny, potíže v partnerských vztazích, neshody na pracovišti nebo v rodině. Vyrovnání s takovými změnami je náročné a vyžaduje velkou zkušenost a dostatečnou podporu.

Úspěch však vede ke zvýšení sebevědomí a lepšímu zvládnání podobných situací v budoucnu.

8. 5 Zdravý životní styl a správná životospráva

Dodržování pravidelného životního rytmu a zdravá životospráva mohou výrazně pomoci v udržování vyrovnané nálady. Nejdůležitější je pravidelnost spánku. Jeho nedostatek při probdělé noci může odstartovat epizodu mánie. Naopak nezvykle dlouhý spánek může vést k depresivním propadům. Také celý režim dne je vhodné vést v pravidelném rytmu. To se týká zaměstnání nebo jiné práce, ale i stravy, odpočinku, pobytu v přírodě, sportování. Ustálený rytmus dne s sebou nese méně stresu, a tak přispívá ke stabilitě nálady. Stres je obvyklým spouštěčem epizody poruchy nálady, proto je dobře se stresu zbytečně nevystavovat. Ke snížení stresové zátěže je někdy nutné podniknout i větší životní změny, například změnit zaměstnání. Odolnost vůči stresu je možné zvyšovat technikami nácviku zvládnání stresu, relaxací, pravidelným cvičením a sportováním. Do týdenního plánu je dobré zahrnout pravidelné cvičení a sportování. Pohyb zlepšuje náladu, uvolňuje napětí a zlepšuje spánek. Součástí správné životosprávy je také zdravá strava a dostatek tekutin. Důležité je omezení kofeinu a alkoholu nebo jejich úplné vynechání. Jejich užívání zhoršuje spánek, spouští epizody poruchy nálady a nepříznivě ovlivňuje účinky léků. Úplná abstinence se týká všech drog, protože drogy mohou být spouštěčem manických i depresivních epizod. Léky jsou nejdůležitější součástí léčby bipolární poruchy, proto je důležité pravidelné užívání léků a dobrá spolupráce s psychiatrem.

9 Formy léčby

Pacienti s bipolární poruchou se většinou léčí v ambulantní psychiatrické péči. Při zhoršení stavu může být na místě hospitalizace. V některých oblastech jsou dostupné také denní stacionáře, kam pacienti z domova docházejí na každodenní léčbu spojenou s terapeutickým režimem a psychoterapií.

10 Hospitalizace

Hospitalizace na psychiatrii představuje důležitou a nezastupitelnou formu péče o duševně nemocné. Je často chápána jako prohra, selhání, neschopnost řešit své problémy. Zdravotníci pracující s pacienty v prvním kontaktu, mají těžký úkol motivovat pacienta ke vstupu na oddělení, získat jeho důvěru pro vytvoření terapeutického vztahu nutného pro léčbu.

Kdy je hospitalizace vhodná :

- Pokud se deprese nebo mánie nezlepšuje při ambulantní léčbě.
- Při dlouhodobém trvání obtíží.
- Pokud se pacient zároveň léčí pro závažné tělesné onemocnění.
- Při první epizodě těžké deprese nebo mánie.

Kdy bývá hospitalizace nezbytná :

- Když nemocný ohrožuje své zdraví nebo je nebezpečný svému okolí. Například když nemocný nejí a nepije, má vážné myšlenky na sebevraždu nebo se chová agresivně vůči svému okolí.
- Při nedostatečném domácím zázemí a těžké mánii nebo depresi, když nelze zajistit základní péči o sebe a pravidelné kontroly u psychiatra.
- Při depresi nebo mánii s psychotickými příznaky.

11 Akutní léčba

V psychiatrii bývá v mimořádných případech nutné použít vůči pacientovi restriktivní postupy za účelem jeho fyzického omezení. V situacích, kdy je pacient neklidný, agitovaný, agresivní, může dojít k ohrožení okolí nebo k sebepoškození pacienta. V těchto případech, nelze-li situaci zvládnout jinak, to znamená vhodným terapeutickým přístupem nebo medikací, je možné přistoupit k aplikaci omezovacích opatření. Jelikož se však jedná o metody, které vážně zasahují do osobní svobody pacienta, je nutné dodržovat některé zásady, které slouží k minimalizaci rizika vzniku komplikací (somatických, psychických i právních). Indikací pro aplikaci restriktivních opatření je vždy chování pacienta bezprostředně ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí.

Omezující prostředky v psychiatrii rozumíme :

- Terapeutická opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta (izolace, omezení v lůžku, síťová lůžka, ochranný kabátek – svěrací kazajka, manuální fixace)
- Terapeutická opatření uplatňovaná bez souhlasu pacienta (podání medikace)

12 Zásady pro aplikaci restriktivních postupů

Rozhodnutí o aplikaci omezovacích postupů je výhradně v kompetenci lékaře, který použití posuzuje a ordinuje. Musí být stanovena maximální doba omezení, po které musí stav pacienta opětovně posoudit lékař. Sestra je zodpovědná za správné provedení omezení a zajištění komplexní ošetrovatelské péče o nemocného. Pro vlastní omezení pacienta je důležitý dostatečný počet personálu. Odpovídající počet dostupného zdravotnického personálu je nezbytný, aby mohlo být omezení provedeno rychle a bezpečně. Oddělení by měla mít vypracovaný postup, kterým lze v co nejkratším časovém úseku zajistit odpovídající počet personálu pro zvládnutí neklidného pacienta. Cílem je minimalizace rizika poškození zdraví pacienta i personálu. Veškeré okolnosti související s užitím omezovacího opatření musejí být stručně, přehledně a srozumitelně zdokumentovány (Petr, 2004).

12. 1 Omezení pacienta v lůžku

Omezení v lůžku je krátkodobé znehybnění pacienta v lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách. Cílem je zabránit sebepoškození pacienta, zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál, zabránit poškození majetku a vytvořit podmínky pro zahájení terapeutického procesu. Indikací jsou závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí, autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidality (sebevraždy), stavy, které s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů a vlastní žádost pacienta. Omezení v lůžku nikdy nesmí sloužit jako trest.

12. 2 Terapeutická izolace

Omezení v terapeutické izolaci znamená znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení jeho uzavřením v samostatné místnosti k tomu určené. Terapeutická izolace může být vybavena buď lůžkem, nebo pouze matrací vzhledem ke stavu pacienta. Měla by být též vybavena nenápadným kamerovým monitorovacím systémem s výstupem do pracovny sester. Cílem je opět zajistit bezpečnost a klid pro pacienta a jeho okolí a zajistit dodržování léčebného režimu. Indikací je krátkodobé perspektivně neřešitelné, výrazně obtěžující chování nemocného vůči ostatním osobám na oddělení nebo chování snižující jeho lidskou důstojnost, dále výrazné riziko ohrožení zdraví nemocného (např. z důvodu nepřiměřeného příjmu tekutin a stravy, respektive nepoživatelných předmětů), projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí a vyhovění nemocnému při požadavku o dočasné odloučení od ostatních nemocných z důvodů vyplývajících z jeho psychické poruchy.

K umístění pacienta do terapeutické izolace se přistupuje tehdy, nelze-li jeho stav zvládnout v podmínkách oddělení jiným způsobem. Pacientovi je nejprve nabídnuta možnost nechat se izolovat dobrovolně bez užití fyzického nátlaku. Pokud je nutný fyzický nátlak, musí být zákrok organizovaný a rozhodný. V průběhu zákroku nesmějí být používány bolestivé hmaty ani jiné postupy. Je respektována důstojnost člověka.

13 Nedobrovolný vstup

V některých situacích pacient není schopen se rozhodnout, přestože jeho stav vyžaduje hospitalizaci. Právě v těchto chvílích musí rozhodnout lékař. Jedná se o opatření, které je nutné neprodleně učinit ve prospěch pacienta. Převoz neklidných pacientů je nepříjemnou událostí, která je mnohdy doprovázena bouřlivými emocemi. Vzniká dilema, zda to mají být právě zdravotníci, kteří převážejí pacienta k nedobrovolné hospitalizaci. Nemocný je přivážen násilně zdravotníky, kteří by s ním měli budovat důvěrný terapeutický vztah potřebný pro léčbu. Zpravidla je vážně narušen. Druhou variantou nedobrovolného vstupu je převoz policejní hlídkou. Policista má právo zadržet osobu, která ohrožuje jiné osoby nebo jejich majetek. Tato okolnost podtrhuje nedobrovolnost vstupu, který je chápán spíše jako „zavření“ člověka do ústavu. Třetí variantou je převoz za asistence příbuzných či přátel. Pokud je převoz nedobrovolný, naruší zpravidla vztahy v rodině.

Indikace, které vymezují přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného jsou : jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem , u nichž lze uložit povinné léčení (např. Tuberkulóza), dále u osob jevících známky duševní poruchy nebo intoxikace, které ohrožují své okolí a není-li možno s ohledem na stav vyžádat souhlas dané osoby (neodkladné výkony k záchraně života). Lékař na základě vyšetření a rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci vyplní „Hlášení o přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného“ příslušnému regionálnímu nebo obvodnímu soudu. Obvykle se hlášení odesílá faxem. Musí být předáno do 24 hodin od přijetí nemocného. Určený pracovník soudu se v zákonem stanovené lhůtě dostaví na oddělení, na které byl pacient přijat, vyslechne pacienta a ošetřujícího lékaře a posoudí oprávněnost nedobrovolné hospitalizace. Do 7 dnů musí být vydáno usnesení soudu, které je doručeno pacientovi. Jde o velmi delikátní záležitost a musí být velmi zodpovědně řešena. Nepříjemné zážitky spojené s nedobrovolným přijetím mohou negativně ovlivnit důvěru pacienta v péči na psychiatrii.

14 Ambulantní léčba

Psychiatrická ambulantní péče je základním článkem psychiatrické péče. Jejím úkolem je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch. Psychiatrické ambulance mohou koordinovat péči o pacienta v ostatních zařízeních sítě péče o duševní zdraví v komunitě. Provádějí dispenzární péči u pacientů se závažnou duševní poruchou podle platných předpisů. Ambulance zajišťují péči o pacienty v ochranné léčbě. Vedle psychiatrických ambulančí zaměřených na dospělou populaci existují i specializované ambulance (ordinace pro prevenci a léčbu závislostí, substituční centra, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ambulance psychiatrické sexuologie, pro poruchy příjmu potravy, ambulance klinického psychologa). V ambulancích pracují psychiatři, sexuologové, psychologové a sestry. V případě, kdy nedostačuje ambulantní léčba, indikuje ambulantní psychiatr léčbu v lůžkovém oddělení.

PRAKTICKÁ ČÁST

15 Ošetrovatelská péče

Kazuistika pacientky s Bipolární afektivní poruchou v manické fázi onemocnění s psychotickými příznaky. Individuální plán ošetrovatelské péče je stanoven ode dne příjmu 12. 12. 2008 do dne 17. 12. 2008. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanovené dle Kapesního průvodce zdravotní sestry.

Jméno: K. J.

Pohlaví: žena

Narozena: 17. 2. 1952, 56 let

Oddělení: Psychiatrické oddělení, UVN Praha

Den pobytu: 6.

Vztah k zařízení: hospitalizace, opakované přijetí

Pojišťovna: 111, Všeobecná zdravotní pojišťovna

Hlavní lékařská diagnóza: Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy, F 31.2 (dle klasifikace MNK-10)

Důvod přijetí: dekompenzace (zhoršení) zdravotního stavu, manická epizoda

Podávání informací: nikdo, pacientka nesouhlasí s podáváním informací o svém zdravotním stavu

Vyšetření: Krevní obraz, diferenciál – v normě, Jaterní testy – bilirubin vyšší, glukóza nižší. Moč v pořádku. Další vyšetření dle klinického obrazu.

15. 1 Aplikace modelu Gordonové v ošetrovatelské praxi

56letá pacientka je dlouhodobě psychiatricky léčena pro obraz Bipolární afektivní poruchy v manické fázi s psychotickými příznaky. Přijata k druhé hospitalizaci na Psychiatrické oddělení ÚVN Praha. Předchozí hospitalizace v roce 2002, opakovaně hospitalizovaná v Psychiatrické léčebně Bohnice v Praze, dohromady 8 pobytů. Naposledy před rokem. Viz. příloha č. 1.

15. 2 Anamnéza při příjmu

Ze dne 12. 12. 2008, sebraná od pacientky, lékaře a dokumentace z minulých pobytů

Rodinná anamnéza: matka zemřela v 84 letech, pacientka neví na co. Údajně ležela na nefrologickém oddělení – léčena pro onemocnění močového měchýře. Byla důchodkyně, dříve pracovala jako technik vysokoškolského vzdělání. Vycházeli spolu dobře. Otcí je 88 let, léčí se s hypertenzí (vysoká krevní tlak), pracoval jako ministerský rada též vysokoškolského vzdělání. Skoro se s ním nestýká, ale dle pacientky se o něj musí starat. Sestře je 51 let, je zdravá, pracuje u firmy jako ekonom. Též vysokoškolačka. Vycházejí spolu špatně .

Rodina bez psychiatrické heredity (dědičnosti).

Osobní anamnéza: porod v normě, mluvit a chodit začala jako ostatní děti. Úrazy neudává. Operace, úrazy hlavy, neuroinfekce a epileptické paroxysmy (záchvaty) neguje (popírá).

Gynekologická anamnéza: menzes od 13 let, pravidelný, porod 1 – syn, kterému je 22 let. Umělé přerušování těhotenství ani potrat nebyl.

Psychiatrická anamnéza: na psychiatrii se léčí od roku 1985 od 33 let.

Dětství : šťastné, měla hodně kamarádek. Manželství rodičů pacientka hodnotí jako harmonické, výchova byla přiměřená, rodina dobře ekonomicky zajištěna.

Škola: zahájena v 6 letech, učila se na samé jedničky, kázeňské problémy pacientka neudává, vycházela se spolužáky dobře, sníženou známku z chování neměla.

Gymnázium: učila se na dvojky a trojky, zakončila studium maturitou bez výraznějších problémů.

Vysoká škola stavební: obor architektura, školu vystudovala bez větších problémů.

Zaměstnání: pacientka pracovala hodně soukromně doma. Práci zvládala do roku 1998. Tehdy onemocněla matka pacientky. Žila z alimentů a z ušetřených peněz.

Pacientka vlastní řidičský průkaz skupiny B.

Krimi: Netrestána.

Vita sexualis: Iniciace (první sexuální styk) v 21 letech, heterosexuální orientace, s manželem chodili 7 měsíců, narodil se jim syn. Manželství se rozpadlo po partnerově nevěře z toho důvodu, že mu pacientka nestačila po sexuální stránce. Je 15 let rozvedená.

Abusus: nekouří, alkohol pila do 25 let. V roce 1999 začala pít víno, po dvou měsících jí začalo být špatně, tak přestala. Drogy nezkoušela. Automaty nehraje.

Zájmy: vaření, dříve ráda vyšívala, zahrádka, úklid, procházky

Sebecharakteristika: optimistická, bojí se sama o sebe, výbušná není, snadno propadá panice.

Alergie: Biseptol

Nynější onemocnění: Pacientka přišla na Emergency ÚVN Praha, protože ji bolely záda. Pro nápadně odbržděné a paranoidní chování, mnohomluvnost a zrychlené psychomotorické tempo byl volán psychiatr.

Subjektivně (dle slov pacientky): cítí se naprosto v pořádku, jenom ji bolí záda. Proto přijela taxíkem, cítí se strašně dobře, žádné větší potíže neudává. Má strašně moc práce, hodně lidem v Dejvicích slíbila, že jim upeče cukroví a udělá květiny. Musí hodně nakupovat a uklízet, krom toho se musí starat o svého otce, ale současně říká, že se s ním vůbec nestýká. Má třicetiletého syna, který se stará sám o sebe. Rekonstruuje byt, sekala elektřinu, potom dělala různé úpravy, musí to pořádně dodělat. Utratila v poslední době asi 80 000 korun, jenom elektřina stála 60 000 korun. Řemeslníci jsou drazí, chtějí 350 korun na hodinu a to je opravdu hodně. A to skoro nic nemá, teď jí čeká náročná rekonstrukce, má u sebe 798 000 korun českých. Je to částka, kterou jí dal manžel a otec tu hotovost nyní potřebuje, aby to všechno mohl uhradit. Je jí opravdu dobře, to, že vypadá tak špatně způsobilo to, že její sestra, se kterou má špatné vztahy, tak má manžela na vnitra a s vnitrem má pacientka opravdu špatné vztahy. Ten sestřin manžel jí pak zařizoval, že musela být hospitalizovaná v Psychiatrické léčebně Bohnice.

Nyní se dozvěděla, že ta její sestra měla i něco s jejím manželem a to způsobilo, že se její manželství rozpadlo. Tak to na ní působí opravdu špatně, vadí jí to. Její sestra v minulosti chodila na potraty a jestli to bylo s jejím mužem, to neví. Dokonce kvůli tomu chtěla volat na krizovou linku RIAPS. No, tak vidíte Pane doktore, proto mi je špatně. Ale opravdu to nechápe, jak si můžeme myslet, že je nějaká špatná.

Při přijetí na oddělení má pacientka u sebe částku 798 000 korun českých. Vysvětluje, že to potřebuje na rekonstrukci bytu a nikomu nevěří – „ani rodině, bankám, nikomu a potřebuje hotovost“.

Pacientka byla indikována k nedobrovolné hospitalizaci, vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Bylo zahájeno detenční řízení (převzetí pacienta do péče bez jeho písemného souhlasu), hlášeno 12. 12. 2009.

15. 3 Základní screeningové vyšetření sestrou

Puls, rychlost: 95/min. , pravidelný

Dýchání: 19/min. , pravidelné, čisté, sklípkové, zvuky v normě

Krevní tlak: 135/80

Tělesná teplota: 36,2 stupňů Celsia

Nynější hmotnost: 96 kilogramů

Výška: 163 centimetrů

BMI: 36, obezita druhého stupně dle WHO, zdravotní rizika jsou vysoká

Celkový vzhled, hygiena, úprava: neupravená, hygiena nedostačující a nepřiměřená

Slizniční membrány: barva, vlhkost v normě

Kůže: beze změn, barva v normě

Chrup, zubní náhrady: částečná protéza, neudržovaná

Slyší šepot: ne

Přečte novinové písmo: ne, nosí brýle na čtení

Řeč: zrychlená, asociativní, mnohomluvnost

Psychomotorické tempo: zrychlené

Aktivita na oddělení: hyperaktivní, u ničeho dlouho nevydrží

Stisk ruky: slabší síly

Rozsah pohybů kloubů: v normě

Svalová tuhost, pevnost: dostatečná

Riziko dekubitů dle stupnice Nortonové: 31, bez rizika

Chůze: mobilní

Držení těla: vzpřímené

Kanyly intavenozní: ne

Vývody, cévky: ne

Riziko pádů: ne

16 Posouzení potřeb dle funkčních vzorů zdraví

1. Vnímání zdraví

Pacientka se cítí naprosto v pořádku, jen ji trochu bolí záda. V poslední době hodně pracovala na rekonstrukci bytu, dělala různé úpravy a hlavně hlídala řemeslníky. Taky hodně lidem v místě bydliště slíbila pomoc s předvánočním úklidem a přípravami na Štědrý den. Kromě psychiatrie se s ničím neléčí a když se cítí takhle dobře, tak léky neužívá. Nedbá doporučení zdravotníků, ale na oddělení se snaží spolupracovat.

2. Výživa – metabolismus

Pacientka chuť k jídlu má, snaží se jíst malé porce vícekrát denně. S polykáním žádné potíže nepozoruje, jí sama normální stravu. Žádnou dietu doporučenou nemá. Denní příjem tekutin se pohybuje mezi 2000-2500ml, pije ráda čaje. Pocit žízně udává, nicméně se nerada dopijí. Váží 96 kilogramů, měří 163 centimetrů. Pacientka trpí obezitou II. stupně (dle WHO), ale nechce s tím nic dělat. Barva kůže je normální, suchá, kožní turgor (tlak) normální. Kůže není nikterak narušena. Sliznice jsou růžové. Lehce jí vypadávají vlasy. Chrup má pacientka částečně vlastní, horní i dolní čelist doplňuje nasazovací protézou. Stomatologa navštěvuje nepravidelně.

3. Vylučování

Na toaletu si pacientka dojde sama, stolici má nepravidelnou, trpí zácpou. Udává, že nebyla na stolici již 5 den a vyžaduje podání laxativ (projímadla). Močí bez problémů během dne. Výdej moče považuje za přiměřený vzhledem k množství tekutin, které vypije. Příměsí v moči, bolest při močení ani zadržování nepozoruje. Pocení hodnotí sama jako přiměřené. Otoky nemá.

4. Aktivita, cvičení

Pacientka se před hospitalizací věnovala pouze rekonstrukci bytu a úpravám v něm. Nechodila nikam cvičit, občas ráda zahradničila, ale to jen u přítelkyně na pozemku. Ráda vaří, uklízí a prochází se. Poslední dobou hodně nakupovala a extrémně moc utrácela peníze. Často chodila ven a sháněla materiál do bytu různými způsoby. Buď to nalezem nebo koupí. S domácností jí vypomáhá momentálně syn. Pohybovým aktivitám se dříve věnovala též dlouhými procházkami do přírody.

5. Spánek, odpočinek

Pacientka se skoro necítí unavená. Přes den je hodně aktivní, nechodí odpočívat a v noci nemá potřebu spát. Usne po prášcích na spaní okolo 23. hodiny, ale hned okolo 4. hodiny je opět vzhůru a cítí se odpočatá. Doma se před spaním ráda dívala na televizi, což v nemocnici nejde.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí má pacientka jasné, je dobře orientována místem, časem i osobou, jen zcela nechápe svou přítomnost na akutním oddělení psychiatrické péče. Pacientka nemá dostatečný náhled na své onemocnění. Hlasy žádné neslyší. Hůře vidí, nosí brýle na čtení. Mluví rychle, nesrozumitelně, často větu ani nedokončí a již mluví o něčem jiném. Myšlenky rychle proudí a střídají se, mnohdy je nemožné je sledovat. Pacientka je roztěkaná, roztržitá, střídá činnosti a dlouho u ničeho nevydrží. Snadno propadá panice. Bez rozmyslu se snaží uskutečnit okamžité nápady, což vnitřní řád oddělení neumožňuje a to je příčinou pacientčina nevhodného a vulgárního chování. Přesto je pacientka dobře usměrnitelná.

7. Sebepojetí

Pacientka se na svět dívá optimisticky, ale zároveň tvrdí, že nikomu nevěří. Nevěří své rodině, bankám, ani personálu, prostě nikomu. Bojí se o svou finanční hotovost, kterou potřebuje na rekonstrukci bytu, proto ji nosí stále u sebe. Bojí se i sama o sebe. Výbušná není. Objektivně se pacientka na oddělení pohybuje s velkou nastražeností, často se vyptává na režim oddělení, je obavná, naléhavá na svou medikaci, ale dobře odklonitelná. Často se potřebuje utvrzovat v tom, že je její finanční hotovost dobře zabezpečena.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je v plném invalidním důchodě. Je rozvedená 15 let, má jednoho syna. Do společnosti příliš nechodí, spíše se cítí dobře v okruhu svých nejbližších. Vzniklé problémy řeší sama, někdy až horlivě, což se odrazí na jejich kvalitě vyřešení. Se vším se jí snaží pomoci syn a to i v době nemoci. K ostatním lidem se snaží chovat přátelsky i přes svou nedůvěru.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Menstruaci má pacientka od 13 let, nepravidelnou. Objeví se většinou za 25 dní s délkou trvání 5 dní, někdy i déle. Výtok z pochvy nepozoruje. Antikonceptci neužívá, jednou rodila. Umělé ani spontánní potraty neměla.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání

Vyskytnou-li se u pacientky nějaké problémy, řeší je sama nebo společně se synem. Napětí prožívá často. V současné době spojuje stres s rekonstrukcí bytu a obavami o otce. Cítí se dobře, může-li si promluvit se synem. Stres se u ní projevuje neklidem a úzkostí, domnívá se, že jeho zvládnání uvedeným způsobem je účinné.

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je nevěřící. V žebříčku hodnot dává důraz na rodinu.

12. Jiné

Pacientka nedodrží doporučený léčebný režim, nebere předepsané léky, ani neužívá žádné jiné přípravky. Proto ji byla nasazena stabilizující medikace s psycholeptiky na snížení psychotických projevů. V případě nespavosti je indikována antihistaminová medikace se sedativními účinky a při neklidu, agitovanosti (typ hyperaktivity se specifickou charakteristikou, jako je stav bezúčelného psychomotorického podráždění, neklidnou aktivitou, přecházením a uvolňováním nervového napětí spojeného s úzkostí), odmítáním medikace aplikujeme na doporučení ošetřujícího lékaře psycholeptickou neklidovou medikaci. Cílem takto nasazené léčby je dosažení pacientčina dostatečného náhledu na své onemocnění.

PROJEVY V PRŮBĚHU ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ A VYŠETŘENÍ

Orientace: dobrá ve všech směrech

Chápe myšlenky a otázky: z části, nesoustředivá

Řeč, způsob vyjadřování: hlasitá, mnohmluvná, zrychlená

Úroveň slovní zásoby: v normě

Oční kontakt: navazuje z části

Rozsah pozornosti: snížená, nesoustředí se

Nervozita, rozrušení, uvolnění: nápadná odbržděnost, zrychlené psychomotorické tempo

ANALÝZA INFORMACÍ

Věk: 56 let

Pohlaví: žena

Rodinný stav: rozvedená

Zaměstnání: žádné, invalidní důchodkyně

Sociální zázemí: svobodná, žije sama, syn jí vypomáhá

Den hospitalizace: šestý

Předešlé hospitalizace: ano

Alergie: ano, Biseptol

Lékařská diagnóza: Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy

Další onemocnění: Obezita II. stupně dle WHO, odmítá řešit

Terapie: Valproát 500 mg 2x denně p. o. (stabilizátor nálady), Zoleptil 50 mg 3x denně p. o. (psycholeptikum), při nespavosti Prothazin p. o. (antihistaminikum), při neklidu nebo nespolečnosti Haloperidol i. m. (psycholeptikum)

Monitoring: TK, P, TT 1x denně

ZJIŠTĚNÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní:

1) Strach z důvodu základního onemocnění, projevující se obavami o svou osobu, obavami o svou finanční hotovost, naléhavostí a odmítáním své medikace, nervozitou a nastražeností.

2) Úzkost (středně závažná) z důvodu základního onemocnění a hospitalizace, projevující se verbalizací, neklidem pacientky a pláčem.

3) Zácpa z důvodu dietní chyby, projevující se nemožností vyprázdnit se, verbalizací pacientky a bolestivostí břicha.

4) Péče o sebe sama nedostatečná při mytí, osobní hygieně, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování z důvodu základního onemocnění projevující se neochotou při

hygieně, odmítáním provádět hygienu, verbalizací, bagatelizací nutnosti mýt se a nespoluprací.

5) Spánek porušený z důvodu základního onemocnění, projevující se nespavostí, nepocit'ováním únavy při nespavosti, spaním maximálně 4-5ti hodin denně, častým probouzením během spánku a verbalizací.

Potencionální, hrozící, rizika:

6) Násilí (akutní) hrozící, vůči jiným z důvodu základního onemocnění.

17 Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny 12. 12. 2008, tedy v den příjmu a zhodnoceny jsou 17. 12. 2008, po pěti hospitalizačních dnech.

1) Strach z důvodu základního onemocnění, projevující se obavami o svou osobu, obavami o svou finanční hotovost, naléhavostí a odmítáním své medikace, nervozitou a nastražeností.

KC: pacientka chápe příčiny strachu a obav do 2 týdnů

DC: zmírnění nebo odstranění strachu do 6 týdnů.

VK: pacientka nejeví obavy o sebe ani o svou finanční hotovost, není naléhavá, neodmítá medikaci, nepociťuje nervozitu, nechová se nastraženě do 2 týdnů.

I: Trpělivě naslouchej pacientce a jejím obavám při každém kontaktu (personál).

Hovoř s pacientkou o jejích obavách a snaž se tak o uvolnění strachu při každém kontaktu (personál).

Dovol pacientce projevit strach v možné únosné míře kdykoliv (personál).

Poskytni pacientce dostatek informací, které by vedly ke zmírnění nebo úplnému odstranění strachu a obav kdykoliv si to vyžádá (lékař, sestra ve službě).

Podpoř pacientku v jejím úsilí o zmírnění strachu průběžně (personál).

Aktivizuj pacientku k činnosti kdykoliv (personál).

Doporuč pacientce vhodné relaxační techniky vedoucí k odstranění strachu kdykoliv (sestra ve službě, terapeut).

Zaměstnej pacientku vhodnou technikou práce, která by vedla k odvedení pozornosti od strachu a obav průběžně (personál).

Posuzuj příznaky strachu u pacientky a o všem informuj lékaře průběžně (personál).

Dle ordinace lékaře podej medikaci na zklidnění kdykoliv to bude nutné (sestra ve službě).

R: Při každém kontaktu s pacientkou jsem se snažila pohovořit o jejích obavách. Nechala jsem ji vypovídat se z jejího strachu, vyventilovat veškeré své pocity. Trpělivě jsem naslouchala pokaždé, když jsem hovořila s pacientkou a dávala jí dostatečně najevo, že to, co říká je pro mě důležité. Na její přání jsme průběžně po celou dobu

hospitalizace kontrolovali její osobní věci, aby se uklidnila. S lékařem jsme pacientce často vysvětlovali způsob léčby a její postupy. Aktivizovala jsem pacientku různými činnostmi, abych odvedla její pozornost od obav a strachu. Při relaxacích jsem se s pacientkou zapojila do technik doporučených terapeutem. Dle ordinace lékaře jsem v případě nutnosti aplikovala neklidovou medikaci a sledovala její účinek.

Hodnocení: Cíle nedosaženo ani z pohledu personálu, ani z pohledu pacientky.

2) Úzkost (středně závažná) z důvodu základního onemocnění a hospitalizace, projevující se verbalizací, neklidem pacientky a pláčem.

KC: pacientka chápe příčiny vzniku úzkostí do 2 týdnů

DC: zmírnění nebo odstranění úzkostí do 6 týdnů

VK: pacientka neverbalizuje úzkost, není neklidná a nepláče do 2 týdnů.

I : Sleduj projevy úzkostí u pacientky a zhodnot' jejich míru průběžně (personál).

Nepodceňuj verbální projevy pacientky ohledně jejích úzkostí, věř jí vždy (personál).

Trpělivě naslouchej pacientce a snaž se s ní o úzkosti mluvit kdykoliv (personál).

Podávej dostatečné informace pacientce, zabraňujících k prohloubení míry úzkostí průběžně (personál).

Pokus se pacientku odklonit od jejích příznaků a vhodně zaměstnat kdykoliv (personál).

Aktivizuj pacientku ke všedním denním činnostem průběžně (personál).

Eliminuj události vedené k pociťování úzkostí u pacientky průběžně (personál).

Doporuč pacientce vhodné relaxační techniky ke zmírnění nebo odstranění úzkostí ihned (sestra ve službě, terapeut).

Informuj lékaře o příznacích pacientčinych úzkostí průběžně (personál).

Podej dle ordinace lékaře vhodnou medikaci na zmírnění nebo odstranění úzkostí kdykoliv to bude nutné (sestra ve službě).

R: Při každém kontaktu s pacientkou jsem dbala na trpělivé naslouchání pacientčinych obav, úzkostných stavů a podporovala jejich vyventilování hovorem. Snažila jsem se pacientku co nejvíce zaměstnat a rozptýlit během dne, abych tím odvedla její pozornost od úzkostí. Dbala jsem na relaxační režim vhodně doporučený terapeutem a aktivně do

něj pacientku zapojovala v nejvyšší možné míře. Včas jsem s lékařem pacientku informovala o léčebném postupu, jeho změnách a trpělivě zodpovídala všechny její otázky ohledně léčebného režimu. Snažila jsem se eliminovat všechny rizikové faktory vedoucí u pacientky k prohloubení úzkostí, nebo k úzkostné atace. V případě nutnosti jsem dle ordinace lékaře včas podala neklidovou medikaci.

Hodnocení: Cíle nedosaženo ani z pohledu personálu, ani z pohledu pacientky.

3) Zácpa z důvodu dietní chyby, projevující se nemožností vyprázdnit se, verbalizací pacientky a bolestivostí břicha.

KC: pacientka chápe příčinu zácpy do 1 dne.

DC: pacientka se pravidelně vyprazdňuje do 1 týdne.

VK: pacientka se fyziologicky vyprazdňuje, neverbalizuje přítomnost zácpy a nepociťuje bolestivost břicha do týdne.

I: Vysvětlí trpělivě pacientce příčiny zácpy z důvodu dietní chyby ihned (sestra ve službě, dietní sestra).

Pouč pacientku u nutnosti dodržování dietního omezení v době přítomnosti zácpy ihned a průběžně po celou dobu výskytu zácpy (sestra ve službě, dietní sestra).

Doporuč dostatek tekutin, konzumaci například čaje, horké vody nebo kávy bez kofeinu průběžně (personál).

Doporuč zvýšenou konzumaci vlákniny a ovocných šťáv průběžně (personál).

Edukuj pacientku o vhodnosti zvýšeného pohybu za účelem stimulace střev průběžně (personál).

Doporuč pacientce využití defekačního reflexu průběžně (sestra ve službě).

Dbej na zvýšenou hygienu pacientky vždy (personál).

Dbej na dostatek soukromí a pravidelnou defekaci vždy (personál).

Pečlivě zaznamenávej každou defekaci, příměsy stolice, konzistenci a barvu stolice.

Informuj lékaře o problémech s defekací průběžně (personál).

Dle ordinace lékaře podej projímadla vždy, když to bude nutné (sestra ve službě).

R: Pacientku jsem poučila o nutnosti dodržování dietního opatření v době přítomnosti zácpy. Doporučila jsem jí společně s dietní sestrou vhodné potraviny a šťávy ke

konzumaci. Vysvětlila jsem pacientce nutnost zvýšeného pohybu za účelem stimulace střev. Doporučila a trpělivě jsem pacientce vysvětlila princip a postup defekačního reflexu a pečlivě dohlížela na jeho dodržování. Při každé defekaci jsem kontrolovala množství, příměsy, konzistenci a barvu stolice a vše pečlivě zaznamenávala. Dbala jsem u pacientky na zvýšenou hygienu obzvláště v oblasti genitálií a trpělivě ji vedla k samoobsluze v tomto směru. V případě nutnosti jsem podala projímadla dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Cíle dosaženo z obou pohledů. Pacientka má stolicí 1 krát za 2 dny, což považuje za optimální.

4) Péče o sebe sama nedostatečná při mytí, osobní hygieně, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování z důvodu základního onemocnění projevující se neochotou při hygieně, odmítáním provádět hygienu, verbalizací, bagatelizací nutnosti mýt se a nespoluprací.

KC: pacientka chápe nutnost hygienických návyků do 1 týdne.

DC: pacientka se sama stará o svou osobní hygienu i úpravu zevnějšku do 2 měsíců.

VK: pacientka ochotně spolupracuje při hygieně, sama si obstarává úpravu zevnějšku a nebagatelizuje nutnost nedodržování hygieny do týdne.

I: Vysvětlil trpělivě pacientce nutnost dbát o sebe ihned (personál).

Opakuj pacientce nutnost umýt se, učesat se a dbát o svůj zevnějšek průběžně (personál).

Dopomoz pacientce u všech hygienických potřeb kdykoliv (personál).

Aktivizuj ji k samostatnosti v těchto potřebách a vždy jí buď k dispozici k případné dopomoci kdykoliv (personál).

Dbej na soukromí při provádění hygieny vždy (personál).

Poskytni pacientce dostatek času na vykonání všech těchto potřeb vždy (personál).

Zkontroluj opakovaně pacientčiny samostatné výsledky průběžně (personál).

R: Trpělivě jsem pacientce vysvětlovala nutnost mýt se, upravovat zevnějšek, dbát na osobní hygienu a vyprazdňování kdykoliv to bylo vhodné. Dopomohla jsem vždy pacientce v těchto směrech, jakmile to bylo potřeba. Nabádala jsem pacientku

vhodnými a taktními způsoby k aktivizaci a samostatnosti v těchto směrech. Dbala jsem na zvýšené soukromí při vykonávání všech těchto potřeb a na dostatek času k seberealizaci v těchto potřebách. Vždy jsem pacientku při kontrole efektivnosti kladně motivovala k dalším výkonům.

Hodnocení : Cíle částečně dosaženo z obou pohledů. Pacientka se obstarala s nutností dohledu.

5) Spánek porušený z důvodu základního onemocnění projevující se nespavostí, nepocit'ováním únavy při nespavosti, spaním maximálně 4-5ti hodin denně, častým probouzením během spánku a verbalizací.

KC: pacientka chápe příčiny spánkové poruchy do 2 týdnů.

DC: pacientka spí přes noc minimálně 7-8 hodin do 1 měsíce.

VK: pacientka netrpí nespavostí, pociťuje přiměřenou únavu k aktivitě, spí delší intervaly bez probouzení a neverbalizuje problémy se spaním do 1 měsíce.

I: Eliminuj všechny rušivé faktory přispívající k nespavosti vždy (personál).

Uprav prostředí ke spánku vždy (personál).

Usměrni pacientčinu aktivitu přes den průběžně (personál).

Doporuč pacientce odpočívat i během dne relaxací průběžně (personál, terapeut).

Akceptuj spánkové rituály pacientky vždy (personál).

Dbej na omezení kofeinu užívaného pacientkou průběžně (personál).

Trpělivě si s pacientkou pohovoř o jejích spánkových obtížích kdykoliv (personál).

Doporuč techniky relaxace průběžně (sestra ve službě, terapeut).

V akutním stavu onemocnění a při potížích podávej dle ordinace lékaře hypnotika kdykoliv bude potřeba (sestra ve službě).

R: Tolerovala jsem pacientčiny rituály před spaním a pokusila se eliminovat všechny rušivé faktory přispívající k nespavosti. Dostatečně jsem pacientku zaměstnala aktivitou přes den, ale i doporučila a prováděla relaxační techniky k uvolnění organismu. Dbala jsem u pacientky na omezení kofeinu a tekutin před spaním. Trpělivě jsem pacientku vyslechla a o jejích potížích se spánkem hovořila. Dostatečně jsem před spaním větrala

místnost a zároveň dbala na večerní hygienu. V případě nutnosti jsem dle ordinace lékaře podávala hypnotika.

Hodnocení : Cíle částečně dosaženo. Pacientka spala přibližně 5-6 hodin, ale stále se necítila unavená.

6) Násilí (akutní) hrozící, vůči jiným z důvodu základního onemocnění.

KC: pacientka si uvědomuje hrozící možnost výskytu násilí do 1 měsíce.

DC: Pacientka není násilnická vůči jiným po celou dobu hospitalizace.

I: Předcházej situacím vedoucím k násilí mířeného od pacientky na okolí průběžně (personál).

Usměrni pacientku kdykoliv se blíží do konfliktu vždy (personál).

Pouč pacientku o možnosti použití restriktivních postupů průběžně (sestra ve službě, lékař).

Pozorně vyslechni pacientku a promluv s ní o jejích problémech průběžně (personál).

Snaž se společně s pacientkou najít jiné řešení problému, než násilí ihned (personál).

Hodně komunikuj s pacientkou a v rámci možností vyhov na její naléhání kdykoliv (personál).

Nenech se zmanipulovat a využít pacientkou vždy (personál).

V případě násilí podej dle ordinace lékaře neklidovou medikaci kdykoliv je to nutné (sestra ve službě).

Při již vyskytnutém násilí dbej, ať nedojde k autoagresi vždy (personál).

Včas informuj lékaře o hrozícím násilí ihned (personál).

V případě nutnosti použij restriktivní postupy dle ordinace lékaře ihned (sestra ve službě, personál).

R: Snažila jsem se pacientku vyvarovat situacím vedoucím k akutnímu násilí. Trpělivě jsem pacientku vyslechla a tím se snažila v ní uvolnit napětí, které by vedlo ke konfliktu. Pacientku jsem klidnila pokaždé, když chtěla jít do konfliktu. Snažila jsem se jí usměrnit slovně, medikací a v nejnutnějším případě terapeutickým omezením. Při každé známce vzniku násilí jsem ihned informovala lékaře a dle jeho ordinace jsem postupovala dál.

Hodnocení: Cíle dosaženo. Pacientka nejevila známky akutního násilí v prvních pěti dnech hospitalizace.

Shrnutí a zhodnocení ošetrovatelské péče

Hodnoceno po pěti hospitalizačních dnech, 17. 12. 2008.

Dg. č. 1) Pacientka nadále projevuje strach z celé situace. Nechápe, proč je hospitalizovaná, když se cítí dobře. Je stále naléhavá ohledně svých věcí a finanční hotovosti uloženou v trezoru. Chová se nastraženě a odmítá medikaci. Cíle prozatím nedosaženo z důvodu přítomnosti akutní fáze onemocnění.

Dg. č. 2) Pacientka je stále úzkostná. V prostředí ostatních pacientů se necítí dobře, nechápe příčiny svého pobytu na uzavřeném oddělení psychiatrické péče. Stále bagatelizuje svůj stav s odhodláním odejít do domácího prostředí. Nemá na situaci náhled. Pláče a je neklidná z těchto důvodů. Cíle prozatím nedosaženo z důvodu přítomnosti akutní fáze onemocnění.

Dg. č. 3) Pacientka dodržuje dietní opatření doporučené personálem a lékařem z důvodu přítomnosti zácpy. I přes verbální odmítání vždy sní to, co dostane od dietních sester a pokaždé chodí hlásit, zda byla na stolicí, či nikoliv. Bolestivost břicha ustupuje a za dobu pěti dnů byla pacientka na stolicí dvakrát, což považuje za optimální a subjektivně se jí ulevilo. Objektivně cíle částečně dosaženo.

Dg. č. 4) Pacientka se sama aktivně zapojila do péče o sebe sama, ale dohled je i nadále nutný. Osobní hygienu prováděla hodně zlehka, personál musel dohlížet na její kvalitu. Úpravu zevnějšku ještě stále zanedbávala a měla tendence nosit stejné oblečení, nicméně podrobivě po domluvě se vždy převlékla. Cíle částečně dosaženo, pacientka je aktivnější, nicméně dohled je nutný.

Dg. č. 5) Pacientčin interval spánku se prodloužil přibližně o hodinu, necítla se být unavená, nicméně přes den projevovala známky útlumu. Čstější buzení stále přetrvává, ale pacientka tyto obtíže nepovažuje za důležité a bagatelizuje je. Objektivně cíle částečně dosaženo.

Dg. č. 6) Pacientka nejevila známky agrese vůči sobě ani jiným věcem. Cíle prozatím dosaženo.

Závěr

Z mé práce vyplynulo, že lidem trpícím bipolární afektivní poruchou, tato nemoc znepříjemňuje a velmi silně ovlivňuje život. Že nemohou vykonávat běžné společenské a rodinné činnosti a přichází i o svůj volný čas. V pracovní činnosti toto onemocnění ovlivňuje klienty hlavně na úkor jejich produktivity v práci. V depresivní fázi onemocnění se výrazně snižuje, kdežto v manické fázi onemocnění naopak zvyšuje, ale není tak kvalitní. Tato skutečnost poukazuje na to, že sami klienti si svou nemoc nepřipouštějí. Je však na nich, zda ji nadále budou bagatelizovat. Pokud si dokážou nemoc přiznat a nebagatelizovat ji, bude možná tomuto onemocnění přikládat větší pozornost i zbytek populace. Proto si myslím, že by měly být více dostupné informace o bipolární afektivní poruše a lékaři primární péče by měli lépe znát možnosti léčby.

Seznam literatury

1 BREZNOŠČÁKOVÁ, H. a kol.. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí*. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-131-8.

2 HERMAN, E. a kol.. *Bipolární porucha a její léčba*. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-135-6.

3 DOENGES, M. a kol.. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

4 MARKOVÁ, E. a kol.. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

5 NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1150-8.

6 RABOCH, J. a kol.. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče*. Praha : Intopharm, 2006. ISBN 80-239-8501-9.

7 RABOCH, Jiří ; ZVOLSKÝ, Petr. *Psychiatrie*. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

8 SEIFERTO VÁ, Dagmar ; PRAŠKO, Ján ; HÖSCHL, Cyril. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha : Academia Medica Pragensia, 2004. ISBN 80-86694-06-2.

9 ŠVESTKA, J. a kol.. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha : Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-169-0.

10 VENGLÁŘOVÁ, Martina ; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

Psychiatrie pro praxi. Časopis, 2006, roč. 7, č. 6, s. 289 – 303.

Psychiatrie pro praxi. Časopis, 2007, roč. 8, č. 1, s. 9 – 12.

PETR, Tomáš ; MIKLÓŠ, Tibor. *Restriktivní metody v psychiatrii. Standardizace ošetrovatelské péče*. Praha : Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004.

BAP (online), (citované 23. 2. 2009). Zdroj dostupný na internetu :

http://bap.cz/index.php?m_cl_id=1

Psychologie (online), (citované 7. 1. 2009). Zdroj dostupný na internetu :

<http://psychologie.doktorka.cz/afektivni-poruchy:-manie-bipolarni/>

PCP (online), (citované 20. 1. 2009). Zdroj dostupný na internetu :

http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/registr_bap.htm

Přílohy



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE dle M. Gordonové

Vvracoval/a: Zuzana Malá Studijní skupina: 3.AVS Dne:17. 12. 2008

Jméno, příjmení: (iniciály) J.K.		Oddělení:	Psychiatrie									
Pohlaví:	<input checked="" type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	Pooperační den:										
Narozen:	1952 Věk:56	Den pobytu:	5.									
Vztah k zařízení:	<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizace <input type="checkbox"/> ambulantní	Příjem:	<input type="checkbox"/> 1. přijetí									
Důvod přijetí:	<input type="checkbox"/> dg. vyšetření	<input type="checkbox"/> akutní operace	<input type="checkbox"/> přeložen.....									
	<input type="checkbox"/> akutní onemocnění	<input type="checkbox"/> plánovaná operace	<input checked="" type="checkbox"/> opakované přijetí									
	<input checked="" type="checkbox"/> chron. onemocnění	<input checked="" type="checkbox"/> dekompenzace	<input type="checkbox"/>									
Sociální situace:												
Žije sám:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	kde: Praha	Stav: rozvedená									
Zaměstnání dnes:	PID		Jak chce být osloven: Paní									
Zaměstnání dříve:	OSVČ, práce z domu		Kontakt se sociální sestrou: <input type="checkbox"/> ANO									
Příbuzná nebo osoby které můžeme informovat												
Jméno:	Nikdo, nepřeje si podávat info nikomu		Adresa									
Vztah k nemocnému:			Telefon									
Lékařská diagnóza:	1) Bipolární afektivní porucha	Důvod přijetí:	dekompenzace									
	2)	Alergie:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO Biseptol <input type="checkbox"/> NE									
	3)	Riziko:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE									
	4)	HbsAg	<input type="checkbox"/> poz <input type="checkbox"/> neg									
	5)	HIV	<input type="checkbox"/> poz <input type="checkbox"/> neg									
Fyzikální vyšetření sestrou												
Celkový vzhled:	zanedbaná		Výška: 163 cm									
Úprava, hygiena:	neupravená		Hmotnost: stabilní <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE									
Puls:	rychlost:95	pravidelnost:prav.	zvýšení okg									
Krevní tlak:	při přijetí:147/97	aktuální:135/80	snížení okg									
Dýchání:	rychlost:19	pravidelnost:prav.	Chybějící části těla:									
Tělesná teplota:	při přijetí:36,0	aktuální:36,2	Chůze: stabilní									
Kůže:	barva:normalní	léze:	Riziko pádu: <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE									
Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně												
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita				
úplná	do 10	normální	4 žádné	4	dobrý	4	úplná	4	není	4	chodí	4
malá	do 30	alergie			horší	3	apatie	částečně omezená	občas		s doprovodem	
částečná	2 do 60	2 vlhká			špatný		zmatený	velmi omezená	převážně močová		sedáčka	
žádná	60+	suchá			velmi špatný		bezvědomí	žádná	stolice i moč		leží	
Dne:31.....(součet bodů)											

Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)			Zjištění rizika pádu				
Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0.			Skóre vyšší než 3, riziko pádu				
Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost							
1.	Věk	1	Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze	
				používá pomůcky		Medikace	neužívá rizikové léky
				potřebuje pomoc k pohybu			užívá léky ze skupiny diuretik,
				neschopnost přesunu			antiepileptik,
2.	Kolik je asi hodin	1	Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0		antiparkinsonik
3.	Adresu	1		v anamnéze			antihypertenziv
4.	Současný rok	1		nykturie/inkontinence			psychotropní léky,
5.	Kde je hospitalizován	1		vyžaduje pomoc			benzodiazepiny
6.	Poznání alespoň dvou osob (např. lékař a sestra)	1	Věk	18 - 75	0		
7.	Datum narození	1		75 a více			
8.	Jméno současného prezidenta	1	Mentální status	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné
9.	Odečíst zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat měsíce pozpátku	1		občasná/ noční inkontinence			vizuální, sluchový, smyslový deficit
				historie desorientace/demence			
Celkové skóre: 9			Celkové skóre: 1				

Invaze	perif. žilní katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	x NE	Vyšetření:		
	central. žilní.katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	x NE		Krevní :	
	močový katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	x NE		KO+DIFF v nor	
	drén	<input type="checkbox"/> ANO	den	x NE		mě	
	sonda	<input type="checkbox"/> ANO	den	x NE		JT bilirubin vyš	
Léky:	název	dávkování	zp.aplikace	lék. skup.		ší (42mmol/l)	
	Valproat 500mg	1-0-1	p. o.	Stabilizátor		Glukosa nižší	
	Zoleptil 50mg	1-1-2	p. o.	Psycholept.		(2,73mmol/l)	
	Prothazin p. p.	Max.2tbl/den	p. o.	Antihistam.			
	Tisercin p. p.	1tbl/max.3x	p. o.	Psychofarm.			
	Haloperidol inj.p. p.	2amp./max.3x	i. m.	Psycholept.			
Infúze:							
Ostatní ordinace:							
P+VT			koupele				
kyslík			stomie				
REH			led				
bandáže			převazy				
inhalace							

Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové							
						I. f. posouzení	
1. Vnímání zdraví							
můj zdravotní stav:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> část. dobrý	<input type="checkbox"/> narušený	<input type="checkbox"/> špatný		Bagatelizace problémů	
pro udržení zdraví:	<input type="checkbox"/> sportuji	<input checked="" type="checkbox"/> procházky	<input checked="" type="checkbox"/> zahradničím				
	<input type="checkbox"/> dodržuji zdrav. výživu	<input type="checkbox"/> nic	<input checked="" type="checkbox"/> úklid				
nemoci za poslední rok:			úrazy:				
lékařská doporučení dodržuji:	<input type="checkbox"/> důsledně	<input checked="" type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> nedodržuji	<input type="checkbox"/> jiné			
při objevení současných obtíží jsem:	<input checked="" type="checkbox"/> navštívil lékaře	<input checked="" type="checkbox"/> x užil léky					
	<input type="checkbox"/> porad. s jinými zdravotníky	<input type="checkbox"/> jiné					
2. Výživa, metabolismus							
stav výživy:	<input type="checkbox"/> změna váhy v poslední době	<input type="checkbox"/> ↑ o /	<input type="checkbox"/> ↓ o /				
chuť k jídlu:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> nechutenství				Mírná nadváha, nevadí jí	
stav výživy:	<input type="checkbox"/> přiměřený	<input type="checkbox"/> podvýživa	<input type="checkbox"/> obezita	<input checked="" type="checkbox"/> mírná nadváha			
způsob přijímání stravy	<input checked="" type="checkbox"/> per os	<input type="checkbox"/> sonda	<input type="checkbox"/> pumpa	<input type="checkbox"/> stomie			
forma stravy:	<input checked="" type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> kašovitá	<input type="checkbox"/> tekutá	<input type="checkbox"/>			
porucha polykání:	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	stav chrupu:	<input type="checkbox"/> dobrý	<input checked="" type="checkbox"/> protéza	<input type="checkbox"/> jiné	
potíže:	<input type="checkbox"/> nauzea	<input type="checkbox"/> zvracení	<input type="checkbox"/> pálení žáhy	<input type="checkbox"/>			
typický denní příjem jídla:	<input checked="" type="checkbox"/> snídaně	<input checked="" type="checkbox"/> svačina dopol.	<input checked="" type="checkbox"/> x oběd				
	<input checked="" type="checkbox"/> x večeře	<input checked="" type="checkbox"/> x svačina odpol.	<input checked="" type="checkbox"/> x druhá večeře				
přidavky:	<input type="checkbox"/> NE	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	jaké ovoce, sušenky				
dietní omezení doma	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaké				
dieta:	<input type="checkbox"/> NE	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	číslo...3	poučen:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> jiné
schonost sám se najíst:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> krmem	<input type="checkbox"/> jiné		
příjem tekutin za 24 hod	<input type="checkbox"/> < 0,5 l	<input type="checkbox"/> 0,5 - 1	<input type="checkbox"/> 1 - 1,5	<input type="checkbox"/> 1,5 - 2	<input checked="" type="checkbox"/> x > 2 l		
k dispozici dostatek tekutin:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	proč?				
pocit sucha v ústech:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	defekty v ústech	<input type="checkbox"/> ↓ pocit žízně			
kožní turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> snížený	stav sliznic:	<input checked="" type="checkbox"/> růžové	<input type="checkbox"/> bledé	<input type="checkbox"/>	
stav vlasů:	<input type="checkbox"/> dobrý	<input checked="" type="checkbox"/> vypadávají	stav nehtů:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> narušený		

3. Vylučování - moče, stolice, potu			
moče			
mikce	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> problematická
změna v poslední době	<input type="checkbox"/> ANO x NE <input type="checkbox"/>		
vylučování moče	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí na WC	<input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/>
obtíže	<input type="checkbox"/> pálení	<input type="checkbox"/> řezání	<input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> v men. porcích <input type="checkbox"/> bolestivé
močení	<input type="checkbox"/> retence	<input type="checkbox"/> urostomie/den	<input type="checkbox"/> moč. katétr / den
příměsy v moči	<input type="checkbox"/> ANO x NE <input type="checkbox"/> jaké		
stolice			
vyprazdňování střeva	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí na WC	<input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> stomie
stolice	<input type="checkbox"/> pravidelná	<input checked="" type="checkbox"/> zácpa..1.....x za týden	<input type="checkbox"/> průjemx den
barva	Norm.	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/>
vyprazdňovací návyky	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké		Návyk na laxantiva
změna v poslední době	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké		
užívání preparátů na vyprázdnění	<input type="checkbox"/> NE x ANO jaké Gotalax cca 1 rok		
obtíže během vyprazdňování	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké		
4. Aktivita, cvičení			
pocit dostatečné síly a životní energie		<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
cvičím:	<input checked="" type="checkbox"/> necvičím	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> pravidelně typ cvičení:
faktory bránící těl. aktivitě:	<input type="checkbox"/> dušnost	<input type="checkbox"/> sval. křeče	<input type="checkbox"/> parézy/plegie
	<input type="checkbox"/> srdeční onem.	<input type="checkbox"/> plic. onem.	<input type="checkbox"/> pohyb. aparát <input type="checkbox"/> jiné
doma	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> s oporou	<input type="checkbox"/> neschopen <input type="checkbox"/>
nyní	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> s oporou	<input type="checkbox"/> neschopen <input type="checkbox"/>
chybějící části těla	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké		
kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> NE x ANO jaké brýle na čtení		
úroveň soběstačnosti - funkční úroveň			
x 0-nezávislý	<input type="checkbox"/> 1-vyžaduje pom. prostředek	<input type="checkbox"/> 2-potř. min.pomoc, dohl.	Nutný dohled
<input type="checkbox"/> 3-potřebuje pomoc, pomůcky	<input type="checkbox"/> 4-potřeb.úplný dohled	<input type="checkbox"/> 5-sám nic	
x nájíst se	<input checked="" type="checkbox"/> x umýt se	<input checked="" type="checkbox"/> x vykoupat se	<input checked="" type="checkbox"/> x obléci se <input checked="" type="checkbox"/> x pohybovat se
prevence imobilizačního. syndromu	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaká		
pohyb režim v nemocnici: volný	znalost <input type="checkbox"/> NE x ANO		
držení těla:	<input checked="" type="checkbox"/> vzpřímené	<input type="checkbox"/> změněné	jak
koordinace:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> narušená	jak
5. Spánek, odpočinek			
<input type="checkbox"/> kvalitní spánek cel. noc	<input checked="" type="checkbox"/> problémy s usínáním	<input checked="" type="checkbox"/> x budí se jak často:3x/noc	Nekvalitní
<input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hod:	<input type="checkbox"/> léky na spaní	<input type="checkbox"/> NE x ANO (Prothazin,Tisercin)	Spánek
cítí se:	<input checked="" type="checkbox"/> x odpočatý	<input type="checkbox"/> nevyspalý	<input type="checkbox"/> jiné
rušivé faktory	<input type="checkbox"/> NE x ANO	Cizí prostředí	zvyky: TV

6. Vnímání			
vědomí:			
<input checked="" type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> bezvědomí
sluch:			
<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> zhoršený P-L ucho	<input type="checkbox"/> neslyší P-L ucho	<input type="checkbox"/> neslyší
kompenzační pomůcky:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO P-L ucho jaké		
zrak:			
<input type="checkbox"/> normál	<input type="checkbox"/> nevidomí	<input checked="" type="checkbox"/> zhoršený P-L oko	<input type="checkbox"/> na blízko <input type="checkbox"/> na dálku
kompenzační pomůcky:	<input type="checkbox"/> NEMA	<input checked="" type="checkbox"/> MÁ	<input checked="" type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/> jiné
řeč:			
<input type="checkbox"/> plynulá	<input type="checkbox"/> narušená	<input type="checkbox"/> němý	<input checked="" type="checkbox"/> jiné : Zrychlená, „slovní salát“
udržuje kontakt:	<input checked="" type="checkbox"/> x otevřený	<input type="checkbox"/> spíše uzavřený	<input type="checkbox"/> odmítá <input type="checkbox"/> jiné
vědomí:			
<input checked="" type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> bezvědomí
orientace:			
<input checked="" type="checkbox"/> x plně orientován	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> dezorientovaný	
dezorientovaný:	<input type="checkbox"/> osobou	<input type="checkbox"/> časem	<input type="checkbox"/> místem
paměť:			
<input checked="" type="checkbox"/> x neporušená	<input type="checkbox"/> zapomíná	<input type="checkbox"/> staropaměť	<input type="checkbox"/> část. zapomíná
pozornost:			
<input type="checkbox"/> úmyslná	<input type="checkbox"/> neúmyslná	<input type="checkbox"/> stálá	<input checked="" type="checkbox"/> roztržitý <input type="checkbox"/> jiné
styl učení:			
<input type="checkbox"/> logické	<input checked="" type="checkbox"/> x mechanické	<input type="checkbox"/> napodobováním	<input type="checkbox"/> jiné
bolest			
<input type="checkbox"/> nemá	<input checked="" type="checkbox"/> x má	<input type="checkbox"/> akutní	<input checked="" type="checkbox"/> x chronickou kde:záda kdy:po práci
bolest vnímá	<input type="checkbox"/> přiměřeně	<input checked="" type="checkbox"/> x zvýšeně	<input type="checkbox"/> škála:
bolest tiší	<input checked="" type="checkbox"/> x analgetika	<input checked="" type="checkbox"/> x úlevová poloha	<input type="checkbox"/> obklady tep. stud. <input type="checkbox"/> jiné
intenzita bolesti:			
<input type="checkbox"/> 0 - žádná	<input type="checkbox"/> 1 - nepatrná	<input type="checkbox"/> 2 - mírná	
<input checked="" type="checkbox"/> x 3 - střední	<input type="checkbox"/> 4 - strašná	<input type="checkbox"/> 5 - nesnesitelná	Nedokáže
životopis bolesti:	popsat		

7. Sebepojetí	
jsem: <input checked="" type="checkbox"/> optimista <input type="checkbox"/> pesimista <input type="checkbox"/> schopný <input type="checkbox"/> méně schopný	Nedůvěřuje
<input type="checkbox"/> neschopný <input type="checkbox"/> puntičkář <input type="checkbox"/> ...	Panikaří
důvěra: <input checked="" type="checkbox"/> plně si důvěřuji <input type="checkbox"/> důvěřuji se méně <input type="checkbox"/> nedůvěřuji si	Bojí se o pe-
talent: <input type="checkbox"/> NE x ANO: architektura zručnost: <input type="checkbox"/> NE x ANO: renovace	níze
pocity: strach: <input type="checkbox"/> NE x ANO: Stále. Z lidí a okolí, bojí se o sebe a své finance.	
hněv: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy na co	
zlost: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy na co	
smutek: <input type="checkbox"/> NE x ANO: Občas, když se jí něco nepovede	
úzkost: <input type="checkbox"/> NE x ANO: Kdykoliv a neví z čeho	
co je pomáhá odstranit: Syn, procházka, úklid, aktivita	
spokojenost se svým vzhledem: <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> NE proč?	
nervózní: <input type="checkbox"/> nejsem <input type="checkbox"/> jsem <input checked="" type="checkbox"/> bývá někdy, ale neví z čeho	
co dělám když jsem nervózní: Panikaří, chodí, uklízí...	
8. Role - mezilidské vztahy	
bydlím: <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s partnerem a dětmi <input type="checkbox"/> jiné	Nemluví se
struktura rodiny (počet členů):	sestrou
rodinné problémy: <input type="checkbox"/> NE x ANO: nemluví se sestrou	
způsob jejich řešení: Neřeší to	
reakce rodiny na onem.: <input checked="" type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezáměm <input type="checkbox"/> ochota pomoci <input type="checkbox"/> jiné	
jste: <input type="checkbox"/> zaměstnaný <input type="checkbox"/> nezaměstnaný <input checked="" type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné	
kontakty s lidmi: <input checked="" type="checkbox"/> časté <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> jsem samotář <input type="checkbox"/> jiné	
druh kontaktů: Hovor, smích, chodí společně po chodbě	
chování k lidem: <input type="checkbox"/> asertivní <input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> agresivní <input checked="" type="checkbox"/> přátelské <input type="checkbox"/> jiné	
spokojenost se zaměstnáním/ se školou: <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> NE	
9. Sexualita, reprodukční schopnosti	
sexuální obtíže: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	Nepravidelný
sexuální vztahy: <input type="checkbox"/> dobré <input type="checkbox"/> narušené <input checked="" type="checkbox"/> nemá žádné	menstruační
menstruace:	cyklus
začátek/ 13 letech cyklus.....25..../dnů <input type="checkbox"/> pravidelná <input checked="" type="checkbox"/> nepravidelná	
typ menstruace: <input type="checkbox"/> bolestivá <input checked="" type="checkbox"/> nebolestivá <input checked="" type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> slabá	
počet těhotenství: ...1 počet porodů: ...1 potratů: uměl..0 / přiroz...0	
komplikace v těhotenství: jaké operace:	
antikoncepce: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaká problémy: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
klimaktérium: kdy: problémy:	
diagnostické poruchy: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	
léčba poruch: operace:	

10. Stresové zátěžové situace	
napětí prožívám: <input checked="" type="checkbox"/> často : kdykoliv, stále <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> nikdy	Stres z re-
co ho vyvolává: <input checked="" type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> škola <input type="checkbox"/> zaměstnání <input checked="" type="checkbox"/> nemoc <input checked="" type="checkbox"/> rekonstrukce	konstrukce
co ho snižuje: <input checked="" type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> drogy <input type="checkbox"/> alkohol <input checked="" type="checkbox"/> léky... <input checked="" type="checkbox"/> procházky	
napětí snáším: <input type="checkbox"/> lehce <input checked="" type="checkbox"/> jak kdy <input type="checkbox"/> těžce jak	
vyrovnávám se: <input type="checkbox"/> rychle <input checked="" type="checkbox"/> chvíli mi to trvá <input type="checkbox"/> trvá mi to dlouho <input type="checkbox"/> jiné	
stresové situace zvládám: <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s podporou rodiny <input type="checkbox"/> jiné	
důležité změny v posledních dvou letech: Nedokáže říci	
11. Víra, životní hodnoty	
náboženská víra je: <input type="checkbox"/> důležitá hodnota <input type="checkbox"/> občasné potřeba	Nevěřící
<input checked="" type="checkbox"/> nepřemýšlel/a jsem o tom <input type="checkbox"/> jiné	
důležitost víry při pobytu v zařízení: <input type="checkbox"/> ANO x NE	
jsem: <input type="checkbox"/> katolík <input checked="" type="checkbox"/> evangelík <input type="checkbox"/> jiné	
osobní zájem: <input type="checkbox"/> návštěva duchovního <input type="checkbox"/> návštěva nem. kaple <input type="checkbox"/> jiné	
zavazuje Vás víra k určitému omezení: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO k jakému	
omezení: <input type="checkbox"/> v jídle <input type="checkbox"/> v oblékání <input type="checkbox"/> v příjmu TRA <input type="checkbox"/> jiné	
určete pořadí následujících hodnot <input type="checkbox"/> zdraví.4. <input type="checkbox"/> rodina.1. <input type="checkbox"/> víra.7.	Nerozhodná
<input type="checkbox"/> práce.3. <input type="checkbox"/> peníze.2. <input type="checkbox"/> záliby.5. <input type="checkbox"/> cestování.6.	
12. Jiné - viz medikace.	

Příloha č.2

Dotazník poruch nálady

cítjis| tes et akd obřen ebot akr olaíeny,žseeo statndío mnívažlie,
ton ejstzec e|av y.n ebojs teb ylt ako dbrzděňŽie i stes e dgstad| o
problémú?

- byjl stet akp odriážděžnejy s tek říčen|a l idin ebos ez ačap{r átn ebo
hádat?

- cítjis|t ev ícese bedůvěnreyŽ o bvykle?

- potrebovaljsptoed statnmě eněš pánkur režo bvyk|ae z jiěÍovaŽ|e'
váms pánenke schiází?

- byj|s tep odstatnhěo vornejšeiŽ o bvyklnee bojstheo vořmi| nohern
rych|enje' Žje u vasb ěžné?

- běže|vyá mv e|mirychm|ey š|enhklya voun ebois ten ebys|c hopen
zpomat|oitk m yš|enek?

- rušvi|áyso ko|nviě cid ot ém ÍrŽy,oj stem ě|p rob|emseys oustředít
nebuod ržmety š|enkolvnoiiu?

- měljsteví ce nergine ežo bvyk|e? tr f l

- byjís tea ktivnějšeiŽo bvyk|nee bojs ted ělaml notpmví ctv ěóín, d'
jeu .váosb vyk|é?

- by|js tem nohemsp o|ečenštnějšbíop odstatnvěi reo tevřennýe Ž
obvyklen,4 řík|adte |d'onovajsl tet prostředn ocim íte|&rn?

- býj stem nohevmíc eza ujaste xemne Žo bvyJ&?

- dě|ajsl tev ěcik, teréjso up rov iísn eobvyknteéb oo' k terýcshi d ruzí
mohlimysžleejt s,o un epřimd'enbélá,z nivnoe bori zkové?

- přived|uot rácenpie nězv ásn ebov ašrio dinud op d'íží?

2. pokud jste zaškrtl „ano“ u více než jedné z výše uvedených otázek, objevily se některé z těchto projevů současně (ve stejném časovém období)?

ANO

NE

3. Jak velké problémy vám kterýkoliv z výše uvedených příznaků způsobil (například nebyl jste schopen pracovat, měl jste rodinné nebo finanční problémy, problémy se zákonem, často jste se hádal a dostával se do rvaček)?

ŽÁDNÝ

MALÝ

STŘEDNÍ

ZÁVAŽNÝ

4. Trpěl nebo trpí někdo z vašich pokrevních příbuzných (například vaše děti, vlastní sourozenci, rodiče, prarodiče, tety, strýčkové) maniodepresivní nemocí nebo bipolární poruchou?

ANO

NE

5. Řekl vám někdy lékař, psychiatr nebo psycholog, že trpíte maniodepresivní nemocí nebo bipolární poruchou?

ANO

NE