

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU VE ŠVÉDSKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

STAREK LINDA

Praha 2012

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

**SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU VE ŠVÉDSKU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LINDA STAREK**

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Starek Linda**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 4. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifická ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní  
poruchou ve Švédsku

*Specific Nursing Care of Patient with Bipolar Affective Disorder in  
Sweden*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

*Podpis*

## ABSTRAKT

STAREK, Linda. *Specifická ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou ve Švédsku*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2012. 93 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s afektivní bipolární poruchou. Teoretická část práce popisuje historii a vývoj psychiatrické péče o pacienta s tímto onemocněním, diagnostiku, komplikace tohoto onemocnění a různé druhy terapií ve Švédsku. Praktická část práce obsahuje ošetrovatelský proces, ve kterém je popsán přesný postup léčby a ošetrovatelská péče pacienta s touto poruchou. Součástí této práce je i edukační proces.

Klíčová slova

Afektivní. Bipolární. Psychiatrie. Švédsko. Terapie.

## ABSTRACT

STAREK, Linda. *Specific Nursing of Patients with Bipolar Affective Disorder in Sweden*. Nursing College, o.p.s.. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N. Prague. 2012. 93 p.

The main topic of this thesis is care of patients with bipolar affective disorder. The theoretical part describes the history and development of psychiatry, diagnosis, treatment, complications of the disease and various types of therapy in Sweden. The practical part includes the nursing process/casuistry describing the exact procedures for the treatment and care of a patient with this disease.

Keywords:

Mood. Bipolar. Psychiatry. Sweden. Therapy.

# PŘEDMLUVA

Ve 20. století je psychiatrie vnímána jako nedílná součást lékařské péče. I přesto je obecné povědomí o psychických nemocech relativně nízké a stále se setkáváme s případy předsudků vůči lidem trpícím psychickým onemocněním. Tato práce vznikla za účelem poukázat na psychické onemocnění, afektivní bipolární poruchu. Cílem bakalářské práce je zvýšit povědomí o této nemoci jak u pacientů s tímto onemocněním, tak u širší veřejnosti.

Bipolární porucha je dnes relativně běžnou nemocí. Existují různé typy tohoto onemocnění lišící se svou závažností. Jelikož se jedná o nemoc na první pohled skrytou jsou její projevy často velmi různé a léčba vyžaduje vždy individuální přístup. Při nesprávném léčebném postupu a nedostatečné pozornosti okolí může tato nemoc převládnout a vést k závažným následkům.

K výběru tématu mne přivedly předešlé pracovní zkušenosti na psychiatrickém oddělení v Helsingborgské nemocnici ve Švédsku. Můj zájem o toto téma dále vzrostl při studiu na zahraniční fakultě zaměřené na psychiatrii a sociální práci „KY-utbildning“ v Eslöv.

Možnost dalšího prohloubení znalostí týkajících se bipolární poruchy, jakož i dalšího stupně vzdělávání se mi poskytla Vysoká škola zdravotnická v Praze.

Při zpracovávání bakalářské práce jsem čerpala jak z knižních podkladů a odborných periodik, tak i z internetových pramenů.

Tímto vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za pedagogické usměrnění. Dále děkuji Bc. Lindě Kovářové za podporu a rady, které mi poskytly po dobu tvorby mé bakalářské práce.

## OBSAH

### SEZNAM TABULEK

### SEZNAM ZKRATEK

### SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Charakteristika bipolární poruchy.....	15
1.1 Historie.....	16
1.2 Švédská historie psychiatrie.....	17
1.3 DSM.....	20
2 EPIDEMIOLOGIE.....	22
3 SYM PTOMY.....	23
3.1 Mánie.....	23
3.2 Hypománie.....	24
3.3 Deprese.....	25
4 PŘÍČINY.....	26
4.1 Dědičnost.....	26
4.2 Genetika.....	27
4.3 Životní prostředí.....	27
4.3.1 Stres.....	27
4.3.2 Spánek a rytmy.....	28
5 DIAGNÓZA.....	29



5.1 Bipolární porucha.....	29
5.1.1 Bipolární porucha I.....	30
5.1.2 Bipolární porucha II.....	30
5.1.3 Cyclothymia.....	30
5.2 Smíšené epizody.....	31
5.3 Rychlé cykly.....	31
5.4 Unipolární deprese.....	31
5.5 Bipolární porucha, bez bližší specifikace.....	32
5.6 Askal.....	32
6 PÉČE A LÉČBA.....	33
6.1 Význam léčby.....	33
6.2 Preventivní farmakoterapie.....	35
6.2.1 Léčba lithiem.....	35
6.2.2 Antidepresiva a antipsychotika.....	37
6.2.3 Antiepileptika.....	37
6.2.4 Nežádoucí účinky antidepresiv, antipsychotika a antiepileptika.....	38
6.3 Možnosti terapie.....	38
6.4 Riziko recidivy.....	40
6.4.1 Prevence relapsů.....	40
6.4.2 Dieta a zdraví.....	41
7 PROGNÓZA.....	43
7.1 Sebevražda a sebevražedné pokusy.....	44
PRAKTICKÁ ČÁST.....	46

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	46
8.1 Identifikační údaje.....	46
8.2 Důvod přijetí udávaný pacientem.....	47
8.3 Medicínská diagnóza hlavní.....	47
8.4 Medicínská diagnóza vedlejší.....	47
8.5 Nynější onemocnění.....	48
8.6 Informační zdroje.....	48
8.7 Anamnéza.....	48
8.8 Medicínský management.....	64
8.9 Situační analýza.....	66
8.10 Ošetrovatelské diagnózy.....	67
8.10.1 Shrnutí ošetrovatelské péče.....	78
9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	79
ZÁVĚR.....	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	81
SEZNAM PŘÍLOH	

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vitální funkce při přijetí.....	48
---	----

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ADD</b> .....	Attention deficit disorder
<b>ADHD</b> .....	Attention deficit hyperactivity disorder
<b>CT</b> .....	Computer tomography
<b>DHA</b> .....	Dokosahexaenová kyselina
<b>DSM</b> .....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>ECT</b> .....	Elektrokonvulzivní terapie
<b>EKG</b> .....	Elektrokardiogram
<b>GAF stupnice</b> .....	DSM-IV Globální funkční vyhodnocení měřítko
<b>ICD</b> .....	International Classification of Diseases
<b>KBT-terapie</b> .....	Kognitivně behaviorální terapie
<b>NIMH</b> .....	National Institute of Mental Health
<b>NOS</b> .....	Not Otherwise Specified
<b>PTSD</b> .....	Posttraumatic Stress Disorder
<b>řec.</b> .....	řecky
<b>USA</b> .....	The United States of America
<b>WHO</b> .....	World Health Organization

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Attention deficit disorder** - Poruchy pozornosti

**Attention deficit hyperactivity disorder** – Porucha pozornosti s hyperaktivitou

**Bipolar Disorder Not Otherwise Specified** - Bipolární porucha, bez bližší specifikace

**Borderline** - Porucha osobnosti

**Computer tomography** - Počítačová (computerová) tomografie

**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

**International Classification of Diseases** - Mezinárodní klasifikace nemocí

**National Institute of Mental Health** - Národní institut duševního zdraví

**Posttraumatic stress disorder** - Posttraumatická stresová porucha

**Relapsy** – Recidiva

**World Health Organization** - Světová zdravotnická organizace

# ÚVOD

Porucha duševního zdraví je jednou z příčin pracovní neschopnosti, jejíž výskyt se nejvíce zvýšil v posledních desetiletích. Každý, kdo pracuje v oboru psychiatrie, působí velkou mírou na průběh léčení psychiatrických pacientů, proto je velmi důležité, aby byly profesní dovednosti a vědomosti těchto pracovníků neustále aktualizovány.

Bipolární nemoc nebo manická deprese je nedostatečně diagnostikovaná nemoc. Bipolární afektivní porucha je moderní název pro onemocnění, které bylo dříve nazývané maniodepresivní psychóza. Onemocnění způsobuje patologické změny náladových stavů. Bipolární porucha má za následek výkyvy mezi obdobím hypermánie nebo hypománie a obdobím snížené energie, kterou je deprese, stav ve kterém je obvyklé nebezpečí sebevraždy. Existují účinné způsoby léčby, které umožňují většině lidí s bipolární poruchou žít normální život bez závažných příznaků nemoci. Ale to je možné pouze se správnými znalostmi vedoucími k identifikaci nemoci a zkušenostmi s léčbou diagnostikované bipolární poruchy.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se snažili vysvětlit a informovat o základních aspektech této nemoci. V praktické části jsme se zaměřili na pacienta s bipolární afektivní poruchou, na základě ošetrovatelského procesu jsme zpracovali diagnózy, které jsme pak mohli použít k vypracování individuální péče o pacienta.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CHARAKTERISTIKA BIPOLÁRNÍ PORUCHY

Bipolární afektivní porucha je duševní nemoc, která je charakterizována střídáním epizod mánie a deprese. Tyto epizody se mohou velmi rychle měnit. Bipolární afektivní porucha se vyznačuje poruchou nálady, výkyvy nálad od mánie (nadměrný pocit pohody, stimulace a pocitu velkoleposti, v níž člověk může ztratit kontakt s realitou) po deprese (ohromující pocity smutku, úzkosti, doprovázené nízkým sebevědomím), které mohou navozovat i sebevražedné myšlenky a vést i k pokusu o sebevraždu (CULLBERG, 2003).

Bipolární porucha či manická deprese (včetně bipolární poruchy) jsou duševní nemoci, které jsou v době zvýšené nálady - stavu mánie nebo hypománie - méně závažné. Jedinci také obvykle trpí vážnou depresí, ale k příznakům deprese může dojít také v manických epizodách nebo mohou být epizody smíchány s intenzivními a rychlými přesuny mezi těmito režimy (HERLOFSON, 2009).

Symptomy se typicky horší časem, a když se pacient neléčí, existuje velké riziko chronických postižení. Při pravidelném užívání léků je prognóza dobrá. S vhodnou medikací a upraveným životním režimem mohou pacienti žít bez příznaků nemoci i po několik desetiletí. Tento proces je ovlivněn vnějšími faktory, jako je celkové životní prostředí a stres. Bipolární poruchou trpí 1-3 % populace. U většiny takto postižených lidí se nemoc poprvé projeví mezi patnáctým a třicátým rokem života. Hlavním rizikovým faktorem je rodinné zatížení. Bipolární porucha a schizofrenie mají částečně společný genetický základ. Bipolární porucha je stejně častá u mužů jako u žen, ale více žen než mužů trpí unipolární depresí (HERLOFSON, 2009).

Nemoc je rozdělena na bipolární I, bipolární II, cyclothymia a další typy v souladu se změnami nálady. Hypománie je charakterizována jako typ II, zřídka se rozvine do typu I, což je těžká mánie. Mírná mánie je doprovázena pocitem euforie a pohody. Těžká mánie často vede k psychóze a je při ní nutná pacientova hospitalizace. WHO odhaduje, že bipolární porucha je jednou z deseti onemocnění, která vedou ve velké většině případů k invaliditě (WORLD HEALTH ORGANISATION, 1992).

Mánie má několik etymologií - mánie (řec. μανια), velké duševní utrpení a Manos (řec. μάνος). Těžká deprese je také známá jako melancholie, tedy jako kombinace řeckých melas (řec. μελας), což znamená černý, a cholekalciferol (řec. χολη), což je žluč. Ve starověkém Řecku byl manickým a melancholickým lidem přisuzován status prostředníků („vyvolených“) pro styk s bohy (KRAEPELIN, 2011).

## 1.2 Historie

V letech 300-400 př. n. l., ve starověkém Řecku, byla melancholie definována jako příznak biologických problémů v těle, a to zejména v mozku. Hippokratova škola odmítla nadpřirozené a magické teorie. V té době byl za původ melancholie a mánie považován příliš vysoký výskyt černé a žluté žluči v těle. Melancholie byla též dosud považována za formu mánie. Soranus z Efesu byl první, kdo vyjádřil názor, že melancholie a mánie jsou dvě odlišné choroby, pouze mají podobné příznaky a léčbu. Aretaeus (200 po Kr.) označil mánií za konečnou fázi melancholie. Stavby mánie a melancholie byly v následujících staletích popisovány u mnoha různých onemocnění, přičemž za jejich příčinu byla i nadále považována nerovnováha tělních tekutin v těle. Tento pohled se změnil až ve středověku. Duševní poruchy byly spojovány s magií, hříchem a přítomností démonů. Klinická pozorování bez náboženských podtextů zavedl až Švýcar Felix Platter (1536-1614), který roku 1602 publikoval systematickou klasifikaci duševních nemocí. Král Ferdinand VI. Španělský (1713-1759) byl diagnostikován s "melancholicko-manio-postižením", španělským „Hippocratem“ Andrés Piquer (1711-1772). Piquer rozdělil nemoc podle fází příznaků, které se lišily ve stupních své závažnosti. Řada různých klasifikací následovala. Pozorováním se ukázalo, že stavy se obdobně objevovaly v pořadí nebo v opakovaných cyklech (OTTOSSON, 2003).

Francouzi Jean-Pierre Falret (1794-1870) a Jules Baillarger (1809-1890) přiměli odbornou veřejnost k akceptování názoru, že mánie a deprese jsou projevem jediné nemoci. V roce 1854 byly definovány cyklické fáze jako pravidelné, kontinuální a "dvojitě šílenství", kdy se mánie a deprese projevovale v obou fázích v průběhu nemoci. Toto členění se odráželo v koncepci manio-depresivní nemoci (včetně maniakální deprese), kterou v průběhu 18. století vytvořil německý psychiatr Emil Kraepelin, 1856-1926. Opakující se deprese a mánie se v jeho definici spojily v hlavním společném jmenovateli, v cyklech. Kraepelin poznamenal, že u pacientů s opakovanou depresí, byla mánie v rodinné anamnéze. Byl také první, kdo poukázal na to, že sociální a psychický stres může způsobit onemocnění. Podle Kraepelina existovaly dvě hlavní psychické poruchy, "maniodepresivní šílenství" a "dementia praecox"



(nyní schizofrenie). Další německý psychiatr, Karl Leonhard (1904-1988), později oddělil unipolární deprese od širší definice Emila Kraepelina. Toto rozdělení se používá dodnes, ale je kritizováno, protože klade příliš velký význam na polaritu a odděluje bipolární poruchové typy od opakujících se unipolárních depresí (KRAEPELIN, 2011).

Zlomovým okamžikem pro psychiatrii byl rok 1940, kdy byla představena léčba bipolární afektivní poruchy lithiumsulfátem. Jednou provždy se tak stanovilo, že duševní nemoci jsou spojeny s biologickými faktory a lze je tedy ovlivnit chemickými látkami. Lithium bylo běžně nazýváno „špetka soli“. Léčba Lithiem zachránila statisíce pacientů a zlepšila průběh nemoci pro miliony dalších. Prvek byl objeven ve Švédsku roku 1817 (OTTOSSON, 2003).

### **1.2.1 Švédská historie psychiatrie**

Péče o duševní zdraví ve Švédsku dlouho spadala pod státní odpovědnost. Do roku 1959<sup>1</sup> byl oficiální termín pro péči o psychiatrické pacienty označován jako „duševní péče“. Poté se termín vyměnil za „mentální péči“ a tento byl zrušen roku 1966. Od té doby se péče o duševní zdraví nazývá „psychiatrická péče“. Do konce 19. století se psychiatrie rozšiřovala a byly postaveny nové psychiatrické léčebny. Výsledkem tohoto procesu bylo, že Švédsko v tomto období drželo světový rekord v počtu nemocničních lůžek pro psychiatrické pacienty. Hlavní odpovědnost za psychiatrickou péči přešla v roce 1967 na krajská zastupitelství, která převzala 23 psychiatrických nemocnic. Od roku 1970 se začala objevovat kritika a pochybnosti o stavu psychiatrické péče v nemocnicích. Více jak sto let zavedený způsob péče byl nyní zamítnut a péče se zaměřila na snižování počtu lůžkových oddělení ve prospěch ambulantní péče. V roce 1980 byly švédské psychiatrické nemocnice zavřeny (OTTOSSON, 2003).

V průběhu 17. století se objevili provinční doktoři. Jejich úkolem bylo provádění hygienické kontroly. Měli povinnost podávat zprávy státnímu orgánu. Ve výročních zprávách z tohoto období můžeme získat informace o stavu kraje, zdravotním stavu populace, dětské úmrtnosti, opilství, epidemiích apod. (OTTOSSON, 2003).

---

<sup>1</sup> Veškeré letopočty formátu např. 19. století. Jsou uváděny dle švédského systému užívání.

To znamená, že osmnácté století probíhá od roku 1801-1899. Na rozdíl od běžně užívaného systému osmnácté století =1701-1799.

Švédské nejstarší ubytovací zařízení v Dalarna bylo nazýváno azylové. V královském výnosu z roku 1791 bylo napsáno, o koho bude postaráno v nemocnici. V nemocnici pobývali až do odvolání hlavně "blázní" a slabomyslní, dále chudí a nemohoucí lidé. Nemocnice sloužila primárně jako azyl a v menší míře jako zdravotní zařízení (OTTOSSON, 2003).

Od roku 1778 sídlila ve stejné budově také krajská nemocnice. V nemocnici se léčili jen pacienti, kteří mohli být uzdraveni do šesti měsíců, nevléčitelní byli odmítnuti. Pacienti byli hlavně „šílení“ a měli pohlavní nemoci. Později bylo zaznamenáno, že polovina hospitalizovaných pacientů se léčila na pohlavní nemoci, hlavně syfilis. Tito pacienti se léčili odděleně (OTTOSSON, 2003).

Blázinec byl postaven v roce 1831 v areálu nemocnice. Částečné financování zdravotní péče bylo zavedeno v roce 1766 a hrazeno z likérové daně, tedy z daně vybírané z každé prodané švédské vodky v hospodách a hostincích. Což byl v té době velice významný přísun financí. Tato daň sehrávala po dlouhou dobu významnou roli v ekonomickém hospodářství kraje. Likérová daň byla zrušena v roce 1959 (OTTOSSON, 2003).

Roku 1858 byla zavedena královská listina, zákon, který se poprvé zabýval komplexní péčí o duševně nemocné. Výuka psychiatrie začala na zdravotnické škole v roce 1859. Zodpovědnost za péči o duševní zdraví byla po dobu dalších 100 let statním úkolem (OTTOSSON, 2003).

Nová provinční nemocnice ve Falun byla dostavěna v roce 1877 a budova dodnes plní funkci nemocnice. V lékařských záznamech z té doby, si můžeme dohledat údaje o pacientech jako např. jméno, místo, nemoc a formu platby. Většina pacientů trpěla na pohlavní nemoci syfilis a duševní nemoc, která se nazývala „duševní oslabení“ (OTTOSSON, 2003).

Roku 1878 bylo k nemocnici přistavěno oddělení „celové“ struktury pro neklidné duševně nemocné, nazýváno „šílená cela“ nebo „bláznova rakev“. Hlavním cílem bylo sledování pacientů a stanovení jejich diagnózy. Mezi nejčastější diagnózy patřily melancholie, mánie, hysterie a delirium tremens. Pacienti, kteří se neuzdravili, byli převezeni do centrálních státních psychiatrických nemocnic v zemi. Například do nemocnice v Lundu, Uppsale a Vadstenu (OTTOSSON, 2003).

Jediná původní budova z 18. století, je tzv. Nisserský pečovatelský dům. Instituce přijímala chudé, chronicky nemocné pacienty a v suterénu byly buňky pro šílence a blázny. Nisserský pečovatelský dům se později přestěhoval do hlavní budovy nemocnice (OTTOSSON, 2003).

V církevních knihách se dočteme, jak farář zaznamenával a klasifikoval své farníky. Roku 1890 při sčítání lidu ve Falunu, zaznamenal kněz lidi podle zdravotního postižení. Rozdělil je do skupin "duševně nemocné", "méně znalé", "idioty", "šílené" a "absurdní". Roku 1890 vznikla definice, která rozlišuje lidi duševně nemocné a mentálně zaostalé. Ve Falunu se roku 1888 otevřel Idiotský domov. V roce 1912 byl přestěhován z Falunu do Hedemora a stal se institucí pro duševně zaostalé v Haggården. Počátkem 19. století se v odborné terminologii přestal používat název "blázen" pro označení duševně nemocného člověka. Při otevření nemocnice v Säters roku 1912 se používal termín „šílený pacient“ (OTTOSSON, 2003).

Ještě v roce 1960 probíhala výstavba nových psychiatrických nemocnic. Do poloviny 19. století byl vývoj psychiatrie synonymem pro zvyšování počtu lůžek v nemocnicích. Rozšiřování kapacity lůžek nemocnice v Säters vyvrcholilo v roce 1956, v té době tam bylo hospitalizováno celkem 1578 pacientů. Při zavedení nových léků v průběhu let 1950-1960 se vytvořily také nové a lepší podmínky pro změny v ústavní péči. V roce 1960 se začalo mluvit o možnosti zrušení psychiatrických léčeben. Hlavní pozornost a důraz byly ale i nadále kladeny na ústavní péči, Cílem bylo, aby každá instituce, nemocnice, léčebna měla nemocniční psychiatrickou kliniku (OTTOSSON,2003).

V roce 1967 přebraly kraje hlavní odpovědnost za psychiatrickou péči, a v zemi tak zůstalo asi 36 000 hospitalizačních lůžek (OTTOSSON,2003).

V roce 1980 začalo zavírání „mentálních nemocnic“ a ústavní péči nahradily více otevřené formy léčby. V obcích se postupně otevřely polikliniky. Roku 1995 byla provedena tzv. Psychiatrická reforma, kterou podporovaly všechny politické strany. Velká část kompetencí a finančních prostředků byla převedena z psychiatrické péče do sféry sociálních služeb v obcích. Pojem "mentální nemoc" byl nahrazen pojmem "psychické postižení" (OTTOSSON, 2003).

Dříve byl pacient automaticky hospitalizován v psychiatrické léčebně, a to byl takzvaně jediný způsob, jak pacientovi pomoci. Nyní byl za jediný způsob pomoci považován pravý opak, začala "dehospitalizace". Problém ovšem nastal ve chvíli kdy pacienti, kteří dřív v léčebnách žili a neznali jiný způsob života, byli vlivem původního přístupu zbaveni identifikace a zodpovědnosti starat se sami o sebe, byli nyní odkázáni k bezdomovectví a osamělosti (OTTOSSON, 2003).

Dnes je psychiatrický přístup k člověku charakterizován především z lékařského a vědeckého pohledu. To znamená snahu třídit a klasifikovat nemoc a symptomy dle lékařských a vědeckých poznatků a dle tohoto principu určit diagnózu. Ve Švédsku se používá DSM - diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Tento diagnostický systém souvisí s hodnocením WHO, která stanovila mezinárodní klasifikaci nemocí a diagnostický systém s názvem. Ve Švédsku se nejvíce používá diagnostický systém ICD-10. Tyto diagnostické systémy, jsou mezi sebou navzájem provázány, jsou velmi výhodné, protože umožňují získat jednotné a komplexní posouzení onemocnění. Umožňují spolupráci v celosvětovém měřítku, pokud jde o hodnocení výzkumu a léčebných výsledků (OTTOSSON, 2003).

### **1.3 DSM**

V DSM 4 se vyskytuje pět os/oblastí, ze kterých vycházíme při vyhodnocení a diagnostice pacientů. Osy jsou následující:

- Klinický syndrom, tj. popis příznaků.
- Poruchy osobnosti a vývojové poruchy nebo mentální retardace.
- Somatická nemoc nebo úraz, které jsou relevantní pro pochopení a léčbu pacienta s psychickými problémy.
- Psychosociální problémy a další problémy související s životními okolnostmi.
- Globální hodnocení funkční kapacity, podle GAF-stupnice.

## **ICD- diagnózy**

1. F31.0 Bipolární porucha, hypomanická epizoda.
2. F31.1 Bipolární porucha, manická epizoda bez psychotických symptomů.
3. F31.2 Bipolární porucha, manická epizoda s psychotickými symptomy.
4. F31.3 Bipolární porucha, lehkou nebo střední depresivní epizodou.
5. F31.4 Bipolární porucha, těžkou depresivní epizodou bez psychotických symptomů.
6. F31.5 Bipolární porucha, těžká depresivní epizoda s psychotickými symptomy.
7. F31.6 Bipolární porucha, smíšená epizoda.
8. F31.7 Bipolární porucha bez aktuálních symptomů.
9. F31.8 Jiné specifikované bipolární poruchy.
10. F31.9 Bipolární porucha, nspecifická.

## 2 EPIDEMIOLOGIE

Bipolární poruchou trpí 1-3 % populace. V chudých/rozvojových zemích se ale pouze polovině dostane adekvátní péče. Většina onemocní mezi patnáctým až třicátým rokem života. Bipolární porucha je onemocnění stejně časté u žen i u mužů, ale těhotné ženy nebo ženy v menopauze jsou náchylnější k rozvinutí manické epizody. Ti, kteří onemocní, jsou často ovdovělí nebo rozvedení. Nemoc se vyskytuje ve všech kulturách, ale rozdíly mezi společenskými třídami a etnickými skupinami jsou studovány. Jednotlivci s bipolární poruchou jsou často kuřáci. Samoléčba alkoholem a jinými drogami je velmi častá (BLUME, 2008).

WHO uvádí, že bipolární porucha je šestou nejčastější příčinou invalidity u lidí ve věku 15-44 let. Duševní nemoci, včetně bipolární poruchy, jsou také nejčastější příčinou invalidity u dětí, dospívajících a mladých dospělých ve věku 10-24 let. Věk, kdy se objeví první příznaky, také naznačuje závažnost onemocnění. Výrazně vyšší podíl nemocných spadá do kategorie lidí s podprůměrnými příjmy. Pravděpodobnost, že duševně nemocný bude patřit mezi nezaměstnané je až třikrát vyšší. Výsledky jsou stejné, i když pacient s bipolární poruchou má vyšší vzdělání (WHO, 1992).

## 3 SYMPTOMY

Někteří nemocní jsou hlavně depresivní a netrpí mánii, dále existuje skupina pacientů, u kterých je to opačně. Příznaky se mohou vyskytovat ve větší či menší míře, projevy jsou individuální a dle typu a závažnosti se mohou v průběhu času měnit. Období mezi relapsy jsou obecně asymptomatická, osoba se projevuje normálně, i když má chronickou nemoc. V takovém období může působit zdravě po mnoho let. Ne u všech se objevují relapsy (ALLGULANDER, 2008).

### 3.1 Mánie

V mánii je nálada abnormálně zvýšená, expanzivní, ale také popudlivá. Euphoria (euforie) a velkolepost mohou rychle přejít v agresivitu a emocionalitu, nejmenší nespokojenost může vést k hněvu nebo rozhořčení. Potřeba spánku se snižuje, i přesto má jedinec více energie a je velmi aktivní. Mezi běžné příznaky patří neklid, impulzivita, rychlý sled myšlenek, poruchy koncentrace, nedbalost, nezodpovědnost a porucha úsudku. Pacient si neuvědomuje rizika spojená se svým jednáním, chce žít sny, které jsou mimo jeho skutečné schopnosti a možnosti a nedokáže pochopit důsledky svého jednání. Mnozí z nich jsou často sociálně nebo sexuálně intimní, nebo naopak příliš rušiví a netolerantní. Sociální hranice u takto postižených lidí mizí. Člověk ze sebe „dělá hlupáka“ - chybí mu sebeovládání, neprojevuje žádný ohled na své okolí, má pocity "velikášství", cítí se být "vyvoleným" nebo je přesvědčen, že má plnit „zvláštní úkoly“. V těžkých případech se vyskytují i psychotické příznaky (bludy a halucinace nebo psychomotorická agitovanost) v takové míře, že osoba hovoří nesrozumitelně nebo je zcela nemožné s ní jakkoli komunikovat (CULLBERG, 2003).

Pro takto nemocného jedince je velmi obtížné fungovat normálně. Manická epizoda může trvat jen týden, ale také může být potřeba dlouhodobé hospitalizace (BLUME, 2008).

## 3.2 Hypománie

Příznakem mánie je, že je člověk nadšený, optimistický a hovorný, zvýší se jeho schopnost koncentrace a zrychlí se tok myšlenek. Mnozí lidé jsou v tomto stavu velmi aktivní, koncentrovaní a zacílení na své myšlenky, což vede ke zvýšení produktivity jejich práce a jednání. Zároveň se obvykle objeví i negativní příznaky, deprese. Nemoc se projeví podrážděností nebo netrpělivostí, postižený se cítí být (neprávem) kritizován, a proto nespolupracuje. Snížená potřeba spánku je nejspolehlivějším indikátorem manického postižení. V hyperaktivitě nebo v neklidném stavu je těžké jednotlivce zklidnit a přimět ho, aby byl potichu. Pohyby těla mohou být nedobrovolné a samovolné, schopnost soustředit se zhoršuje. V rozhovoru může být obtížné udržet nit, nemluvit příliš rychle a nenadávat. Charakteristická je také změna chování. Mnozí pacienti s mánií jsou neobyčejně společenší a laskaví. Často však porušují předpisy i svá vlastní pravidla a zvyky, chovají se rizikověji a často jsou promiskuitní. Nadměrně se těší ze zábavy, například se vyjadřují impulzivními činy, které se projevují finančními a sexuálními výstřelky s rizikem značně nepříjemných následků. Zásadní rozdíl mezi mánií a hypománií nespočívá v jejich příznacích, ty jsou v podstatě stejné, ale v jejich závažnosti s individuálním dopadem na pacienta. Jednotlivé hypomanické vlastnosti nejsou problematické. Klinický obraz se projeví, když náladu nelze kontrolovat, je nestálá a vrtkává s doprovodnými příznaky deprese. Závažnost příznaků může kolísat ze dne na den a dokonce i během dne. Chování osoby s hypomanickými relapsy je tak odlišné od normálu, že změny v náladě a chování mohou pozorovat i lidé v okolí, obvykle po dobu nejméně čtyř dnů. Jednotlivec sám si často myslí, že všechno je v nejlepším pořádku a popírá, že jeho chování je nestandardní i když související příznaky lze rozpoznat. Hypománie je spojena s tvořivostí a je známo, že mnoho úspěšných umělců mělo nějakou formu bipolární poruchy (CULLBERG, 2003).



### 3.3 Deprese

Depresivní porucha zahrnuje depresivní náladu nebo snížený zájem o téměř všechny činnosti po dobu minimálně dvou týdnů. Objevují se ještě minimálně další čtyři příznaky.

1. změna chuti k jídlu (snížená/zvýšená)
2. změna tělesné váhy
3. změna spánkových návyků
4. méně energie, potíže se soustředěním nebo nerozhodnost
5. sebepohrdání a pocity viny
6. úvahy o smrti nebo sebevražedné myšlenky

Nálada se v podstatě nemění ze dne na den, ani se nedá významně ovlivnit změnou okolností. Ostatní příznaky jsou sociální úzkost, izolace, neklid, podrážděnost, beznaděj, lhostejnost. Depresivní člověk může cítit sexuální averzi, rychle jít dolů s váhou a prožívá chronickou bolest (s nebo bez důvodu tzv. somatizace). Může se objevit únava vyplývající z minimálního úsilí a psychomotorické zábrany, které se projevují neschopností vykonávat činnosti, které dříve byly automatické. Stres a úzkost se někdy mohou projevit nekontrolovatelnými pohyby (psychomotorická agitovanost) od zkroucení rukou až po sebepoškozování. Bipolární deprese je často dlouhodobá nemoc a těžce se léčí. Trvá podstatně déle než u pacientů v mánii nebo hypomanii. V lehčích epizodách dokáže člověk fungovat lépe, ale musí se mnohem více namáhat než za normálních okolností. Psychózy se mohou objevit i v těžké depresi (CULLBERG, 2003).

## 4 PŘÍČINY

Pokud se člověk narodí s dispozicí k vytvoření bipolární poruchy, pak jejím spouštěčem může být jakákoli životní událost. Několik faktorů dohromady dokáže způsobit onemocnění a ovlivnit proces rozvinutí choroby. Tento proces se však mezi jednotlivci individuálně liší. Několik genů pravděpodobně spolupracuje. Dědičné faktory jsou důležitější i u jiných nemocí než u duševních chorob a stále více se ukazuje, že genetické příčiny jsou běžné (CULLBERG, 2003).

### 4.1 Dědičnost

Bipolární porucha sama o sobě není dědičná, ale existují určité genetické předpoklady, které mohou až desetinásobně zvýšit riziko rozvoje onemocnění u nejbližších příbuzných (rodiče, děti, sourozenci) v porovnání s lidmi, v jejichž rodině se bipolární porucha v minulosti neobjevila. Celkové celoživotní riziko u jedince, jehož jeden z rodičů trpí afektivní bipolární poruchou, je 24 %. Pokud jsou oba rodiče nemocní, je celoživotní riziko 74 %. Pro děti se zdravými rodiči je riziko na úrovni 4 %. Dvě studie ukázaly, že pokud je jedno z dvojčat nemocné, je u jeho identického dvojče třikrát vyšší riziko onemocnění nežli u dvojčete dvouvaječného (GOODWIN, 2007).

Dědičnost tohoto onemocnění se potvrdila ve studiích o genetickém vztahu k jiným duševním poruchám. Schizofrenie a bipolární porucha částečně sdílejí společné genetické základy. To vyplývá mimo jiné ze švédské studie s použitím dat z registru u dvou milionů rodin a více než 75 000 pacientů s bipolární poruchou nebo schizofrenií a jejich příbuzných. Pokud se v rodině tato nemoc vyskytuje, je riziko onemocnění pro ostatní členy rodiny zvýšené. U pacientů se schizofrenií také existuje vyšší riziko rozvinutí bipolární poruchy. Taktéž v případě, kdy příbuzní mají jedno onemocnění, je vyšší pravděpodobnost, že budou v rodině také další členové s druhou nemocí (GOODWIN, 2007).

## 4.2 Genetika

Genetický obraz bipolární poruchy je široký. Je známo, že geny řídí důležité bílkoviny v mozkových buňkách. Narušení citlivosti tohoto systému zvyšuje riziko vzniku onemocnění. Životní události v okolí jedince, které se úzce dotýkají citlivých „pilířů“ jeho života, mohou také ovlivnit vývoj onemocnění. Z biologického pohledu se geny ve svém prostředí také mění samy. Identifikace genů, které se podílí na nemoci, je obtížná z důvodu kombinace takových genů, které se pravděpodobně liší mezi rodinami (GOODWIN, 2007).

Je pravděpodobné, že mnohé geny působí společně a na „vlastní pěst“, pak mohou jen mírně ovlivnit nemoc. Nerozhodují o konečném výsledku, ale ovlivňují, jak se bude nemoc nadále vyvíjet. Existuje genetická riziková oblast, která naznačuje, že genetické příčiny deprese a bipolární poruchy jsou stejné. Pravděpodobnost přítomnosti těchto genů je výrazně vyšší u bipolární poruchy a depresivního onemocnění než u zdravého člověka. Jeden z genů, který je schopen aktivovat či deaktivovat další geny u pacientů s bipolární poruchou, je nadměrně zastoupen ve výkonné části mozku (GOODWIN, 2007).

## 4.3 Životní prostředí

Faktory životního prostředí mají velký vliv na rozvoj i průběh bipolární poruchy. To je prokázáno různými studiemi. Mnohé negativní životní události přispívají k pravděpodobnosti vzniku recidivy u epizod bipolární afektivní poruchy, podobně jako u opakující se unipolární deprese. Opakované zjištění ukazuje, že asi jedna třetina až polovina dospělých s diagnózou bipolární poruchy měla traumatické/ponižující zážitky v dětství, které jsou spojené s dřívějším nástupem nemoci, horším průběhem a dalším výskytem u onemocnění, jako PTSD (HERLOFSON, 2009).

### 4.3.1 Stres

Nemoc bipolární porucha, i relapsy se dají vysvětlit stresem - modelem zranitelnosti. Pokud máme genetické předpoklady k nemoci, je riziko onemocnění zvyšováno nejrůznějšími stresovými faktory, jako je jiná nemoc, těhotenství, porod a jiné stresující životní události jako např. rozvod, nehoda, úmrtí v rodině nebo blízkém okolí, případně sociální a psychické podmínky v dětství (WÄHRBORG, 2009).

Naše životní prostředí nás různými způsoby ovlivňuje. Rodinný/osobní život mnoha lidí je spojen se stresem a konflikty. Jiní jsou silně ovlivněni finančními nebo sociálními problémy (HERLOFSON, 2009).

Citlivost/zranitelnost je obecně vyšší v časných stádiích onemocnění. Prvními varovnými příznaky jsou náhlé deprese v dospívání nebo osobnostní problémy a s tím spojené sklony k užívání návykových látek nebo kriminalitě. S věkem se zdá, že onemocnění je méně ovlivněno prostředím. Relapsy pak nastávají spontánně a bez zjevné příčiny (WÄHRBORG, 2009).

#### **4.3.2 Spánek a rytmy**

Některé geny slouží tělu jako vlastní hodiny. Tyto „hodiny“ ovládají několik cyklických funkcí těla, jako je sekrece hormonů a chemikálií, které kontrolují krevní tlak a tělesnou teplotu. My sami si regulujeme celodenní rytmus pravidelnými aktivitami, zábavou a stravováním. Usínat a probouzet se v pravidelnou hodinu je klíčovým faktorem. Bipolárně nemocní mohou být zvláště citliví na narušení denního rytmu, což může způsobit příznaky onemocnění. Narušené spánkové cykly, jako práce na směny a tzv. „jetlag“, zvyšují riziko nových recidiv. Onemocnění je často sezónní, deprese se častěji vyskytuje na podzim, když začne být tma a naopak je více hypomanií a mánií na jaře. Hormon melatonin hraje v tomto případě velkou roli, jelikož je inhibován světlem. Melatoninový obsah je kontrolován, řídí se vnitřním denním rytmem a světlo má vliv na tento rytmus (YATHAM, 2011).

## 5 DIAGNÓZA

Diagnóza je založena na osobní anamnéze a observacích psychiatra nebo psychologa, spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky nebo blízkými lidmi. Kritéria jsou založena na typu symptomů, trvání a frekvenci. Toto je uvedeno v příručkách psychiatrie, zejména ICD a DSM. Průzkum se provádí v otevřené psychiatrické přijímací ordinaci (zda pacient neohrožuje sám sebe nebo své okolí). Nemoc se nemůže potvrdit například krevní analýzou. Testy mohou vyloučit fyzické (somatické) nemoci s podobnými příznaky, včetně nedostatku hormonů štítné žlázy a infekce, syfilis, HIV, otravu a drogovou psychózu. Další duševní poruchy, jako je schizofrenie, schizoafektivní poruchy a poruchy osobnosti mají podobné příznaky jako bipolární recidivy, zejména ADHD, což je neuropsychiatrické postižení (ALLGULANDER, 2008).

Bipolární porucha je trochu jinak popsána v ICD-10 a DSM-IV. Obě příručky mají vypracovanou podkategorii na základě epizod, počtu a druhu recidiv a posledního výskytu. Jedním z problémů je, že se jedná o statické popisy nebo momentální popisy nemoci, jejíž průběh se však neustále mění. U lidí (a bipolárně nemocných více než u ostatních) se stále mění energie a nálada, myšlenky, spánek a aktivity. Je důležité, aby lékař vyšetřil pacienta pečlivě a detailně se přitom informoval, jak se pacient projevuje ve fázi, kdy je deprese navenek nerozpoznatelná. Často se totiž ukáže, že obtížně léčená deprese je ve skutečnosti bipolární poruchou, kde však nebyly odhaleny její manické příznaky (CULLBERG, 2003).

### 5.1 Bipolární porucha

Diagnóza bipolární poruchy podle ICD-10 je diagnózou bipolární porucha I v DSM, může být diagnostikována aniž by se projevila deprese, i když je tomu tak v mnoha dalších kategoriích. Základním požadavkem v ICD-10 jsou "Opakované hypomanické nebo manické epizody." Typ I a II je v klasifikaci používán především v DSM. Tato kritéria jsou DSM, pokud není uvedeno jinak (WHO, 1992).

Společně pro diagnostiku různých typů bipolární recidivy je, že mohou být důsledkem jiných onemocnění (tzv. organické psychózy) nebo následkem farmakoterapie. Epizody v různé míře také způsobují pacientovi různá trápení nebo se nepříznivě odrážejí v jeho společenské, profesní nebo jiné důležité oblasti jeho života. Po porodu může nastat bipolární stav, tzv. poporodní psychóza (CULLBERG, 2006).

### **5.1.1 Bipolární porucha I**

Předpokladem pro tento typ je alespoň jedna manická nebo smíšená epizoda. Deprese a hypomanické epizody nejsou podmínkou, ale vyskytují se často. Jako opakující se epizody jsou označovány změny polarit y z deprese nebo interval alespoň dvou měsíců bez manických příznaků. ICD-10 vyžaduje opakující se (minimálně dvě) manické epizody (WHO, 1992).

### **5.1.2 Bipolární porucha II**

Tento typ onemocnění je charakterizován zejména jednou nebo více depresivními epizodami spolu s nejméně jednou hypomanickou recidivou. Rychlé změny nálady (smutek, podrážděnost, euforie), to jsou příznaky mánie a těžké deprese. Manické nebo smíšené epizody se dle této kategorie neobjevují (WHO, 1992).

### **5.1.3 Cyclothymia**

Cyclothymia podle DSM-IV je mírnější formou bipolární poruchy II s několika recidivami v rámci alespoň dvou let (jeden rok pro děti a dorost). Příznaky hypománie jsou méně těžké. Protipólem je deprese, jako je dystymie, která je považována za mírnější formu deprese a de facto tedy neobsahuje příznaky klasické deprese. Období bez příznaků netrvá déle než dva měsíce. Zhoršení onemocnění může být diagnostikováno jako bipolární typ I nebo II, přichází v úvahu až po dvou letech, a to v kombinaci s cyclothymií, což samo o sobě může být obtížnou překážkou v pacientově životě. Příznaky mohou být vnímány jako pouhé osobnostní rysy. Jedná se o krátké, ale časté výkyvy v sebevědomí, výkyvy emocionálních stavů nebo energetických hladin. Běžné jsou také náladové „výbuchy“. Tyto procesy jsou často automatizované - jednotlivec "se probudí na špatné straně" (DSM-IV, 2002).

## 5.2 Smíšené epizody

V kombinované bipolární epizodě se vyskytují příznaky mánie a deprese ve stejnou dobu v časovém rozmezí nejméně jednoho týdne, přičemž v rámci tohoto časového úseku jsou kritéria pro manické epizody a depresivní epizody pozorovatelné skoro každý den. Podle NIMH v USA jsou časté příznaky: neklid, nespavost, velké změny v chuti k jídlu a sebevražedné myšlenky. Osoba může cítit velký smutek, beznaděj a zároveň být velmi energická (WHO, 1992).

Další definice (Dr. S. Hagop Akiskal) zní: „Souběžné manické a depresivní příznaky, bludy, halucinace, energetický deficit nebo hyperaktivita, stejně jako těžká úzkost“. Určení diagnózy je komplikované, jelikož mánie nebo deprese mohou také obsahovat opačné charakteristické příznaky, a to zejména ve fázích, kdy se cykly mezi relapsy a normálním režimem mění. ICD-10 předpokládá předchozí potvrzenou bipolární epizodu, a také to, že pacienti pocítují kombinaci nebo rychlé střídání manických a depresivních příznaků (WHO, 1992).

## 5.3 Rychlé cykly

Pacienti s bipolární poruchou mají v průměru 0,4 až 0,7 recidiv za rok, které trvají tři až šest měsíců. Jedná se o tzv. rychlé cykly (rychle se měnící afektivní porucha nebo rychlý nástup snižujících stavů). Pacientův stav se neobyčejně rychle mění mezi mánií a depresí. Během jednoho roku se objevují nejméně čtyři bipolární recidivy a často jich je více. Při ultra rychlých cyklech se pak nálady mohou prudce změnit několikrát během jednoho dne. Mezi epizodami se žádné symptomy nevyskytují nebo to je změna směru na opačnou polaritu v novém relapsu. Tyto výkyvy se obvykle vyvíjejí v pokročilém stadiu bipolární poruchy, ale v tomto názoru nejsou vědci zcela jednotní. Takový vývoj by mohl být důsledkem léčby, obzvláště následkem užívání antidepresiv, která mohou urychlit přirozený průběh onemocnění (RAMIREZ, 2006).

## 5.4 Unipolární deprese

Bipolární porucha obnáší deprese a protikladem je mánie a hypománie. Unipolární deprese takový manický (nebo hypomanický) protipól postrádá. Režim nemoci je buď depresivní fáze nebo normální zdravý stav. V praxi termín neznamená nic víc než nepolární depresi. Unipolární deprese postihuje dvakrát více žen než mužů. Příčina této

skutečnosti je neznámá. K rozdílům mezi pohlavími dochází v období dospívání. Zajímavostí je, že v dětském věku je deprese častější u chlapců. Hlavním cílem rozdělení klasifikace bipolární a unipolární poruchy bylo, aby se rozlišily varianty opakovaných poruch nálady. V DSM a ICD je bipolární porucha zcela oddělena od všech ostatních poruch nálady, tedy depresí. Unipolární deprese je stejně často opakovaná jako u bipolární poruchy. Vztah je silnější, když unipolární deprese začíná v raném dětství. Dalšími významnými podobnostmi je přítomnost mánie v rodinné historii, a to, jakým způsobem pacienti reagují na léčbu s lithiem (BLUME, 2008).

Rozdíly, které byly zjištěny při srovnávání bipolární a unipolární deprese, ukazují, že u unipolárních pacientů se depresivní recidivy opakují méně často a jsou delšího trvání. Nemoc se vyvíjí v pozdějším věku. Osobnost je změněná, introvertní, ale méně impulzivní. Chuť k jídlu je menší, dochází k většímu úbytku hmotnosti. Somatických potíží přibývá a pacient je náchylnější k úzkosti a bolesti (BLUME, 2008).

## **5.5 Bipolární porucha, bez bližší specifikace**

*Bipolar Disorder, NOS*, je souhrn diagnóz podle DSM-IV. Nálada se může například rychle měnit mezi různými dny, ale příznaky nejsou natolik dostačující, aby mohly být diagnostikovány jako manické, hypomanické nebo depresivní epizody. Dalším určujícím faktorem je, když hypomanická epizoda a chronické depresivní příznaky nejsou dostatečně časté, aby mohla být určena cyclothymia (MAJ, 2002).

## **5.6 Akiskal**

Hlubší rozdělení podle akiskala je rozsáhlejší diagnostický systém, který může být použit, když jsou kritéria DSM příliš úzká. Výzkumník Dr. S. Hagop Akiskal má kromě typu I a II, klasifikovaný typ II ½ (depresivní epizody a cyclothymia), typ III (deprese, dystymie, mánie vyvolaná léky), typ IV (hypertymie, deprese), smíšené stavy (simultánní manické a depresivní příznaky; psychotické příznaky, abnormální motorické aktivity, úzkost) (MAJ, 2002).



## 6 PÉČE A LÉČBA

Bipolární porucha se nedá vyléčit, ale při správné léčbě je prognóza vývoje dobrá. Psychiatrie používá několik typů léků, aby zabránila novým relapsům nebo, aby prodloužila dobu klidu než k relapsům opět dojde. Akutní léčba by měla být věnována probíhajícím recidivám. Konzultační verbální podpora a psychoterapie je často kombinována s léky. Svépomoc je metodou, která může snížit stres, samozřejmě v kombinaci se správnou výživou a cvičením. Zároveň probíhá léčba jiných onemocnění, které se u pacienta vyskytují, a to včetně závislostí. Závažné mánie a deprese je někdy nutné léčit v rámci hospitalizace. K hospitalizaci obvykle dochází na vlastní žádost pacienta, ale pokud hrozí, že by mohl být pacient nebezpečný sám sobě nebo svému okolí, pak může být hospitalizován i nedobrovolně. ECT je ve Švédsku legální a může být stanovena v případech, kdy jiná léčba selhala. Nedostatek spánku je důležitým příznakem onemocnění, také ovšem aktivuje manickou epizodu (HÄGGSTRÖM, 2010).

### 6.1 Význam léčby

Je velmi důležité, aby se pacientovi dostalo včasné a vhodné léčby, jelikož onemocnění jinak obnáší velkou sociální a zdravotní zátěž. Riziko sebevražedných pokusů a sebevražd je zvláště vysoké v depresi. Při manické epizodě mohou být z nedostatku úsudku a hyperaktivity zničené velké ekonomické a sociální hodnoty (NORDENG, 2009).

Je důležité, aby byl pacient chráněn proti opětovnému výskytu onemocnění. Do toho se řadí:

- preventivní farmakoterapie
- znalost časných příznaků relapsu
- podpora rodiny a další životní faktory
- dobré komunikační a dovednosti při řešení problémů
- dobrý kontakt se zdravotním personálem

Velký důraz je kladen na preventivní farmakoterapii. Ta by měla být zahájena co nejdříve po vypuknutí nemoci a vhodně přizpůsobena potřebám pacienta. Preventivní farmakoterapie je možná na psychiatrických klinikách nebo psychiatrických ambulancích. Ve Švédsku jsou na několika místech také specializované psychiatrické léčebny se zaměřením na bipolární afektivní poruchu a nepoddajnou depresi (NORDENG, 2009).

Farmakologická léčba bipolární poruchy je téměř vždy celoživotní a průběžná i během období bez příznaků nemoci. Při profylaktické (preventivní) léčbě se používají náladově stabilizační léky, zejména lithium, Lamotrigin a Valproat. Poslední dva jmenované jsou antiepileptické léky, které jsou také účinné v léčbě bipolární poruchy. V kombinované terapii se používají antidepresiva a antipsychotika. Lithium - lék, který byl představen v roce 1950, je obvykle první volbou léčby. Látka (přírodní sůl) zabraňuje manickým a smíšeným stavům, ale má menší profylaktický účinek na deprese. Jako jediná látka snižuje ověřitelné sebevražedné sklony v akutní mánii. Efekt lithia je velmi dobře dokumentován, ale jeho léčebný mechanismus není zcela známý. Výzkum dokazuje, že lithium podporuje hippokampův růst - ovlivňuje tedy tu část mozku, která se rychleji zmenšuje u bipolárních poruch než u ostatních. Látka také snižuje zánět mozku, úpravou metabolismu omega-3 mastné kyseliny zvané DHA. Lithium také působí preventivně na chorobný proces, snižuje závažnost a frekvenci cyklů. První antiepileptikum, které se začalo používat, je Lamotrigin. Zabraňuje depresi lépe než lithium a je jediným zástupcem v monoterapii, který brání typům nemocí s rychlými cykly. Valproát se používá v téměř stejném rozsahu jako lithium a je účinný proti mánii, ale reaguje pozitivně jen na některé depresivní znaky: impulzivnost, podrážděnost a pocit nepohodlí, což jsou příznaky, které často vedou k sebepoškození a sociálnímu postižení. Neléčené nebo nesprávně léčené závažné epizody trvají tři až devět měsíců. Se správnými léky symptomy odezní po jednom až dvou měsících. Všechny léčebné prostředky mají nejrůznější vedlejší účinky. Některá antiepileptika, včetně Lamotriginu a Valproátu, mírně zvyšují riziko sebevraždy. Vedlejší účinky se léčí tak, aby preventivní léčba byla tolerována i v období bez příznaků. Přerušování léčby bez vědomí lékaře obnáší velké riziko recidivy, které může způsobit dlouhodobé poškození. Potřeba nových léků je obrovská, ale výzkum a vývoj takových léčiv je komplikovaný, jelikož příčiny onemocnění jsou v podstatě neznámé (LINGJAERDE, 2005).

## 6.2 Preventivní farmakoterapie

Farmakoterapie se v první řadě zaměřuje na snížení výkyvů v náladě a na prevenci relapsu. Mezi nejčastější léky patří tzv. stabilizátory nálady.

- Lithium, například Lithionit
- Valproat, jako Absenor a Ergenyl Orfiril
- Lamotrigin, jako Lamotrigin
- Karbamazepin, jako Tegretol.

Existují studie, které uvádějí, že antipsychotika, tzv. neuroleptika, mohou být použita ke stabilizaci nálady. Příklady těchto léků a přípravků jsou: Abilify, Risperdal, Seroquel, Zeldox a Zyprexa. Tyto léky se běžně používají v kombinaci s lithiem nebo Valproatem (LINGJAERDE, 2005).

Často je pro získání kontroly nad náladou zapotřebí hned několika různých léků. Je také nezbytné, aby pacient pravidelně docházel na kontroly k psychiatrovi nebo k psychiatrické sestře (NORDENG, 2009).

### 6.2.1 Léčba lithiem

Lithium je prvek, který se vyskytuje v malých množstvích v přírodě. Lék používaný ve Švédsku se nazývá Lithionit a v současnosti je nejosvědčenějším lékem ke snížení kolísání nálady mezi mánií a depresí (LINGJAERDE, 2005).

Dávka je stanovena na základě měření koncentrace lithia v krvi. Nejdůležitější je určit správnou dávku, aby byl dobrý účinek a zároveň, aby nežádoucí účinky byly minimální. Najít správnou dávku může být těžké a časově náročné. Někdy to může trvat i několik měsíců či let (LINGJAERDE, 2005).

### Nežádoucí účinky lithia

Většina pacientů snáší léčbu tímto medikamentem bez větších komplikací. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří řídká stolice, třes rukou, nevolnost a zvýšená produkce moči (močopudnost). Problémy jsou spojené s koncentrací lithia v krvi. Proto je velmi důležité měření hladiny lithia v krvi během probíhající léčby (LINGJAERDE, 2005).

Po dlouhodobé léčbě se mohou objevit další nežádoucí účinky, jako:

- třes rukou
- příbytek na váze
- postižení štítné žlázy
- více močení

Třes v rukou může být často pocíťován jako handicap, ale má tendenci se postupně snižovat.

Lithium někdy brání produkci hormonů štítné žlázy a tím zhoršuje metabolismus. Pacient tak následně musí užívat lék s hormonem štítné žlázy Levaxin. Tato doprovodná léčba obvykle nepředstavuje žádné problémy (LINGJAERDE, 2005).

Příbytek na váze se projeví u méně než jednoho z pěti pacientů. Přírůstkem na váze lze předejít úpravou stravování a zařazením fyzických aktivit. Pacient více močí, protože ledviny nejsou schopny zpracovat moč stejně dobře jako před léčbou lithiem. Pro některé to může být velký problém. Potíže lze odstranit snížením dávky lithia, nebo je možné nasadit léky s protiúčinkem. Vážné poškození ledvin je velmi vzácné (LINGJAERDE, 2005).

### **Deprese navzdory léčbě**

I když léčba vede k normálnímu stavu nálady, je možné, že pacient pocíťuje depresi a nedostatek kreativity. Toto je velmi důležité prodiskutovat s lékařem, aby se společně zjistilo, jaké jsou zisky a ztráty z léčby. Někdy může mírné snížení medikace dávky nebo kombinace s jinými léky pomoci s těmito potížemi (LINGJAERDE, 2005).

### **Lithium Léčba a těhotenství**

Existuje jen velmi malé riziko, že léčba lithiem způsobí srdeční vady plodu, (toto riziko je opravdu neobvyklé). Při léčbě je ale nutné zvážit na jedné straně bezpečnost matky a dítěte, oproti vážným relapsům, které jsou v důsledku pro dítě také rizikové. Po třech měsících těhotenství se snižuje riziko fetální tísně. Léčba lithiem během těhotenství vyžaduje časté lékařské prohlídky (LINGJAERDE, 2005).

## **Odběr vzorků v průběhu léčby**

Během léčby je pravidelně kontrolována koncentrace lithia v krvi, stejně tak je monitorována funkce štítné žlázy a ledvin, jakož i celkový zdravotní stav. Kontrola krve probíhá třikrát až čtyřikrát ročně. Kontroly by měly být prováděny na psychiatrických klinikách. V případě, že nemoc není komplikovaná a léčba probíhá dobře, měl by pacient navštívit svého psychiatra alespoň jednou za rok. V opačném případě musí být v kontaktu s psychiatrem častěji (LINGJAERDE, 2005).

Lithium se dostává z těla skrz ledviny. To znamená, že poruchy rovnováhy vody a soli také ovlivňují hladinu lithia. Takové potíže nastanou při silném pocení, vysoké horečce, velké sportovní zátěži, průjmu, změnách ve stravování a při chirurgickém zákroku (operace). Proto je při léčení lithiem důležité, aby byly kompenzovány ztráty tekutin konzumací většího množství tekutin. Takový případ může nastat, když pacient pobývá v teplejším klimatu, které způsobuje, vyšší míru pocení než obvykle (LINGJAERDE, 2005).

Příliš vysoká hladina lithia je vždy vážná. Příznaky se skládají z rostoucí ospalosti, lenosti, potíže se soustředěním, svalové slabosti, těžkých třesů rukou, nezřetelné řeči, nevolnosti, průjmů a bolesti břicha. Při přítomnosti těchto příznaků je nutné okamžitě vyhledat lékaře (LINGJAERDE, 2005).

### **6.2.2 Antidepresiva a antipsychotika**

Pokud se navzdory léčbě lithiem objeví mánie nebo deprese, je potřeba přidat jiné léky. Deprese se léčí antidepresivy, jako je Cipralex, Cipramil, Cymbalta, Eflexor, Klomipramin, Remeron, Seroxat a Zoloft. Manické příznaky mohou být potlačeny některými výše uvedenými antipsychotiky (LINGJAERDE, 2005).

### **6.2.3 Antiepileptika**

Trpí-li pacient bipolární poruchou a má depresi, která je léčena antidepresivy, je zároveň důležité začlenit do léčby lithium nebo antiepileptika, na stabilizaci nálady. Jinak hrozí riziko, že deprese přejde do mánie. Zvýšené riziko se pohybuje od několika až do deseti procent (LINGJAERDE, 2005).

#### **6.2.4 Nežádoucí účinky antidepresiv, antipsychotik a antiepileptik**

Nežádoucí účinky antidepresiv se liší v závislosti na přesném druhu léku který je používán, jak velkou dávkou pacient užívá a jak je na ni citlivý. Proto je důležité poradit se s lékařem. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou nespavost, bolesti hlavy, sucho v ústech, nevolnost a únava. U některých léků se mohou vyskytovat vedlejší účinky sexuálního typu, včetně přechodné impotence nebo obtíží dosáhnout orgasmu (LINGJAERDE, 2005).

Neuroleptika mohou vyvolat únavu a ztuhnutí svalů. V takovém případě je obvykle dávka příliš vysoká. Opět platí, že nežádoucí účinky se liší v závislosti na citlivosti a jsou individuální (LINGJAERDE, 2005).

### **6.3 Možnosti terapie**

V kombinaci s farmakoterapií se používá psychoterapie (jako kognitivně - behaviorální terapie) s účelem pomoci nemocnému vyrovnat se s náladovými výkyvy. Recidivy často zanechávají vážné citové rány a rozvrácené osobní vztahy (CULLBERG, 2003).

Návrat do sociálního a pracovního života je pro některé pacienty velmi obtížný. Někdy je nutná spolupráce se sociální službou nebo s jinými úřady. Školení rodin a přátel usnadňuje rozpoznání brzkých příznaků nemoci a tím napomáhá včasné pomoci (BRUNT, 2005).

#### **Elektrokonvulzivní terapie, ECT**

Elektrokonvulzivní terapie působí proti depresi i mánii. Jedná se o léčbu nízkou/malou dávkou elektrického proudu, který je veden do mozku a provádí se v narkóze. Proud spustí krátkodobé záchvaty, které ve většině případů způsobí poměrně rychlé vymizení příznaků onemocnění (SCOTT, 2005).

Někteří pacienti mohou pociťovat nežádoucí účinky, jako jsou občasné výpadky paměti a bolesti hlavy. Výskyt nežádoucích účinků je obecně vzato malý, jejich projevy jsou mírné a přechodné. Někdy (ale to je velmi vzácné) se může stát, že se porucha paměti prodlouží (SCOTT, 2005).

## **Psychoterapie**

Psychoterapie při léčbě bipolární afektivní poruchy hraje v mnoha případech velmi důležitou roli. Psychoterapeutická léčba pomáhá zpracovat minulé zkušenosti a osobní potíže, které mohou spustit nebo udržovat afektivní poruchu (ABRAHAMSSON, 2007).

V posledních letech se vyvinula zvláštní forma psychoterapie, kognitivní psychoterapie. Obvykle pracuje s vědomými myšlenkami a pocity a je založena na tom, co si člověk myslí o sobě samém, také o svém okolí a své budoucnosti. Pacient spolu s terapeutem zkoumá, jak tento pacientův pohled na svět ovlivňuje jeho psychický stav a nemoc. Kognitivní psychoterapie ve skupině se ukázaly být skoro stejně dobré, jako individuální sezení s terapeutem. Výhodou je, že se pacienti setkávají s dalšími lidmi s podobnými problémy, a že skupinová terapie umožňuje mnohem více lidem zúčastnit se psychoterapie (SIGRELL, 2000).

Kognitivní terapie je založena na předpokladu, že se učíme určité myšlenkové vzory na počátku života. Pokud jsou tyto modely špatné/nefunkční, může to mít za následek onemocnění nebo progresi onemocnění. Cílem léčby je změnit myšlenkové vzorce tak, aby v budoucnosti fungovali lépe a tak podpořily pacientovo zdraví (KÁVER, 2006).

Je rovněž důležité naučit se rozpoznat a řídit první příznaky opakování onemocnění. Terapie také zahrnuje různé metody, které mají napomáhat tomu, aby pacient lépe zvládal příznaky onemocnění, stres a řešení problémů (ABRAHAMSSON, 2007).

## **Psychopedagogika**

Psychopedagogika je terapie - nauka, kde se pacienti (a jejich blízcí) učí porozumět nemoci a jak se k nemoci postavit. Pro lidi s bipolární poruchou nebo jejich blízké, může být velmi užitečné poznat se s jinými lidmi, kteří jsou v podobné situaci. Během skupinových sezení k tomu je šance. Cílem je, aby každý nemocný a jeho blízcí získali větší znalosti o příčinách, příznacích a léčbě nemoci. Také se školí v rozpoznávání prvních příznaků recidiv a jak se v tomto případě zachovat (BRUNT, 2005).

Skupinová setkání jsou obvykle velmi pozitivní a vedou téměř vždy ke zmírnění stresu v rodinách. Metoda je praktikována v mnoha psychiatrických klinikách. Různé formy podpůrných skupin existují také v rámci organizace pacientů. Někdy rodina potřebuje další podporu. V mnoha obcích-krajích může zdravotnické zařízení také nabídnout individuální podporu rodině, kde se spolu naučí lepšímu kontaktu, komunikaci a vedení dialogu mezi nemocným a příbuznými (FÄLTH, 2010).

## **6.4 Riziko recidivy**

Většina lidí, kteří poprvé onemocní mánii, má recidivu. Díky užívání preventivních léků, dobré znalosti příznaků a spoluprací s terapeutem a rodinou je možné riziko recidivy podstatně snížit (RAMIREZ, 2006).

Pokud jedinec poprvé onemocní depresí, je otázka relapsu komplikovanější. Jelikož se deprese často mění v bipolární afektivní poruchu, nedá se s jistotou předpovědět, u koho dojde k recidivě, ale riziko je větší, když se v rodině nemocného již bipolární nemoc objevila (HÄGGSTRÖM, 2010).

### **6.4.1 Prevence relapsů**

Existuje celá řada činností, které mohou recidivám zabránit. Tyto činnosti může pacient vykonávat sám nebo s pomocí rodinných příslušníků.

Riziko vzniku recidivy zvyšuje:

- nadměrná konzumace alkoholu
- nepravidelný spánek
- nepravidelný denní režim
- stresující životní události
- rodinné konflikty

První tři rizikové faktory může pacient sám ovlivnit. Nejen pacientův osobní přístup, ale také pomoc rodiny a dalších blízkých je důležitým faktorem, který pomáhá minimalizovat projevy nemoci a je důležitým zdrojem podpory (WÄHRBORG, 2009).



Řešení rodinných konfliktů a konfliktních vztahů je vždy obtížnější. Existují metodické postupy, které naučí pacienta a jeho blízké lepší komunikaci a řešení jejich konfliktů. Tato metodika, v současné době spadá do rámce léčby bipolární poruchy (FÄLTH, 2010).

Pokud se objeví symptomy, je dobré, aby se pacient pokusil snížit stres a v případě poruchy spánku, po dobu několika dnů užíval léky na spaní. Včasné vyhledání psychiatra pomůže zamezit případnému zhoršení nemoci. Tímto způsobem je možné zabránit závažnějším relapsům a případné zdravotní péči v nemocnici (NORDENG, 2009).

Projevy mánie i deprese mohou být tak závažné, že postižení potřebují nemocniční péči. V některých případech může deprese narušit pacientův běžný režim a zvládání jednoduchých denních úkonů jako je stravování a udržování osobní hygieny je pak pro pacienta velmi obtížné. Ve velmi závažných případech je riziko sebevraždy velké. V mánii to může znamenat, že člověk začne být hyperaktivní a agresivní, stane se nebezpečným sám sobě nebo svému okolí. V takových případech je péče v nemocnici nezbytná, obvykle je to na psychiatrické klinice (OTTOSSON, 2010).

## **Organizace**

Ve Švédsku existují na mnoha místech podporující a informační organizace pro pacienty s bipolární poruchou. Organizace poskytují poradenskou činnost nejen pacientům, ale také jejich rodinám a přátelům. Činnost organizací je založena zejména na skupinových sezeních, kde pacienti se stejnou chorobou mohou sdílet své zkušenosti, budovat nové sítě a poskytovat si navzájem psychickou podporu (BRUNT, 2005).

### **6.4.2 Dieta a zdraví**

Riziko recidivy se snižuje se stabilním denním režimem, zatímco stres má opačný účinek. Pomocnými metodami je relaxační cvičení, jóga a meditace. Jako prevence vzniku recidiv se doporučuje pravidelný pohyb a zdravá výživa (KROESE, 2008).

Často pomáhá také světelná terapie, ale není doloženo, zda je při ní dosahováno lepšího efektu než u tzv. placebo-světelné terapie (s "falešným světlem"). Alkohol a drogy negativně ovlivňují mozek a jejich nadměrná konzumace je zvláště nebezpečná v kombinaci s léky. Je zvláště důležité, aby byl pacient obeznámen s riziky, které mohou při tomto onemocnění vznikat v souvislosti s nezdravým životním stylem a tato rizika nepodceňoval, protože frekvence recidiv a závažnost příznaků časem narůstá a riziko poškození kognitivních funkcí se zvyšuje s každou recidivou bipolární poruchy (ABRAHAMSSON, 2006).

### **Omega-3**

Dokosaheptaenová kyselina je omega-3 mastná kyselina, která je nezbytná pro funkci mozku. Mnoho psychiatrů v USA proto doporučuje při farmakologické léčbě také pravidelný příjem omega-3 mastných kyselin v podobě potravinových doplňků, protože se mastné kyseliny nevytváří v organismu a musí být dodávány ve stravě. Hojně zastoupeny jsou v tučných rybách, jako je losos a sled. Omega-3 mastné kyseliny pomáhají pouze při prevenci deprese nikoli mánie (ABRAHAMSSON, 2006).

## 7 PROGNOZA

Neléčená bipolární porucha může vést až k invaliditě. Recidivy mají tendenci zhoršovat se a jejich léčba je pak obtížnější. Více ohroženi jsou pacienti, u kterých se nemoc projevila před devatenáctým rokem života. Většina nemocných, kteří se léčí na urgentních psychiatrických odděleních, trpí bipolární poruchou. Bipolární porucha typu II může zahrnovat stejně těžké deprese jako typ I, ale poměrně vzácně se vyvine na typ I s opravdu těžkými mániemi. Nemoc svými projevy ovlivní kvalitu pacientova života, jeho produktivní část se zkrátí až o 14 let (ARVIDSSON, 2006).

Mezi jednotlivými recidivami nemoci fungují pacienti normálně, nebo téměř normálně. Mnoho z nich žije bez příznaků dlouhou dobu, léčba je obecně potřeba právě k tomu. Nicméně, většina pacientů s bipolární poruchou prodělá dříve nebo později relaps, což umožňuje dostatek času na pozorování. Průběh onemocnění se úplně zastaví u jedné třetiny pacientů s bipolární poruchou. Přibližně stejný počet získá zpět všechny funkční schopnosti. Zhruba 20 % pacientů však musí žít s chronickými symptomy a asi 30 % pacientů se stane sociálně nebo pracovně neschopnými. Pro 50 % nemocných představuje onemocnění překážku v práci, ve společenském nebo rodinném životě (20 % má problémy ve všech třech oblastech) (RAMIREZ, 2006).

Předpokladem příznivé prognózy je určení správné diagnózy a vhodná léčba. Proces komplikují jiné choroby, jejichž symptomy jsou podobné. Nemoc zahrnuje mnoho různých fází a symptomů, které se přitom u každého člověka projevují jinak. Dominantní charakter příznaků se někdy potvrdí až po delší době, což lékařům značně komplikuje včasné rozpoznání nemoci a pacientovi se pak nedostává adekvátní pomoci. Pacient může přitom do určité míry sám ovlivňovat průběh své nemoci. Nermalou roli přitom sehrává vztah pacienta a lékaře. Důvěra z pacientovy strany na straně jedné a odpovědný přístup lékaře a dobrá znalost pacientovy situace na straně druhé, jsou důležité zejména při správné volbě léků a jejich dávkování. Povědomí pacienta o nemoci, jejích symptomech a průběhu pomůže pacientovi včas rozpoznat její první příznaky, mezi které patří např. změny spánkového režimu - obvyklé první náznaky počátku recidivy (BERK, 2009).

## 7.1 Sebevražda a sebevražedné pokusy

Neléčená bipolární porucha obnáší pro pacienta několik ztracených let života v důsledku somatických onemocnění, v krajním případě může vést i k sebevraždě. Odhadovaná úmrtnost u bipolárních a unipolárních pacientů je 2-3krát vyšší než očekávaná úmrtnost ve zdravé populaci. Sebevražda je jedním z nejdůležitějších faktorů. Dalšími důležitými faktory, kteří přispívají k vyšší úmrtnosti, je zvýšené riziko srdečních onemocnění, dále to jsou nepřímé následky psychózy (jako podvýživa, vyčerpání), tabák, alkohol a jiné návykové látky. Správná léčba dokáže snížit úmrtnost u pacientů s bipolární poruchou na úroveň srovnatelnou s úmrtností u zbytku populace jako celku (HULTÉN, 2000).

U bipolární poruchy je procento uskutečněných sebevražd nebo sebevražedných pokusů vysoké. Zvýšené celoživotní riziko sebevražd pacientů s bipolární poruchou se dříve odhadovalo na 10-25 %. V dnešní době je toto riziko podstatně nižší, pohybuje se okolo 5 % u pacientů, kteří nebyli hospitalizováni. Neměl by však zůstat opomenut fakt, že i přes dosažené příznivé výsledky, je riziko sebevražd u mladých lidí v počátcích onemocnění nadále značně vysoké. V porovnání s bipolární a unipolární depresí je podíl sebevražd u pacientů s bipolárním typem II nejvyšší. Potenciál sebevraždy je vyšší v souvislosti s depresí, která se u typu II projevuje častěji než u typu I (HULTÉN, 2000).

Sebevražda je nejčastější příčinou úmrtí mužů ve věkové skupině 35-40 let. Příčinou sebevraždy jsou často deprese, vážná krizová reakce, psychózy, neurózy, alkoholismus či drogová závislost (HULTÉN, 2000).

Zranění vlastním přičiněním (z vlastní vůle) je hlavní příčinou úmrtí u lidí mezi 15-59 let v zemích s vysokými příjmy, což je 7,2 % z celkové úmrtnosti (v ostatních zemích se jedná o 4 %). Globálně, pro všechny věkové kategorie a příjmové skupiny, jsou zranění způsobená vlastní vinou (vůlí) šestnáctou nejčastější příčinou úmrtí a představují 1,4 % z celkové úmrtnosti (BLUME, 2008).

Pokus o sebevraždu lze definovat jako akt sebepoškození vedený s cílem ukončit vlastní život, který však nevedl k usmrcení. Při posuzování rizika sebevraždy, je důležité nejen probrat případné riziko s rodinnými příslušníky, ale také položit přímé a nepřímé otázky ohledně touhy po smrti nebo sebevražedných myšlenek přímo pacientovi (BESKOW, 2005).

Běžné příčiny vedoucí k sebevražedným úvahám nebo přímo činům jsou sebenenávist, sebepohrdání nebo sebepoškozování a sebetrestání. Podklad k tomu může být shazování a porušování sebeúcty. Často spáchají sebevraždu ti, kteří ztratili všechny vztahy s ostatními. Záměrem pokusu o sebevraždu je často „pouhá“ snaha ovlivnit ostatní, ne se usmrtit. U depresivních lidí se často objevuje silná, ale umíněná zvrácená agrese, zaměřená na sebe. Často se stává, že pacient o sebevraždě mluví, plánuje jí a pak jí uskuteční (BESKOW, 2005).

S pomocí anamnézy si vytvoříme obrázek o dotyčném, jeho charakteru, zda má tendence k agresivitě, zda je odtazitý a nemá důvěru ke svému okolí a jaká je jeho životní situace (BJÖRKDAHL, 1999).

Je důležité nadále monitorovat sebevražedné tendence, i když jsou pacientovy deprese na ústupu a vrací se do normálu (HULTÉN, 2000).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb (BOROŇOVÁ, 2010).

Klientem, kterého můžeme zařadit do ošetřovatelského procesu, může být jednatel, rodina či komunita. Ošetřovatelský proces ovlivňuje, zahrnuje rozeznávání pacientových potřeb v oblasti ošetřovatelské péče. Vždy se zaměřujeme na osobu jako na komplexní celek a vždy musíme ke každému pacientovi přistupovat individuálně (BOROŇOVÁ, 2010).

Na základě mých předchozích zkušeností jsem zvolila školní vzorový ošetřovatelský proces 12 na kterém nejlépe dokážu zpracovat potřebné informace.

### 8.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: G. P.

Pohlaví: žena

Datum narození: 8. 2. 1943

Věk: 68 let

Adresa bydliště a telefon: XX

Adresa příbuzných: XX

Rodné číslo: xxxxxx/xxxx

Vzdělání: gymnázium zaměřené na sociální vědy

Stav: svobodná

Datum přijetí: 12. 7. 2011

Oddělení: 53

Číslo pojišťovny: xxxx

Zaměstnání: invalidní důchod od roku 1997

Státní příslušnost: švédská/Švédské království

Typ přijetí: urgentní

Ošetřující lékař: xxxxxxxxxxxx

## **8.2 Důvod přijetí udávaný pacientem**

Pacientka přichází z důvodu celkové psychické i fyzické skleslosti/slabosti. Pacientka dále uvádí, že se její stav v průběhu posledních dvou týdnů neustále zhoršuje. Stěžuje si na prohlubující se deprese a apatii doprovázené psychotickými zážitky ve formě hlasových halucinací. Pacientka nedokáže rozlišit, co ji hlasy říkají, ale má velký strach usnout, jelikož halucinace se dostávají právě ve chvílích odpočinku. Z tohoto důvodu pacientka několik posledních nocí téměř nespala, cítí se vyčerpaná a má obavy, že současnou situaci již nadále nedokáže zvládat. Pacientka také uvádí, že si při vrtání v bytě pár pater pod ní, myslela, že ji chce někdo ublížit a chce si vyvrtat díru do její kuchyně, aby se k ní dostal. Pacientka se bojí pohybovat po bytě, s jednoho pokoje do druhého a tak nežívala ani své léky. Pacientka nemá sebevražedné myšlenky ani plány na sebevraždu.

## **8.3 Medicínská diagnóza hlavní**

F31.5 Bipolární porucha, těžká depresivní epizoda s psychotickými symptomy.

## **8.4 Medicínská diagnóza vedlejší**

E119 Diabetes mellitus typ 2.

**Tabulka 1 - Vitální funkce při přijetí**

<b>TK:</b> 130/80 hg	<b>Výška:</b> 160 cm
<b>P:</b> 95	<b>Hmotnost:</b> 70 kg
<b>D:</b> 29	<b>BMI:</b> 27,3
<b>TT:</b> 36,6	<b>Pohyblivost:</b> neomezená
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí, orientovaná	<b>Krevní skupina:</b> B Rh -

### **8.5 Nynější onemocnění**

Pacientka přichází na urgentní psychiatrický příjem v doprovodu své dcery. Jako důvod uvádí zhoršující se halucinace, bludy paranoidního charakteru a deprese. Pacientka v posledních dnech nežívala své léky, které jí byly předepsány v rámci dřívější ambulantní péče.

F31.5 Bipolární porucha, těžká depresivní epizoda s psychotickými symptomy

### **8.6 Informační zdroje**

Výpověď pacientky, její dcery a personálu na urgentním příjmu, dokumentace.

### **8.7 Anamnéza**

#### **Rodinná anamnéza**

Matka - neudává

Otec - neudává

Sourozenci - neudává

#### **Osobní anamnéza**

Překonaná klasická dětská onemocnění. Jinak pacientka neprodělala žádná vážnější onemocnění.

Úrazy žádné nebyly.



Transfúze do teď nebyly podány žádné.

Očkování byla provedená klasická povinná. Jiná očkování nad rámec normy pacientka neuvádí.

Diabetes mellitus typ 2, léčená tabletovou formou.

Srdeční insuficience, léčená diuretika.

### Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Burinex	Tabl.	1 mg	2-0-0	Diuretikum
Spiroinolakton	Tabl.	50 mg	1-0-0	Diuretikum
Lithionit	Tabl.	42 mg	1-0-1	Antipsychotikum
Lamotrigin	Tabl.	100 mg	2-0-2	Antiepileptikum
Zyprexa	Tabl.	5 mg	0-0-1	Neuroleptikum
Zopiklon	Tabl.	5 mg	0-0-1	Hypnotika
Mirtazapin	Tabl.	30 mg	0-0-1	Antidepressivum
Abilify	Tabl.	10 mg	1-0-1	Antipsychotikum
Cilaxoral	Kapky	7,5 mg/ml	10-15 kap. dle potřeby	Laxantia
Oxascand	Tabl.	5 mg	1 tabl dle potřeby, max. 3x denně	Anxiolytikum
Laktulos Apelsin	Kapky	670 mg/ml	10-15 kap. dle potřeby	Laktulos
Imodium	Tabl.	2 mg	1 tabl. dle potřeby max. 8 tabl. denně	Antidiarrotikum

## **Alergologická anamnéza**

Citlivá na Sulfonamid a Trimetroprim

## **Abúzy**

Alkohol: pacientka požívá alkohol pouze příležitostně

Kouření: ano, přibližně 20 cigaret denně

Káva: ano, přibližně 3 kávy denně

Léky: léková anamnéza

Jiné drogy: žádné

## **Gynekologická anamnéza**

Menopauza: 1999

Poslední gynekologická prohlídka: 01. 02. 2011

## **Urologická anamnéza**

Pacientka trpí inkontinencí a nykturií.

## **Sociální anamnéza**

Stav: svobodná

Bytové podmínky: pacientka žije sama v bytě.

Vztahy, role a interakce v rodině: Pacientka má dceru, se kterou má velmi dobrý vztah. Mimo rodiny má pacientka velmi úzký sociální okruh známých. Jako jedinou blízkou osobu uvádí svou sousedku, se kterou udržuje přátelský vztah.

Záliby: Pacientka chová kočku a psa, pravidelně dochází do kostela, občas navštěvuje jeptišky a ráda cestuje.

## **Pracovní anamnéza**

Pacientka dříve pracovala jako sekretářka, od roku 1997 je v invalidním důchodu.

## **Hlava a krk**

Ze subjektivního hlediska:

„Bolesti hlavy nemívám, ale občas pociťuji závratě. Při závratích občas vidím mlhavě. V průběhu vyšetření jsem viděla dvojité. Používám brýle na dálku. Mám oteklá víčka, ale tento problém mívám, jen když se cítím deprimovaná. Při závratích jsem také dvakrát upadla. Poprvé to bylo po té, co jsem vstala ze židle. V druhém případě si na okolnosti nepamatuji, ale uvědomuji si, že k pádu došlo ve spojení s halucinacemi. Nosím zubní protézu.“

Z objektivního hlediska:

Lebka je mezocefalická, na poklep nebolestivá. V oční části jsou bulvy ve středním postavení, skléry mírně zarudlé, spojivky růžové. Oční víčka oteklá, pravé mírně a levé výrazně. Zornice izochorické bez nystagmu, zpomalená reakce na světlo. Uši mají normální velikost bez výpotku. Nos je souměrný bez sekrece. Rty má pacient růžové, ale suché. Jazyk je suchý bez povlaku. Pacientka nosí zubní protézu. Sliznice jsou vlhké a nepovlečené. Krk je souměrný, přiměřeně pohyblivý všemi směry. Lymfatické uzliny a štítná žláza nejsou zvětšené. Pacientka je bez mimiky.

## **Hrudník a dýchací systém**

Ze subjektivního hlediska:

„Při námaze se zadýchávám. Běžné činnosti mě snadno unaví. Bolesti nemám.“

Z objektivního hlediska:

Hrudník dobře klenutý. Pacientka je bez cyanózy a apnoe. Plíce mají poklep plný a jasný. Ztížené dýchání, na poslech chrupky. Pacientka mírně kašle, je kuřačka. Dechová frekvence je 29 dechů/min.

## **Srdeční a cévní systém**

Ze subjektivního hlediska:

„Mám srdeční potíže, na které beru léky. Jinak žádné problémy nemám.“

Z objektivního hlediska:

Tlak 130/80. Pulz je 95 tepů za minutu, pravidelný, plný, dobře hmatatelný. Pulzace na arterii karotis, arterii radialis, arterii brachialis, arterii femoralis, arterii poplitea, arterii dorsalis pedis, arterii tibialis posterior jsou dobře hmatné. Srdeční ozvy nemohu posoudit. Dolní končetiny jsou teplé a mírně oteklé.

## **Břicho a GIT**

Ze subjektivního hlediska:

„Mám občas problémy se stolicí, těžko se vyprazdňuji.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka po pohmatání bez těžkostí. Palpačně bez bolesti. Poklep je bubínkový. Peristaltika auskultačně přítomná, ascites nepřítomný. Plyny odcházejí pravidelně. Poslední stolice byla ještě v den před dnem příjmu, jinak je stolice pravidelná. Na tvrdou stolicí bylo naordinováno Mixtur Laktulos v dávce 20 ml. O lék pacientka v případě potřeby žádá sama – přibližně každý čtvrtý den.

## **Močová a pohlavní systém**

Ze subjektivního hlediska:

„Někdy mi uniká moč, hlavně v noci. S pohlavním ústrojím problémy nemám.“

Z objektivního hlediska:

Ledviny na poklep nebolestivé, močení bez dysurie. Pacientka udává nykturii a inkontinenci. Moč je tmavožluté barvy bez příměsí. Ochlupení pacientky je přiměřené věku. Regionální lymfatické uzliny jsou nezvětšené. Menopauza od roku 1999.

## **Kosterní a svalový systém**

Ze subjektivního hlediska:

„Žádné zlomeniny jsem neměla, jen několikrát vyvrkнутý kotník. Po pádu mě bolí levá noha.“

Z objektivního hlediska:

Postava pacientky je normostenická, poloha pasivní. Pohyby jsou koordinované. Horní i dolní končetiny jsou souměrné. Pacientka nemá žádné zlomeniny, po pádu má hematom, 5x5 cm velký na levé DK, barva tmavě modrá.

## **Nervový a smyslový systém**

Ze subjektivního hlediska:

„Mám problémy se zrakem. Občas vidím mlhavě. Nosím brýle na dálku. Někdy slyším hlasy, které neexistují. Nerozumím co říkají. Také mám menší chuť k jídlu.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je orientovaná v čase, místě a prostoru. Trpí sluchovými halucinacemi. Je krátkozraká, nosí brýle na dálku. Dále má zhoršenou chuť k jídlu. Čichové smysly zachovány. Hmatově bez obtíží. Reflexy zpomalené.

## **Endokrinní systém**

Ze subjektivního hlediska:

„Nemám žádné problémy“

Z objektivního hlediska:

Endokrinní žlázy jsou bez vnějších projevů. Lymfatické uzliny jsou nezvětšené. Dále nebyla provedena žádná další specializovaná vyšetření.

## **Imunologický systém**

Ze subjektivního hlediska:

„Jsem přecitlivělá na některé léky, ale jejich názvy si nepamatuji.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je citlivá na sulfonamid a trimetoprim. Nemá zvýšenou teplotu, tělesná teplota je 36,6 °C.

## **Kůže a její adnexa**

Ze subjektivního hlediska:

„Občas mívám oteklé nohy. Jinak žádné problémy nemám.“

Z objektivního hlediska:

U pacientky byl objeven hematom na levé DK, způsobený pádem. DK mírně oteklé. Turgor kůže je v normě. Nehty má pacientka zdravé, ale zanedbané, vlasy má vysušené a neupravené. Celkově stav pacientka je zanedbaná. Zhoršená osobní hygiena.

## **Stravování**

### ***Stravování doma***

Ze subjektivního hlediska:

„Nemám chuť k jídlu, proto poslední dobou moc nejím.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka nestrádá, má nadváhu. BMI je 27,3. Doporučuji snížit váhu zhruba o 6 kg, aby se upravila tělesná forma pacientky.

### ***Stravování v nemocnici***

Ze subjektivního hlediska:

„Moc nejím. Snažím se, ale nemám chuť k jídlu. Než se budu cítit lépe, chtěla bych, aby mi jídlo bylo podáváno na pokoji.“

Z objektivního hlediska pacientka:

Stravování je nedostatečné, pacientka přijímá malé dávky, trpí nechutenstvím. Preferuje jídlo na pokoji. Až se bude cítit lépe, zkusí se stravovat v jídelně s ostatními pacienty.

### **Příjem tekutin**

#### ***Příjem tekutin doma***

Ze subjektivního hlediska:

„Myslím si, že piju normálně, asi 2 litry tekutin denně, nejvíce piji kávu a vodu.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka dodržuje pitný režim. Turgor kůže je dostatečný a pokožka není suchá.

#### ***Příjem tekutin v nemocnici***

Ze subjektivního hlediska:

„Snažím se pít pravidelně. Piji kávu, k obědu mléko nebo vodu a ke svačině šťávu nebo džus.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka nedodržuje pitný režim. Konzumuje 4 kávy denně, k obědu sklenici mléka nebo vody, v průběhu dne vodu a šťávy. Vše je podáváno na oddělení. Celkový denní příjem tekutin nepřesahuje 1,5 litru. Doporučuji zvýšit příjem vody a omezit pití kávy, neboť ta má dehydratační účinky. Turgor kůže je dostatečný a pokožka není suchá.

## **Vylučování moče**

### ***Vylučování moče doma***

Ze subjektivního hlediska:

„Trpím únikem moči. Někdy, při vstávání, a také během noci. Proto používám vložky.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka trpí inkontinencí, proto má předepsané inkontinenční vložky.

### ***Vylučování moče v nemocnici***

Ze subjektivního hlediska:

„Na záchod chodím normálně. Únikem moči trpím přes den, zejména při vstávání a námaze. Nejčastěji však během noci.“

Z objektivního hlediska:

Pacient má inkontinenci a nykturii. Pacientka má předepsané inkontinentní vložky.

## **Vylučování stolice**

### ***Vylučování stolice doma***

Ze subjektivního hlediska:

„Někdy mám velmi tvrdou stolicí, jinak problémy nemám.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka byla vyšetřena, břicho pohmatem bez těžkostí. Palpačně bez bolesti. Poklep je bubínkový. Peristaltika auskultačně přítomná, ascites nepřítomný.



### ***Vylučování stolice v nemocnici***

Ze subjektivního hlediska:

„Mám pravidelnou stolici.“

Z objektivního hlediska:

Stolice pravidelná. Na tvrdou stolici bylo naordinováno Mixtur Laktulos v dávce 20 ml. O lék pacientka v případě potřeby žádá sama – přibližně každý čtvrtý den.

### **Aktivita a odpočinek**

#### ***Aktivita a odpočinek doma***

Ze subjektivního hlediska:

„Poslední dobou jsem nemohla odpočívat, bála jsem se zavřít oči. Obvykle chodívám na procházky a do kostela, ale nyní jsem zůstávala převážně doma. Ani v bytě jsem neměla sílu se na něco soustředit nebo něco dělat.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka trpí nedostatkem odpočinku. Z pohledu všeobecné sestry má pacientka mírnou nadváhu.

#### ***Aktivita a odpočinek v nemocnici***

Ze subjektivního hlediska:

„Cítím se unavená, hodně času trávím na pokoji, nemám zájem být mezi lidmi.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka se snaží být aktivní. Zapojuje se do denních činností a spolupracuje. Odpočívá většinou po obědě, kdy tráví čas spánkem. Zbytek dne se věnuje televizi a čtení. Návštěvy za ní dochází pravidelně.

## **Hygiena**

### ***Hygiena doma***

Ze subjektivního hlediska:

„Poslední dobou nemám sílu se o sebe starat. Dvakrát týdně mě navštěvuje pracovník ze sociální péče.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je zanedbaná. Vlasy jsou matné a neupravené, nehty též. Za pacientkou dvakrát týdně dochází personál sociální péče.

### ***Hygiena v nemocnici***

Ze subjektivního hlediska:

„Snažím se o sebe starat, ale se sprchováním potřebuji pomoc - bojím se, aby se mi nezamotala hlava.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka bez zájmu pečovat o sebe, ale snaží se poslouchat personál, který jí povzbuzuje. Sprchování probíhá za asistence personálu, protože se pacientka obává závratí.

## **Samostatnost**

### ***Samostatnost doma***

Ze subjektivního hlediska:

„Za normálních okolností jsem soběstačná, nyní za mnou dochází pracovníci ze sociální péče, kteří mi pomáhají s činnostmi, které v poslední době nezvládám.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka využívá 2x týdně pomoc od sociální péče.

### ***Samostatnost v nemocnici***

Ze subjektivního hlediska:

„Jsem docela samostatná, jen při sprchování potřebuji pomoc.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka potřebuje povzbuzení, aby se něčeho ujala, často se izoluje na pokoji. Sesterskou pomoc, dohled, potřebuje při sprchování. Také vyžaduje jídlo na pokoji.

### **Vědomí**

Ze subjektivního hlediska:

„Jsem velmi unavená. Cítím se depresivně a jsem bez nálady.“

Z objektivního hlediska:

Vědomí je plné, jasné a neporušené.

### **Orientace**

Ze subjektivního hlediska:

„Z tohoto hlediska nepociťuji žádné problémy, necítím se být dezorientovaná.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je orientována v čase, místě a prostoru.

### **Nálada**

Ze subjektivního hlediska:

„Jsem bez nálady.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je skleslá, depresivní a má pocit strachu.

## **Paměť**

### ***Staropaměť***

Ze subjektivního hlediska:

„Pamatuji si většinu událostí ze své minulosti.“

Z objektivního hlediska:

Pacientčina staropaměť zachována.

### ***Novopaměť***

Ze subjektivního hlediska:

„Vše si pamatuji, nemám pocit, že by bylo s mou pamětí něco v nepořádku.“

Z objektivního hlediska:

Pacientčina novopaměť zachována.

## **Myšlení**

Ze subjektivního hlediska:

„Myslím si, že přemýšlím reálně.“

Z objektivního hlediska:

„Pacientka, navzdory symptomům, přemýšlí reálně a logicky.“

## **Temperament**

Ze subjektivního hlediska:

„Považuji se za klidnou osobu.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je spíše flegmatik.

## **Vnímání zdraví**

Ze subjektivního hlediska:

„Jsem si vědoma své nemoci. Dodržuji všechny potřebné postupy při léčbě. Chodím k psychologovi, chodím na KBT-terapii, užívám léky.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka si je vědoma svého onemocnění. Zná své příznaky. Pozná, kdy se její stav začíná horšit. Je dobře informována, je v kontaktu s psychologem a dochází na kognitivní terapii.

## **Vnímání zdravotního stavu**

Ze subjektivního hlediska:

„Vnímám svůj zdravotní stav tak, že jsem se s ním naučila žít. Vím, že se nevyhnu relapsům, ale snažím se, na vzdory své poruše, žít tak normálně jak to jde.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav dobře, akceptovala ho a naučila se s ním žít.

## **Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění**

Ze subjektivního hlediska:

„Myslím si, že to zvládám dobře. Je to těžké, ale není to poprvé.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka reaguje přiměřeně.

## **Reakce na hospitalizace**

Ze subjektivního hlediska:

„Hospitalizaci snáším bez problémů. Vím, že pomoc potřebuji.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka reaguje na hospitalizaci přiměřeně.

## **Adaptace na onemocnění**

Ze subjektivního hlediska:

„Není to pro mě nic nového, na tomto oddělení už jsem ležela. Zjištění, že se můj stav opět zhoršil, je pro mě velice psychicky náročné.“

Z objektivního hlediska:

Adaptace na onemocnění přiměřená.

## **Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)**

Ze subjektivního hlediska:

„Cítím se deprimovaná, mám obavy a strach.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je deprimovaná, psychotická, mírně paranoidní.

## **Zkušenosti z předchozích hospitalizací**

### **Komunikace**

#### ***Komunikace verbální***

Ze subjektivního hlediska:

„S komunikací problémy nemám.“

Z objektivního hlediska:

Verbální komunikace je omezena, pacientka odpovídá krátce a úsečně.

#### ***Komunikace neverbální***

Ze subjektivního hlediska:

„S neverbální komunikací problémy také nemám.“

Z objektivního hlediska:

Neverbální komunikace je horší, pacientka se vyhýbá očnímu kontaktu, žádná mimika, pacientka sedí se sklopenou hlavou.

## **Informovanost**

### ***Informovanost o onemocnění***

Ze subjektivního hlediska:

„Byla jsem plně informována o své nemoci a poučena o tom, jak a co mám dělat.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je velmi dobře informována o svém onemocnění. Byla edukována jak od lékaře, tak od ostatního zdravotnického personálu.

### ***Informovanost o diagnostických metodách***

Ze subjektivního hlediska:

„Před jakoukoli změnou jsem vždy informována lékařem nebo sestrou.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je plně informována lékařem nebo ostatním zdravotnickým personálem.

### ***Informovanost o léčbě a dietě***

Ze subjektivního hlediska:

„Byla jsem poučena o své dietě a následné péči.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka je informována o druhu a volbě své diety a taktéž byla seznámena s následnou léčbou.

### ***Informovanost o délce hospitalizace***

Ze subjektivního hlediska:

„Byla mi sdělena přibližná doba hospitalizace.“

Z objektivního hlediska:

Pacientka byla informována naším lékařem o přibližné délce hospitalizace.

## **Sociální role**

### ***Sociální role primární***

Matka

### ***Sociální role sekundární***

Sousedka

### ***Sociální role terciální***

Pacientka

## **8.8 Medicínský management**

### **Ordinovaná vyšetření**

Krevní vyšetření, lithium koncentrace.

EKG z důvodu závratí

CT z důvodu závratí, a možnosti vyloučení cerebrálních patologií.

### **Konzervativní léčba**

Dieta: dieta 9 - diabetická

Pohybový režim: neomezený

Rehabilitace: žádná

Výživa: stravuje se třikrát denně dle chodu oddělení. Svačiny také třikrát denně dle chodu oddělení.



## **Medikamentózní léčba**

Per os:	Oxascand 5 mg
Burinex 1 mg	Intravenózně: nejsou
Spironolakton 50 mg	Per rektum: nejsou
Lithionit 42 mg	Subkutánně: nejsou
Lamotrigin 200 mg	
Zyprexa 5 mg	
Zopiklon 5 mg	
Mirtazapin 30 mg	
Abilify 10 mg	
Laktulos Apelsin 670 mg/ml	
Cilaxoral 7,5 ml/ml	

## **Chirurgická léčba**

Pacientka žádnou chirurgickou léčbu nemá.

## 8.9 Situační analýza

Pacientka byla dobrovolně přijata dne 12. 7. 2011 z důvodu zhoršení zdravotního stavu, pro nastavení medikace na oddělení 53, urgentního psychiatrického oddělení. Byl nasazen Oxascand 10 mg z důvodu obav a úzkosti, které jí působily hlasové halucinace. Nové vyšetření krve pro zjištění lithium koncentrace. Výsledek prokazuje, že je sérum koncentrace zvýšené. Denní dávka Lithionit se sníží ze 48 mg na 42 mg. Lamatrigindos upraven ze 100 mg 2x denně na 200 mg 2x denně. Pacientka má při příjmu dávku 20 mg Zyprexa. Tuto dávku jsme snížili o polovinu na 10 mg dne 20. 07. 2011 po té, co si pacientka stěžovala na závratě a únavu. Dávku Abilify jsme nijak neměnili. Zopiklon snížen z 10 mg na 5 mg denně. V průběhu hospitalizace se konala schůzka s personálem ze Södermottaningen (ambulantní péče) a personálem se sociální psychiatrie. Plán péče (29. 07. 2011) pro naplánování domácích návštěv a procházek. Denní i noční propustky probíhají v pořádku, pacientku ale stále obtěžují „mozková strašidla“. Tento problém neprožívá na oddělení. V průběhu hospitalizace bylo provedeno vyšetření EKG, protože pacientka trpěla závratěmi. Vyšetření prokázalo sinusový rytmus s frekvencí 62. 20. 07. 2011 a 02. 08. 2011 bylo provedeno CT-mozku ze stejných důvodů. CT prokázalo normální intra-extracerebrální liquorrum. Nic nenasvědčuje atrofii mozkových panechymů, ani krvácení nebo infarktu. Vápenatění bazálních ganglií. Ventrikulární systém a sulci v normě. Při přijetí byla lithium koncentrace 1,1, což se ani po třech týdnech nezměnilo. Dávka lithia se snížila na 0,7 - 05. 08. 2011. Pacientka je již v dobrém formálním i emocionálním stavu. Pečuje o sebe, nálada je neutrální, bez psychotických známek. Nemá žádné myšlenky, ani plány na sebevraždu. Pacientka se sama cítí mnohem lépe a je připravena na propuštění do domácího léčení. 12. 08. 2011 byla propuštěna domů, kam za ní 2x týdně dochází pracovníci sociální péče. Nadále bude docházet na Södermottaningen na běžné kontroly, na ambulantní péči. Také bude docházet ke svému psychologovi a na KBT-terapii. Pacientka byla podrobně informována o tom, že v případě zhoršení svého psychického stavu musí neprodleně kontaktovat psychiatrický urgentní příjem a také má možnost telefonicky kontaktovat oddělení.

## 8.10 Ošetrovatelské diagnózy

K vypracování ošetrovatelských diagnóz byl použit *Kapesní průvodce zdravotní sestry*.

### Ošetrovatelská diagnóza 1

Strach z důvodu sluchových halucinací projevující se izolováním v bytě.

#### Cíl krátkodobý:

Pacientka po úpravě léků bude schopná ovládat svůj strach do dvou týdnů.

#### Cíl dlouhodobý:

Pacientka bude bez strachu do 3 měsíců.

#### Priorita:

Vysoká

#### Výsledné kritéria:

- Pacientka dokáže rozpoznat předmět strachu, do týdne.
- Pacientka se naučí ovládat strach, do dvou týdnů.
- Pacientka je seznámena o různých metodách jak odvrátit pozornost od strachu, do týdne.
- Pacientka je edukována o léku který v případě potřeby má užívat, dle potřeby maximálně 3xdenně, do týdne.
- Pacientka je informovaná o, kam se může obrátit v případě potřeby, do dvou týdnů.

#### Plán intervencí:

- Určí stupeň ochromení strachem, do tří dnů, všeobecná sestra.
- Naslouchej pacientce, aktivně naslouchej jejím obavám, každý den, všeobecná sestra.

- Poskytni ústní i písemnou informaci. Mluv v jednoduchých větách a konkrétních termínech. Usnadni pochopení a zapamatování si informace, do čtyř dnů, všeobecná sestra.
- Podpoř pacientku v kontrole nad sebou samou, na kolik to je možné, a akceptuj to, že v určitých věcech toho není schopna, každý den, všeobecná sestra.
- Podávej léky dle ordinací lékaře, každý den, všeobecná sestra.
- Nauč pacientku relaxaci/vizualizaci a podobným technikám, do dvou týdnů, všeobecná sestra.
- Dle vhodnosti vysvětlí vztah mezi nemocí a příznaky, do dvou týdnů, všeobecná sestra.

#### **Realizace 1 – 32 den, 12. 7. 2011 – 12. 8. 2011**

- Pacientku jsme podpořili v kontrole nad sebou samou, na kolik to bylo možné, a akceptovali to, že v určitých věcech toho není schopna.
- Pacientce byli podány léky dle ordinací lékaře.
- Pacientce jsme naslouchali, aktivně jsme naslouchali jejím obavám.

#### **Realizace 3 – 4 den, 14. 7. 2011 – 15. 7. 2011**

- Určili jsme stupeň ochromení strachem.
- Poskytli jsme ústní i písemnou informaci. Mluvili jsme v jednoduchých větách a konkrétních termínech. Usnadnili jsme pochopení a zapamatování si informace.

#### **Realizace 11 – 13 den, 22. 7. 2011 – 24. 7. 2011**

- Pacientku jsme naučili relaxaci/vizualizaci a podobným technikám.
- Dle vhodnosti jsme pacientce vysvětlili vztah mezi nemocí a příznaky.

#### **Vyhodnocení**

Pacientky strach se postupně snižuje, po 14 dnech na oddělení již žádný strach nepocítuje. Halucinace spojené se strachem ji obtěžují mimo prostor nemocnice. Pacientka se naučila tento strach ovládat. Po 2,5 měsících strach odezněl úplně.

## **Ošetrovatelská diagnóza 2**

Úzkost z důvodu změny zdravotního stavu projevující se poruchou spánku a depresí.

### **Cíl krátkodobý:**

Snížit úzkost na zvladatelnou míru do týdne.

### **Cíl dlouhodobý:**

Naučit zdravé způsoby, jak si poradit s úzkostí a jak ji vyjádřit do měsíce.

### **Priorita:**

Vysoká

### **Výsledné kritéria:**

- Pacientka s námi o úzkosti mluví a dle potřeby užívá léky, maximálně 3xdenně, do 3 dnů.
- Pacientka udává, že se její spánek zlepšil, do 5 dnů.
- Pacientka je o úzkosti edukována, do týdne.
- Pacientka se snaží vypořádat s úzkostmi různými zdravými způsoby, do dvou týdnů.

### **Plán intervencí**

- Zjistí jak pacientka vnímá ohrožení v dané situaci, do dvou dnů, všeobecná sestra.
- Buď k dispozici, naslouchej pacientce a hovoř s ní, každý den, všeobecná sestra.
- Podávej léky proti úzkosti, dle ordinace lékaře, každý den, všeobecná sestra.
- Nauč pacientku rozpoznat spouštěcí/uspíšující faktory a osvojit si nové metody překonávání silné, ochromující úzkosti, do měsíce, všeobecná sestra.
- Vytvoř seznam zdrojů/osob včetně dostupných "horkých linek" nebo krizových pracovníků, poskytujících pomoc nepřetržitě/ve vymezených hodinách, do měsíce, všeobecná sestra.

- Doporuč nemocné vypracovat program cvičení/činností, což může pomoci ke snížení úzkosti díky zmírnění tenze, do dvou týdnů, všeobecná sestra.

#### **Realizace 1 – 32 den, 12. 7. 2011 – 12. 8. 2011**

- Pacientce jsme byli k dispozici, naslouchali ji a hovořili s ní.
- Pacientce byli podané léky proti úzkosti, dle ordinace lékaře.

#### **Realizace 3 – 12 den, 14. 7. 2011 – 23. 7. 2011**

- Zjistili jsme jak pacientka vnímá ohrožení v dané situaci.
- Pacientce bylo doporučeno vypracovat program cvičení/činností, což ji může pomoci ke snížení úzkosti díky zmírnění tenze.

#### **Realizace 18 – 22 den, 29. 7. 2011 – 2. 8. 2011**

- Naučili jsme pacientku rozpoznat spouštěcí/uspíšující faktory a osvojit si nové metody překonávání silné, ochromující úzkosti.
- Pacientce byl vytvořen seznam zdrojů/osob včetně dostupných "horkých linek" nebo krizových pracovníků, poskytujících pomoc nepřetržitě/ve vymezených hodinách.

#### **Vyhodnocení**

Pacientky úzkost se zmírní po podání léků, je ve zvladatelné míře. Pacientka nemá problém o své úzkosti hovořit, lépe spí a zná spouštěč své úzkosti. Také se snaží být víc fyzicky aktivní a naučila se zdravému způsobům, jak si poradit z úzkostí.

#### **Ošetrovatelská diagnóza 3**

Spánek porušený z důvodu úzkosti, strachu a deprese projevující se únavou a neschopností splnit běžné činnosti.

#### **Cíl krátkodobý:**

Nastavit pravidelný spánek s pomocí prášku na spaní, do týdne.

### **Cíl dlouhodobý:**

Nastavit pravidelný spánek bez pomoci prášku na spaní, do tří měsíců.

### **Priorita:**

Vysoká

### **Výsledné kritéria:**

- Pacientka je edukována o prášku na spaní, užívá je dle ordinace lékaře, do 3 dnů.
- Pacientka je seznámena s různými metodami, které by jí napomohly k lepšímu spánku a usínání, do týdne.
- Pacientka s pomocí všeobecné sestry, vypracovala program s cvičením, do dvou týdnů.

### **Plán intervencí**

- Zjistí přítomnost faktorů uvedených v oddíle Související faktory, včetně stavů přispívajících k nespavosti, metabolických onemocnění (např. Diabetes), užívaných léků předepsaných i zakoupených bez předpisu. Přihlédne k věku pacientky (vysoké procento starších osob má problémy se spaním), do týdne, všeobecná sestra.
- Seznam se s psychologickým posudkem, zejména si všimne individuálních a osobních charakteristik, do 24 hod, všeobecná sestra.
- Zhodnotí užívání kofeinu a alkoholických nápojů (nadměrné oddávání se jednomu nebo druhému ruší REM spánek), do týdne, všeobecná sestra.
- Vyslechni subjektivní stížnost na kvalitu spánku, každý den, všeobecná sestra.
- Vypetej se na okolnosti, které ruší spánek, a jak často se vyskytují, do tří dnů, všeobecná sestra.
- Pozoruj fyzické známky únavy (např. neklid, třes rukou, zastřený hlas), každý den, všeobecná sestra.
- Před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort (masáž zad, omytí rukou a obličeje, vypnutí prostěradla a urovnání lůžka), každý den, všeobecná sestra.

- Doporuč omezení příjmu čokolády, kofeinu/alkoholických nápojů, zejména před spaním, do pěti dnů, všeobecná sestra.
- Omez příjem tekutin večer, pokud pacient trpí nykturií, aby klesla potřeba močení v noci, každý den, všeobecná sestra.
- Pomoz pacientce vypracovat individuální program relaxace. Seznam ji s vhodnými technikami (např. Biofeedback, autohypnóza, vizualizace, progresivní svalová relaxace), do tří týdnů, všeobecná sestra.
- Pobízej ji k pravidelnému cvičení během dne, které příznivě působí proti stresu a na zvýšení energie. Cvičení před spaním může mít spíše stimulační než relaxační účinek a rušit spánek, do dvou týdnů, všeobecná sestra.
- Podej prášek na spaní, dle ordinace lékaře, každý den, všeobecná sestra.

#### **Realizace 1 – 32 den, 12. 7. 2011 – 12. 8. 2011**

- Vyslechli jsme pacientky subjektivní stížnost na kvalitu spánku.
- Pozorovali jsme fyzické známky únavy (např. neklid, třes rukou, zastřený hlas).
- Před spaním jsme se postarali o klidné prostředí a přiměřený komfort (masáž zad, omytí rukou a obličeje, vypnutí prostěradla a urovnání lůžka).
- Omezili jsme příjem tekutin večer, jelikož pacientka trpí nykturií, aby klesla potřeba močení v noci.
- Pacientce byl podán prášek na spaní, dle ordinace lékaře.

#### **Realizace 2 – 7 den, 13. 7. 2011 – 18. 7. 2011**

- Seznámili jsme se s psychologickým posudkem, zejména jsme si všímali individuálních a osobních charakteristik.
- Vyptali jsme se na okolnosti, které ruší spánek, a jak často se vyskytují.
- Doporučili jsme omezení příjmu čokolády, kofeinu a alkoholických nápojů, zejména před spaním.



- Zjistili jsme přítomnost faktorů uvedených v oddíle Související faktory, včetně stavů přispívajících k nespavosti, metabolických onemocnění (např. Diabetes), užívaných léků předepsaných i zakoupených bez předpisu. Přihlédli jsme k věku pacientky (vysoké procento starších osob má problémy se spaním).
- Zhodnotili jsme užívání kofeinu a alkoholických nápojů (nadměrné oddávání se jednomu nebo druhému ruší REM spánek).

#### **Realizace 15 – 19 den, 26. 7. 2011 – 30. 7. 2011**

- Pacientce jsme pomohli vypracovat individuální program relaxace. Seznámili jsme ji s vhodnými technikami (např. Biofeedback, autohypnóza, vizualizace, progresivní svalová relaxace).
- Pobízeli jsme pacientku k pravidelnému cvičení během dne, které příznivě působí proti stresu a na zvýšení energie. Cvičení před spaním může mít spíše stimulační než relaxační účinek a rušit spánek.

#### **Vyhodnocení**

Pacientka udává, že s pomocí prášků na spaní po týdenní hospitalizaci spí dobře a pravidelně. Snaží se dodržovat relaxační metody a pravidelně cvičit. Doma ale spíše upřednostňuje procházku se psem. Po dvou měsících spí pacientka pravidelně bez pomoci hypnotik.

#### **Ošetřovatelská diagnóza 4**

Výživa porušena, nedostatečná z důvodu psychických faktorů projevující se nedostatečným zájmem a příjmem potravy.

#### **Cíl krátkodobý:**

Dosáhnout pravidelného a správného příjmu potravy do týdne.

#### **Cíl dlouhodobý:**

Zvládnutí samostatného stravování do 3 měsíců.

#### **Priorita:**

Střední

### **Výsledné kritéria:**

- Pacientka je seznámena s diabetickým jídelníčkem, do 24 hod.
- Pacientka je edukována o závažnosti dodržování správného stravování, do dvou dnů.
- Pacientka chápe příčinu, do pěti dnů.
- Pacientka dodržuje stanovený jídelní lístek, do 12 hod.
- Pacientka pravidelně užívá tabl. na diabetes mellitus typ 2, do 12 hod.

### **Plán intervencí**

- Posud zda pacientka/její blízcí chápou nutriční potřeby a podej/opatři informace, do týdne, všeobecná sestra.
- Prodiskutuj stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel, popř. nesnášenlivost/odpor vůči některým potravinám, do tří dnů, všeobecná sestra.
- Posud léková interakce, účinky nemocí, alergií, užívání projímadel a diuretik. (Tyto faktory mohou ovlivnit chuť k jídlu, příjem nebo střebávání potravy), do tří dnů, všeobecná sestra.
- Urči psychologické faktory, kulturní či náboženské vlivy, působící na výběr jídla, do deseti dnů, všeobecná sestra.
- Prober s pacientkou její obvyklý program/způsob pohybové aktivity (např. nevhodné cvičení, příliš dlouhé běhání apod.) může odhalit obsesivní povahu opatření ke kontrole hmotnosti, dvou týdnů, všeobecná sestra.
- Posud hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinek atd., do dvou týdnů, všeobecná sestra.
- Urči denní příjem. Požádej pacientku o vedení deníku příjmu včetně způsobu a doby jídla, aby byly zřejmé změny stravovacích návyků, které bude třeba udělat, do týdne, všeobecná sestra.
- Konzultuj dietologa/tým specializovaný na výživu a zapoj je do mezioborové spolupráce, do pěti dnů, všeobecná sestra.

- Proved úpravu léčby dle indikace, každý den, všeobecná sestra.
- Podej léky dle indikace, každý den, všeobecná sestra.
- Umožni pacientce výběr jídel dle vlastní chuti, každý den, všeobecná sestra.
- Pobízej pacientku k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin, každý den, všeobecná sestra.
- Zdůrazni význam dobře vyvážené výživné stravy. Poskytni pacientce/rodině informace o individuálních nutričních potřebách a způsobech, jak jim dostat v rámci určitého finančního omezení, do dvou týdnů, všeobecná sestra.
- Prober s pacientkou medikamentózní režim, vedlejší účinky léků a možné interakce s jinými na předpis vázanými i volně prodejnými léky, do deseti dnů, všeobecná sestra.

#### **Realizace 1 – 32 den, 12. 7. 2011 – 12. 8. 2011**

- Provedli jsme úpravu léčby dle indikace.
- Pacientce byli podáni léky dle indikace.
- Umožnili jsme pacientce výběr jídel dle vlastní chuti.
- Pobízeli jsme pacientku k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin.

#### **Realizace 3 – 14 den, 14. 7. 2011 – 25. 7. 2011**

- Prodiskutovali jsme stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel, popř. nesnášenlivost/odpor vůči některým potravinám.
- Posoudili jsme léková interakce, účinky nemocí, alergií, užívání projímadel a diuretik. (Tyto faktory mohou ovlivnit chuť k jídlu, příjem nebo střebávání potravy).
- Konzultovali jsme dietologa/tým specializovaný na výživu a zapojili jsme je do mezioborové spolupráce.
- Posoudili jsme zda pacientka a její blízcí chápou nutriční potřeby a podali jsme informace.

- Určili jsme psychologické faktory, kulturní či náboženské vlivy, působící na výběr jídla.
- S pacientkou jsme probrali její obvyklý program/způsob pohybové aktivity (např. nevhodné cvičení, příliš dlouhé běhání apod.) může to odhalit obsesivní povahu opatření ke kontrole hmotnosti.
- Posoudili jsme hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinek atd.
- Určili jsme denní příjem. Požádali jsme pacientu o vedení deníku příjmu včetně způsobu a doby jídla, aby byly zřejmé změny stravovacích návyků, které bude třeba udělat.
- Zdůraznili jsme význam dobře vyvážené výživné stravy. Poskytli jsme pacientce/rodině informace o individuálních nutričních potřebách a způsobech, jak jim dostat v rámci určitého finančního omezení.
- Probrali jsme s pacientkou medikamentózní režim, vedlejší účinky léků a možné interakce s jinými na předpis vázanými i volně prodejnými léky.

### **Vyhodnocení**

Pacientka se dokáže správně a samostatně stravovat.

### **Ošetrovatelská diagnóza 5**

Intoxikace, zvýšené riziko v souvislosti se zanedbáním a podceněním bezpečnostních opatření.

#### **Cíl krátkodobý:**

Pravidelně provádět krevní vyšetření, pro sledování Lithia, pro zabránění intoxikace do 4 dnů.

#### **Cíl dlouhodobý:**

Zajistit pravidelný krevní vyšetření, i ambulantně do měsíce.

#### **Priorita:**

Vysoká

### **Výsledné kritéria:**

- Pacientka je edukována o riziku intoxikace, do dvou dnů.
- Pacientka ví jak užívat své léky, dle ordinace lékaře, do pěti dnů.
- Pacientka je informována o léku lithiem, zná nežádoucí účinky a co dělat v případě potřeby, do týdne.

### **Plán intervencí:**

- Posud pacientky znalost bezpečnostních rizik léků/herbálních příspevků/prostředí a jeho schopnost reagovat na případné ohrožení, do tří dnů, všeobecná sestra.
- Prober s pacientkou/jejími blízkými vedlejší účinky a možné interakce léků. Diskutuj o užívání/zneužívání volně prodejných léků a herbálních přípravků, rizicích předávkování, mega dávkách vitaminů atd, do dvou týdnů, všeobecná sestra.
- Poskytni seznam čísel první pomoci apod. Pro umístění vedle telefonu pro případ, že by došlo k intoxikaci, po deseti dnů, všeobecná sestra.
- Podávej léky, dle ordinace lékaře, každý den, všeobecná sestra.
- Odebírej pravidelný odběr krve na vyšetření, hodnotu lithia v krvi, do 24 hod, všeobecná sestra.

### **Realizace 1 – 32 den, 12. 7. 2011 – 12. 8. 2011**

- Pacientce byli podány léky, dle ordinace lékaře.
- Byl odebírán pravidelný odběr krve na vyšetření, hodnotu lithia v krvi.

### **Realizace 3 den, 14. 7. 2011**

- Posoudili jsme pacientky znalost bezpečnostních rizik léků/herbálních prostředků a její schopnosti reagovat na případné ohrožení.

### **Realizace 8– 14 den, 19. 7. 2011 – 25. 7. 2011**

- Probrali jsme s pacientkou a jejími blízkými vedlejší účinky a možné interakce léků. Diskutovali jsme o užívání/zneužívání volně prodejných léků a herbálních přípravků, rizicích předávkování, mega dávkách vitaminů atd.

- Pacientce jsme poskytli seznam čísel první pomoci apod. Pro umístění vedle telefonu pro případ, že by došlo k intoxikaci.

### **Vyhodnocení**

Pacientka je edukována o riziku intoxikace a ví jak správně užívat léky. Hodnota lithia v krvi se pravidelně kontroluje krevním vyšetřením a tím se zabraňuje intoxikaci.

### **Další diagnózy:**

- Myšlení porušené z důvodu nebrání léků a změnou zdravotního stavu projevující se poruchami spánku, úzkostí a hlasovými halucinacemi.
- Společenská izolace z důvodu ztráty pocitu pohody a narušení fyzického vzhledu/duševního stavu projevující se izolací doma.
- Sensorická a percepční porucha z důvodu porušeného smyslového vnímání, nedostatečném spánkem a psychickým stresem projevující se úzkostí a sluchovými halucinacemi.

#### **8.10.1 Shrnutí ošetrovatelské péče**

Celkový stav pacientky se postupně zlepšuje. V průběhu hospitalizace se pacientka stabilizovala a dle potřeby byla upravena medikace, na kterou pacientka reagovala pozitivně. Pacientka se naučila zdravým způsobům jak si poradit s úzkostí a jak ovládat strach. Pacientka se dokáže správně a pravidelně stravovat. V důsledku toho byla propuštěna do domácího léčení a nadále se léčí ambulantně. Dvakrát týdně za pacientkou dochází sociální pracovník. Pacientka podstupuje kognitivní terapii a pravidelně navštěvuje psychologa. Po dvou měsících pacientka spí pravidelně bez pomoci hypnotik. Strach, který pacientku trápil po 2,5 měsících odezněl úplně. Hladina lithia je sledována též ambulantně. Pacientka byla informována jak o nemoci samotné, tak o možnostech, kam se v případě potřeby obrátit. Pacientka se opět zapojila do běžného života.

## 9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou je velice individuální a specifická, trvá od vypuknutí nemoci po celý život. Pro veřejnost je stále psychiatrická péče tabu a největším nedostatkem je neinformovanost o této nemoci.

### **Edukační materiály:**

- Pracovní standardy, informační letáky, edukační brožury, odborné semináře a sezení na téma bipolární afektivní porucha.

### **Management nemocnic - náměstek učební a preventivní péče, vrchní a staniční sestry:**

- Management zajišťuje standardy pro zdravotnický personál, informační letáky, edukační brožury.
- Vrchní sestra zajišťuje semináře a standardy pro staniční sestry, všeobecné sestry, ošetrovatelky, zdravotní asistenty a další zdravotní personál.
- Staniční sestra školí svůj personál a zajišťuje účast na seminářích, na oddělení jsou k dispozici standardy.

### **Zdravotnický a pomocný zdravotnický personál:**

- Zdravotní personál doporučí vzdělávací brožury, informační letáky a sezení rodinným příslušníkům a pacientům.

### **Pacienti a jeho rodina:**

- Pacient je edukován a může doporučit informační zdroje dalším pacientům a blízkým osobám.
- Rodinní příslušníci byli poučeni a mohou informační zdroje doporučit nemocnému a známým ve stejné situaci.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na psychiatrickou ošetrovatelskou péči o pacienta s bipolární afektivní poruchou. Tato práce může mít velký význam pro ty, kteří hledají odpovědi na své otázky týkající se bipolární afektivní poruchy. Pro ty, u kterých se vyskytlo podezření nebo u nich byla nemoc diagnostikována.

Mnoha nemocným se nedostává správné léčby, důvodů je mnoho. Bipolární porucha má velmi odlišný charakter projevů, ve kterém existuje několik variant. Lidé trpící bipolární poruchou vyhledávají pomoc především v primární péči a to nejčastěji při stavech deprese. Jejich povědomí o bipolární depresi by mělo být na vyšší úrovni. Pokud vůbec vyhledají pomoc u psychiatra, až příliš často dochází k tomu, že lékař určí špatnou diagnózu. Nejčastější mylnou diagnózou je unipolární deprese, úzkostná porucha, porucha osobnosti, schizofrenie nebo závislosti. Z těchto důvodů je klíčové, aby pacient (spolu s rodinou) získal více informací o bipolární poruchy a léčbě.

V dnešní době se většina lidí nedokáže vyrovnat s psychickým onemocněním stejně snadno jako s fyziologickým. Lidé postižení psychickou nemocí nejsou schopni sami sobě odpovědět na otázku, „proč zrovna já“ stejně dobře jako například u zlomeniny nebo jiné fyzické nemoci, kde je její příčina zcela zjevná. Nehmatatelnost a hlavně nedostatečná informovanost o psychických nemocech je jedním z hlavních důvodů neschopnosti pacienta tuto diagnózu přijmout a akceptovat jako běžné onemocnění, se kterým se dá pracovat. Přitom přijmutí nemoci jako takové, je prvním krokem k její úspěšné léčbě.



# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

(Zpracováno dle ČSN 60-2: 1997)

ABRAHAMSSON, Erik; BERGLUND, Gustav. 2007. *Psykoterapins förnyare : samtal om systemiskt förändringsarbete*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2007. 225 s. ISBN 9789188872791.

ABRAHAMSSON, Lillemor; ANDERSSON, Agneta; BECKER, Wulf; NILSSON, Gerd. 2006. *Näringslära för högskolan*. 5. vyd. Sverige : Liber, 2006. 461 s. ISBN 9789147053551.

ALLGULANDER, Christer. 2008. *Introduktion till klinisk psykiatri*. 2. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2008. 318 s. ISBN 9789144049366.

ARVIDSSON, Barbro; SKÄRSÄTER, Ingela. 2006. *Psykiatrisk omvårdnad : att stödja hälsofrämjande processer*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2006. 187 s. ISBN 9789144004365

BERK, Lesley; BERK, Michael; CASTLE, David; LAUDER, Sue. 2009. *Living with Bipolar*. Storbritannien, London : Vermilion, 2009. 320 s. ISBN 9780091924256.

BESKOW, Jan; PALM BESKOW, Astrid; EHRNWALL, Anna. 2005. *Suicidalitetens språk*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2005. 175 s. ISBN 9789144033129.

BJÖRKDAHL, Anna. 1999. *Psyk-VIPS*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 1999. 201 s. ISBN 9789144008639.

BLUME, Barbro; SIGLING, Inga-Lisa. 2008. *Psykiatrins ABC*. 3. vyd. Sverige : Liber, 2008. 224 s. ISBN 9789147082773.

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. 1. vyd. Plzeň : NAVA TISK, 2010. 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

BRUNT, David; HANSSON, Lars. 2005. *Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2005. 320 s. ISBN 9789144033167.

CARLSSON, Arvid. 2001. *Hjärnans Budbärare*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2001. 197 s. ISBN 9789144017037.

CULLBERG, Joha. 2003. *Dynamisk psykiatri*. 7. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2003. 512 s. ISBN 9789127093362.

CULLBERG, Johan. 2006. *Kris och utveckling. Samt Katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner*. 5. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2006. 228 s. ISBN 9789127112575.

DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Frances. 2001. *Kapesný průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

FREUD, Sigmund. 2009. *Konst och litteratur*. 1. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2009. 508 s. ISBN 9789127118706.

FÄLT, Tommie; HOLMBERG, Björn; SANDELL, Göran; WÄHRBORG, Peter; LUNDBYE, Maths. 2010. *Familjeterapins grunder : ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikation*. 4. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2010. 428 s. ISBN 9789127121225.

HERLOFSON, Jörgen; EKSELIUS, Lisa; LUNDH, Lars-Gunnar; LUNDIN, Anders; MÅRTENSSON, Björn. 2009. *Psykiatri*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2009. 746 s. ISBN 9789144040264.

HULTÉN, Agnes; KARLSSON, Marie-Louise; KJELLBERG, Inga-Lill; RUNESON, Bo; WAERN, Margda; WASSERMAN, Danuta. 2000. *Själv mord och självmordsprevention*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2000. 378 s. ISBN 9789144001623.

HÄGGSTRÖM, Lars; REIS, Margareta; JARBIN, Håkan. 2010. *Nya bipoläroboken: behandlingsstrategier för klinikerna*. Sverige : Affecta, 2010. ISBN 9789163701139.

Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE). 2011. Sverige : Socialstyrelsen, 2011. ISBN 9789186585631.

I.F. SCOTT, Allan. 2005. *The ECT Handbook*. 2. vyd. Anglie : Royal College of Psychiatrists, 2005. 243 s. ISBN 9781904671220.

K GOODWIN, Frederick. 2007. *Manic -Depressive Illness*. 2. vyd. Storbritannien, New York : OUP USA, 2007. 1288 s. ISBN 9780195135794.

KRAEPELIN, Emil. 2011. *One Hundred Years of Psychiatry*. Z něm. orig. přel. Wade Baskin. USA : Literary Licensing, LLC, 2011. 158 s. ISBN 9781258180270.

KROESE, Andries. 2008. *Minska din stress med meditation*. 1. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2008. 197 s. ISBN 9789127117112.

KÅVER, Anna. 2006. *KBT i utveckling : en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. 1. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2006. 367 s. ISBN 9789127108936.

LINDSKOG, Bengt. 2008. *Medicinsk terminologi*. 5. vyd. Sverige : Norstedts akademiska förlag, 2008. 704 s. ISBN 9789172275577.

LINGJAERDE, Odd. 2005. *Psykofarmak: läkemedelsbehandling av psykiska sjukdomar*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2005. 508 s. ISBN 9789144041865.

MAJ, Mario; AKISKAL, Hagop S; LOPEZ-LIBOR, Juan Jose. 2002. *Bipolar Disorder*. Anglie : John Wiley & Sons, 2002. 544 s. ISBN 9780471560371.

Mini-D IV. 2002. *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Sverige : Pilgrim Press, 2002. ISBN 9789197305099.

NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň : NAVA TISK, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

NORDENG, Hedvig; SPIGSET, Olav. 2009. *Farmakologi och farmakologisk omvårdnad*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2009. 490 s. ISBN 9789144050584.

OTTOSSON, Jan-Otto. 2005. *Psykiatrisk etik*. 1. vyd. Sverige : Liber, 2005. 208 s. ISBN 9789147053179.

OTTOSSON, Jan-Otto; OTTOSSON, Hans; OTTOSSON, Mats; ÅSGÅRD, Ulf. 2010. *Akut psykiatri*. 4. vyd. Sverige : Liber, 2010. 215 s. ISBN 9789147094158.

OTTOSSON, Jan-Otto. 2003. *Psykiatrin i Sverige : Vägval och vägvisare*. 1. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2003. 348 s. ISBN 9789127094611.

OTTOSSON, Hans; OTTOSSON, Jan-Otto. 2010. *Psykiatriboken bok med eLabb*. 1. vyd. Sverige : Liber, 2010. 240 s. ISBN 9789147103317.

RAMIREZ BASCO, Monica. 2006. *The Bipolar Workbook. Illustrated ed.* USA, New York : Guilford Publications, 2006. 252 s. ISBN 9781593851620.

SIGRELL, Bo. 2000. *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. 1. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2000. 256 s. ISBN 9789127080638.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s. 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPINAR, Jindřich; VÍTOVEC, Jiří a kol. 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1822-4.

TOPILOVÁ, Věra. 1999. *Anglicko-český/česko-anglický lékařský slovník*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 880 s. ISBN 10-80-7169-284-0.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 1992. *Icd-10 Classification Of Mental And Behavioural Disorders*. London : Worl Health Organization, 1992. 362 s. ISBN 9789241544221.

WÄHRBORG, Peter. 2009. *Stress och den nya ohälsan*. 2. vyd. Sverige : Natur & Kultur, 2009. 454 s. ISBN 9789127116566.

YATHAM, Lashmi. 2011. *Bipolar Disorder*. Oxford : OUP Oxford, 2011. 96 s. ISBN 9780199562305.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - CONDITION STATEMENT OF ELIGIBILITY .....	I
Příloha B - ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ.....	II
Příloha C - STRESOVÝ MODEL.....	III
Příloha D - PYRAMIDA POTŘEB MASLOW.....	IV
Příloha E – INSPIRACE.....	V
Příloha F - EDUKAČNÍ PROCES.....	VI

# Příloha A - CONDITION STATEMENT OF ELIGIBILITY



2009-08-27  
Dnr 240S-02976-2009

1(1)

National Admissions Office  
to Higher Education

Linda Starek  
SIGRIDSGATAN 2  
256 56 HELSINGBORG

## Conditional Statement of Eligibility

On behalf of the National Admissions Office to Higher Education, we hereby confirm that Linda Starek, born 3 of July 1985, meets the general requirements for applying to undergraduate studies at the Swedish universities.

Ex officio

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Anita Kemi'.

Anita Kemi  
Admissions officer



ADDRESS  
National Agency for Services to  
Universities and University Colleges  
Box 24 970, SE-104 50 Stockholm, Sweden

VISITING ADDRESS  
Karlavägen 108

TELEPHONE  
+46 8 725 96 00

TELEFAX  
+46 8 725 96 01  
WEBSITE  
[www.vhs.se](http://www.vhs.se)

## Příloha B - ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Informační zdroj, odd. 53. Získala jsem informace k bakalářské práci na odd. 53 v rámci odborné praxi, v souladu se studiem Bc. na Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze.

2012-02-22

Intyg

Staffan Schill

Enhetschef

Verksamhetsområde Helsingborg

Avdelning 53, plan 5

Helsingborgs Lasarett

25187 Helsingborg

telefon: 042-40 626 75

Internt: 626 75

staffan.schill@skane.se

Jag Staffan Schill intygar att Linda Starek, student vid Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Duškova 7, Praha 5, får lov att använda informationen från avdelning 53, Helsingborgs Lasarett till sitt avslutnings arbete under förutsättningar att hon följer sekretess lagen.

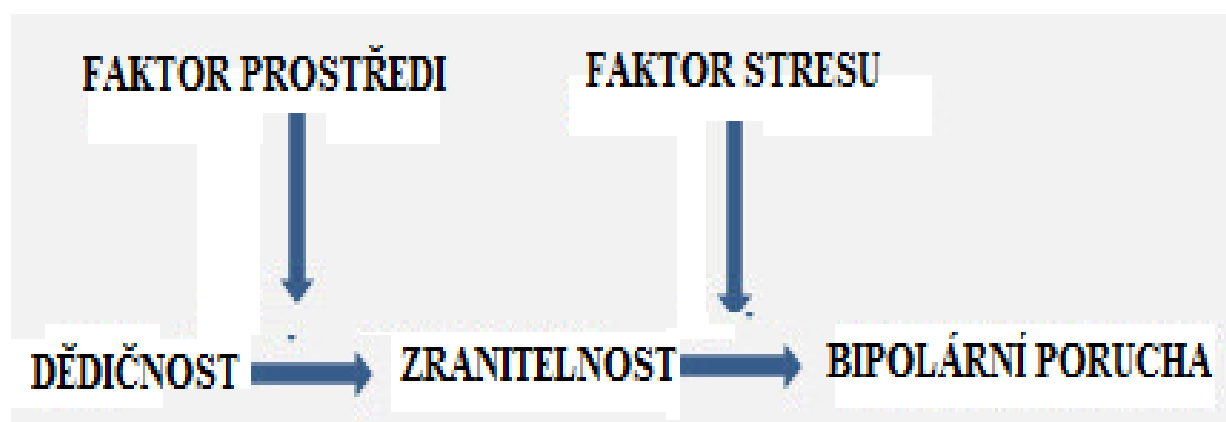
Já Staffan Schill potvrzuji že Linda Starek, student Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Duškova 7, Praha 5, má povoleno použít informace s oddělení 53, Helsingborgské nemocnice k bakalářské práci za předpokladů že se bude řídit sekretess zákonem.



Staffan Schill

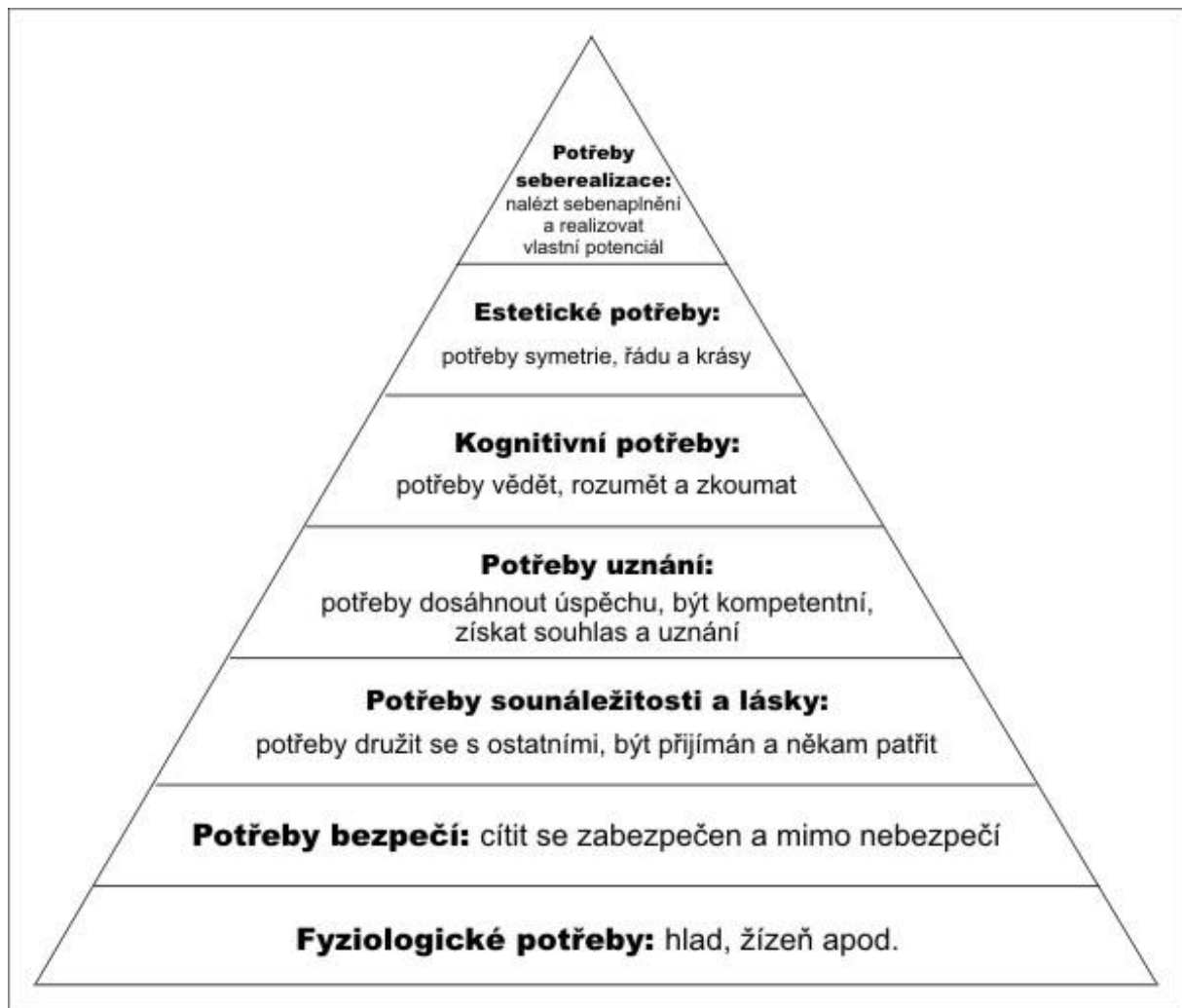
**0400/55152-00**  
Klin för baspsykiatri  
Vårdavd 53  
Lasarettet  
251 87 HELSINGBORG  
Tel. 2677

Příloha C - STRESOVÝ MODEL





## Příloha D - PYRAMIDA POTŘEB MASLOW



Zdroj: ŠAMÁNKOVÁ, Marie. 2011. s. 26.

<http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

Přiloha E - INSPIRACE

HORNBACHER, Marya. 2009. *Vansinnet - Mitt bipolära liv*. 1. vyd. Sverige : Optimal Förlag, 2009. 311s. ISBN 9789172411746.

LAGERCRANTZ, Arvid. 2010. *Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom*. 1. vyd. Sverige : Lind & Co, 2010. 227 s. ISBN 9789174610024.

SCHELANDER, Veronica. 2009. *Gå i kras: leva med bipolär sjukdom*. 1. vyd. Sverige : Libris förlag, 2009. 135 s. ISBN 9789173870184.

BECKMAN, Vanna; FAHLÉN, Tom. 2005. *Vulkanutbrott och istider*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2005. 145 s. ISBN 9789189091443.

REIDFIELD JAMISON, Kay. 2005. *Mörkret faller snabbt : till självmordets förståelse*. 1. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2005. 396 s. ISBN 9789144026503.

REIDFIELD JAMISSON, Kay; OTTOSSON, Jan-Otto. 2002. *Orolig Själ: En Berättelse Om Att Vara Manodepressiv*. 2. vyd. Sverige : Bokförlaget Natur och Kultur, 2002. 224 s. ISBN 9789127094284.

HENRIKSSON, Olle; RASMUSSEN, Margareta. 2007. *Anatomi*. 2. vyd. Sverige : Studentlitteratur AB, 2007. 296 s. ISBN 9789144008356.

## Příloha F - EDUKAČNÍ PROCES

### **Edukační proces**

Správné užívání léků patří k zásadním opatřením v prevenci relapsu a životaschopnosti s poruchou. Všeobecné zdravotní sestry mají v pracovní náplni edukovat a podrobně informovat pacienty o důležitosti správného užívání léků. Z důvodu prevence relapsů a rychlého návratu pacienta na oddělení.

Edukace o správném užívání léků a rizicích farmakoterapie pro pacienty.

### **Posouzení**

*Věk:* od 18-65 let.

*Vzdělání:* Všechny kategorie.

*Zaměstnaní:* Všechna kategorie.

*Mentální úroveň:* průměrná.

*Fyzická zdatnost:* střední, soběstačnost.

*Názory na zdraví:* Že zdraví je důležité, správné užívání je prevence a nemá se zanedbávat.

*Motivace k učení:* pacienti jsou názoru, že je dobře si zopakovat postup a dostat podrobnou informaci jak medikace funguje a proč ji dodržovat.

*Překážky v učení:* problém se může vyskytnout, v okamžiku kdy pacient odmítá edukaci/léčbu.

*Předcházející vědomosti:* pacienti vědí, že užívání léků je velmi důležité.

### **Diagnostika**

Pacient často přestane užívat své léky dle ordinace lékaře z důvodu pocitu, že již je vyléčen a prášky nepotřebuje. Také se stává, že pacient má špatně nastavenou medikaci a s toho důvodu mu nedělá dobře a proto léky vysadí.

## **Plánování**

Téma edukace: správné užívání léků.

Priorita edukace: Vysoká

Cíl: Cílem užívání léků, je udržení stabilního zdravotního stavu a předejít relapsům. Aby všichni pacienti dodržovali správnou medikaci, dle ordinace lékaře.

- Kognitivní: Informovat pacienty o správném užívání léků a jejich důležitosti.
- Afektivní: Vytvořit pozitivní postoj k užívání, aby je pacienti dodržovali.
- Behaviorální: Zajistit správné užívání léků.

Výsledné kritéria o vztahu k cílu:

Pacienti chápou důležitost a vědí jak léky užívat.

Pacienti mají pozitivní přístup k užívání.

Pravidelně a správně užívají své léky.

Forma edukace: individuální.

Pomůcky: informační brožurka, kde si pacient po ústní edukaci sám může přečíst fakta o správném užívání léků a jaké s tím mohou být spojené komplikace.

Postup:

- Motivační fáze: Pacient je ústně informován o důležitosti správného užívání léků. Dodržovat svou medikaci dle ordinace lékaře a při potížích ho kontaktovat. Užívat léky pravidelně a v předepsané dávce.
- Expoziční fáze: Pacient je poučen klasickou edukační metodou, metodou vysvětlování, přesvědčování a demonstrací.

Obsah edukace:

Připravit si léky a dostatečné množství tekutin na zapití.

1. Zkontrolujeme, zda jsme si připravili správné léky.
2. Zkontrolujeme, zda máme připravenou správnou dávku léků.
3. Připravíme si dostatečné množství tekutin.

4. Léky vložíme do úst.
  5. Zapijeme dostatečným množstvím tekutin.
  6. Léky uložíme na bezpečné místo, nedostupné dětem.
- Fixační fáze: zopakování nejdůležitějších informací
  - Fáze ověření a hodnocení vědomostí: k ověření účinnosti edukace, klademe na závěr rozhovoru otázky, vyhodnotíme odpovědi.

Dodržení zásad edukace: zásady vědomosti, primárnosti, postupnosti a dovednosti.

### **Realizace**

Edukace se konala v průběhu hospitalizace a při propuštění pacienta. Pacient má možnost se kdykoliv na svou medikaci informovat, má několik sezení se svým ošetřujícím lékařem i všeobecnou zdravotní sestrou. Pacient obdrží informační brožurku a seznam svých léků. Také má k dispozici kontaktní čísla na oddělení, ošetřujícího lékaře a na ambulanci. Každý pacient je informován o své medikaci, účinku i komplikacích. Pacienti mají zájem o svou medikaci a pozorně naslouchají.

### **Vyhodnocení**

Cíl edukace byl úspěšný.