

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA ZAPLETALOVÁ, DiS.

Praha 2012

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA ZAPLETALOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PaedDr. Mgr. Hana Paštěková-Rupertová

Praha 2012



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

Zapletalová Veronika
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 5. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou

Nursing Process for Patient with Bipolar Affective Disorder

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Hana Paštěková-Rupertová
Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

V Praze dne: 14. 5. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce ke studijním účelům.

V Praze dne 14. 5. 2012

.....

Veronika Zapletalová, DiS.

Poděkování

Děkuji PaedDr. Mgr. Haně Paštěkové-Rupertové za vedení bakalářské práce a přínosné zkušenosti, rady z praxe a poskytnutí materiálových podkladů k vypracování práce.

ABSTRAKT

ZAPLETALOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace : Bakalář (Bc.) Vedoucí práce: PaedDr. Mgr. Hana Paštěková-Rupertová Praha 2012. 56 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním bipolární afektivní porucha. V teoretické části je popsána základní charakteristika onemocnění, historie onemocnění, jeho příčiny, příznaky, průběh, komplikace a léčba. V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním bipolární afektivní porucha.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit zdravotnickému personálu, ale i široké veřejnosti toto onemocnění, léčbu a ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou.

Klíčová slova

Bipolární afektivní porucha. Deprese. Mánie. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

ZAPLETALOVÁ Veronika. *Nursing Process for Patient with Bipolar affective disorder*. College of health o.p.s. Level of qualification: bachelor (Bc.). Head of thesis: PaedDr. Mgr. Hana Paštěková-Rupertová. Prague. 2012. 56 s.

The bachelor's thesis is focused on the nursing process for patients suffering by Bipolar affective disorder. Basic characteristics, history, symptoms, causes, progress, complications and cure of illness are described in theoretic part. Nursing process for patients with Bipolar affective disorder is worked out in practical part.

The target of this work is to offer a closer look at this disorder, cure and nursing process not only for a paramedical, but also for general public.

Keywords

Bipolar affective disorder. Depression. Mania. Nursing process.

PŘEDMLUVA

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila pacienta s diagnózou bipolární afektivní porucha, protože se při své práci v Psychiatrické léčebně v Kroměříži setkávám s nemocnými, kteří mají toto onemocnění.

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit onemocnění bipolární afektivní poruchou a zpracování ošetrovatelského procesu u jednoho pacienta s touto diagnózou.

Materiál k vypracování této práce jsem získala z knihovny FZV v Olomouci a Ústřední vědecké knihovny Univerzity Palackého; dále z dokumentace užívané v Psychiatrické léčebně v Kroměříži a především z osobního kontaktu s pacientem.

Práce je určena pro studenty oboru Zdravotnický asistent a diplomovaná všeobecná sestra. Může sloužit jak sestřám, které pracují v psychiatrických léčebnách, tak i rodinám těchto pacientů.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 CHARAKTERISTIKA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	13
1.1 Bipolární afektivní porucha v historickém kontextu	13
1.2 Charakteristika onemocnění	14
1.3 Etiopatogeneze bipolární afektivní poruchy	14
1.4 Průběh bipolární afektivní poruchy	15
1.5 Klinický obraz bipolární afektivní poruchy	16
1.6 Diagnostika bipolární afektivní poruchy	18
1.6.1 Diagnostika jednotlivých epizod.....	18
1.6.2 Diagnostická kritéria bipolární poruchy podle MKN- 10, 1996 (pro výzkum).....	21
1.7 Léčba bipolární afektivní poruchy	24
1.7.1 Farmakoterapie.....	24
1.7.2 Elektrokonvulzivní terapie (ECT).....	27
1.7.3 Psychoterapie	28
1.8 Komorbidita.....	29
1.9 Suicidalita	30
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S BAP	31
II. PRAKTICKÁ ČÁST	33
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DIAGNÓZOU BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA	33
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM ZKRATEK

BAPbipolární afektivní porucha

EKGelektrokardiografie

ECTelektrokonvulzivní terapie

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Identifikační údaje	33
Tabulka 2 - Vitální funkce při přijetí.....	33
Tabulka 3 - Barthelův test	36
Tabulka 4 - Vyhodnocení rizika agrese	36
Tabulka 5 - Zhodnocení rizika sebevražedného jednání.....	36
Tabulka 6 - Posouzení fyzického stavu.....	37
Tabulka 7 - Aktivity denního života.....	39
Tabulka 8 - Posouzení psychického stavu	41
Tabulka 9 - Posouzení sociálního stavu	42
Tabulka 10 - Výsledky vyšetření ze dne 8.2.2012	43
Tabulka 11 - Výsledky vyšetření ze dne 8.2.2012	43

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afektivita – nálada

Agrese – v psychologicko-sociologickém pojetí takové chování, které vědomě a se záměrem ubližuje, násilně omezuje svobodu a poškozují jiné osoby nebo věci.

Cushingův syndrom – onemocnění z nadprodukce hormonů kůry nadledvin.

Demence – závažná mozková choroba zapříčiněná degenerativními změnami v mozkové tkáni.

Deprese – je duševní stav charakterizovaný nadměrným smutkem.

Encefalopatie – onemocnění mozku.

Etiopatogeneze – soubor příčin a mechanismů vedoucí k nemoci.

Exprese – vyjádření, vyslovení.

Hemodialýza – metoda odstraňování odpadních látek a nadbytečné krve při selhání ledvin.

Heterogenita – různorodost.

Huntingtonova choroba – poměrně vzácné, dědičné onemocnění centrální nervové soustavy.

Likvor – tekutina

Mánie – je duševní stav charakterizovaný nadměrnou veselostí.

Melancholie – trudnomyslnost,

Psychoterapie – léčba psychologickými prostředky.

Relaps – časný či pozdní návrat příznaků nemoci, která byla v klidu.

Remise – přechodné vymizení příznaků.

ÚVOD

Bipolární afektivní porucha je psychické onemocnění, které najednou změní celý život pacienta. Je to onemocnění většinou celoživotní a asi jako každé psychické onemocnění ovlivní život nejen samotného pacienta, ale i jeho rodiny, partnera a okolí. Při své práci na uzavřeném psychiatrickém oddělení se setkávám jak s pacienty s tímto onemocněním, tak i s jejich partnery a rodinou. Často zjišťuji, že informovanost veřejnosti o tomto onemocnění je velmi malá. Ve společnosti navíc stále panuje obava před psychicky nemocnými pacienty, která většinou plyne z předsudků a nedostatečné informovanosti o psychiatrických onemocněních. Právě tato skutečnost mě inspirovala k napsání bakalářské práce zaměřené na ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou. Cílem moji bakalářské práce je přiblížit jak zdravotníkům, tak i širší veřejnosti problematiku pacientů s touto diagnózou.

Pacient s touto diagnózou je celoživotně znevýhodněn. V akutní fázi onemocnění je dlouhodobě hospitalizován v psychiatrické léčebně a často v této fázi přichází o zaměstnání či životního partnera. V souvislosti s tím se později dostává do finančních potíží, které mohou vést až ke ztrátě bydlení. Mezi další časté ošetrovatelské problémy pojící se k této diagnóze patří sociální izolace, problémy v partnerských vztazích, snížené sebehodnocení, sklony k sebevražednému jednání a potíže v profesní sféře.

Toto onemocnění velmi zatěžuje i rodinu pacienta. Ta se musí vyrovnat s novou situací, převzít velkou část povinností, které už pacient nebude zvládat, dále podpořit pacienta a naučit se rozpoznávat symptomy jednotlivých fází onemocnění.

Život s touto diagnózou je opravdu náročný, a to jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu. A úkolem zdravotního personálu by mělo být jim tuto náročnou životní situaci ulehčit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika bipolární afektivní poruchy

1.1 Bipolární afektivní porucha v historickém kontextu

Již ve starověkém Řecku se setkáváme se stavy ztřeštěného blouznění, které bylo často provázeno veselou až bujarou náladou. Samotný termín mánie poprvé použil Soranus v prvním stoletím před naším letopočtem. Soranus také upozorňoval, že mánie mohou být někdy střídány stavy melancholie, při níž pacienti trpí únavou, slabostí, smutkem a pocitem beznaděje. Poukázal také na stavy, kdy pacienti současně pociťují hněv a radost. Dnes tento stav označujeme termínem smíšená fáze.

Vztahem mezi mánií a melancholií se zabýval Aretaeus z Kappdokie v roce 150 n.l. popsal jak euforickou mánií, ale i závažnější psychotickou mánií.

O sedmnáct staletí později popsal Farlet (Farlet, 1854) „cirkulující mánií“, a Baillarger (Baillarger, 1854) publikoval „mánií dvojí formy.“

Kraepelin (1921) sloučil melancholií a mánií v jednu nozologickou jednotku a stanovil metodologické zásady pozorování.

Asi od poloviny minulého století převládl názor, že depresivní porucha bez epizod mánie nebo hypománie (unipolární deprese) se velmi liší od depresivní poruchy, která se objevuje v mladším věku a při níž se tyto epizody vyskytují (bipolární deprese).

Přestože jsou unipolární a bipolární deprese rozlišitelné, jak klinicky, tak i podle rodinných anamnéz. A v neposlední řadě také podle odezvy na psychofarmaka, objevují se oblasti, kde se tyto jednotky překrývají a jsou označeny jako pseudounipolární.

V dnešní době klademe důraz na heterogenitu bipolární poruchy, která zahrnuje ne jednu, ale více odlišných klinických jednotek (LÁTALOVÁ, 2010).

1.2 Charakteristika onemocnění

Bipolární afektivní porucha je psychická nemoc, vyznačující se velmi variabilním průběhem. A to nejen mezi jednotlivými pacienty, ale i u jednoho pacienta v průběhu jednotlivých epizod.

U pacienta dochází ke střídání manických a depresivních epizod. Objevit se může i epizoda smíšená; a to buď se smíšenými, nebo rychle střídajícími hypomanickými, manickými a depresivními příznaky. Toto onemocnění je celoživotní (SEIFERTOVÁ, 2008).

1.3 Etiopatogeneze bipolární afektivní poruchy

Bipolární porucha má mnoho příčin. Nacházíme souvislost s dědičností, pacientovou minulostí a prostředím. Tento multideterminismus se objevuje i v dalších oblastech psychiatrie. Význam psychologických faktorů a vlivu prostředí byl dlouhou dobu minimalizován. V současnosti destabilizační faktory stále více zkoumáme a identifikujeme. Často se jedná o negativní zážitky z minulosti. Do této skupiny patří: smutek ze ztráty partnera, citová deprivace a nebo sexuální agrese v dětství. K traumatům z dětství se přidávají bolestné životní prožitky (problémy v partnerských vztazích, profesní nebo finanční potíže) a opakovaný stres (pracovní přetížení, nedostatek spánku, ignorování přirozeného životního rytmu). Skličující zážitky a zátěžové situace mohou odstartovat depresivní nebo excitační (manické) epizody. Je prokázáno, že zvýšené projevy emocí v rodině (vzteky nebo křik při sebemenší příležitosti) jsou urychlujícím faktorem působícím na spouštění manické epizody. Bipolární porucha může být ve výjimečných případech spojena s organickou příčinou s onemocněním neurologickým (mozkové nádory, cévní léze, otřes mozku), endokrinologickým (zvýšená činnost štítné žlázy, Cushingův syndrom, infekčním (virové nebo parazitární encefalopatie), degenerativním (roztroušená skleróza, frontotemporální demence, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova choroba), metabolickým (hemodialýza) nebo pooperačními stavy (GAY, 2010).

Genetické aspekty

V historii psychiatrie nejsou pochybnosti o tom, že v etiopatogenezi bipolární

poruchy se uplatňují geny. Toto tvrzení, můžeme podložit i současnými nálezy, že jestliže jedno z jednovaječných dvojčat má toto onemocnění, je 72% pravděpodobnost, že bipolární afektivní poruchou onemocní i druhé. U dvouvaječných dvojčat je tato pravděpodobnost 14%. Eugen Bleuler neměl údaje o dvojčatech a u sourozenců nacházel 12,7% riziko, že onemocní oba. Když jeden z rodičů trpí bipolární afektivní poruchou, má jejich potomek 24% riziko onemocnět.

Jestliže bipolární afektivní poruchou trpí oba rodiče, je toto riziko 55%. Jak ukazuje porovnání dnešní nálezů s Bleulerovými, nelze vysvětlit rostoucí incidenci bipolární afektivní poruchy v posledních desetiletích genetickou mutací. Nemůžeme tedy vyloučit vliv zjemnění diagnostiky a vyhledání lehčích forem onemocnění. Posoudit však můžeme vliv měnícího se prostředí. Především psychická traumatizace či tělesná onemocnění mohou usnadnit expresi genů zodpovědných za vznik onemocnění.

Geny způsobující bipolární afektivní poruchu nebylo jednoduché určit. V dnešní době pozorujeme vztah mezi BAP a chromozomem 18, kde je kódována jedna z jednotek G – proteinu. Genetické markery BAP se nacházejí ve změnách aktivity monoaminoxidázy, COMT (katechol-O- methyltransferázy), ve změnách koncentrace metabolitu serotoninu a kyseliny hydroxyindolové v likvoru, zvýšen je poměr intracelulárního lithia k extracelulárnímu. (LÁTALOVÁ, 2010).

1.4 Průběh bipolární afektivní poruchy

Nejčastěji se první epizoda onemocnění objevuje mezi 15-20 rokem života, ale může se objevit kdykoliv během života. Velmi často porucha začíná depresivní epizodou.

Výskyt deprese a mánie se mezi lidmi výrazně liší, v průměru připadají na jednu manickou epizodu tři epizody depresivní. Samotný průběh bipolární poruchy, tedy četnost a délky manických a depresivních epizod, je velmi různorodý a mezi nemocnými se může významně lišit. Častá je přítomnost komorbidních onemocnění a psychosociálních potíží. U tohoto onemocnění je typická heterogenita jejího klinického obrazu. Zahrnuje jak pacienty velmi dobře fungující, přizpůsobené, kteří nemají žádné příznaky nemoci po celá desetiletí. Tak i pacienty chronické, sociálně dysfunkční, pacienty s opakovanými relapsy onemocnění, kteří nikdy nedojdou plné remise (BREZNOŠČÁKOVÁ; NOVÁK; STOPKOVÁ, 2008).

1.5 Klinický obraz bipolární afektivní poruchy

Mánie

Je porucha nálady, která se projevuje rozjařenou, okolnostem nepřiměřenou náladou. Je doprovázena hyperaktivitou, velkášskými postoji s nevhodným společenským vystupováním. Pacient se po dobu manické epizody cítí velmi dobře, a to jak duševně, tak i fyzicky. Necítí se nemocný a často udává, že je to jeho skutečná povaha. Pacient v této fázi onemocnění necítí únavu, málo spí, má sníženou potřebu jídla a tekutin. Má sklon ke zvýšené konzumaci alkoholu, cigaret nebo jiných psychoaktivních látek. Často hazarduje a riskuje. Bezhlavě se pouští do nových projektů, extrémně utrácí, bere si množství půjček, má sklon k promiskuitnímu chování, jedná zbrkle a neuváženě. Mnohdy si připadá neodolatelný. Mluví hlasitě a rychle. Myšlení je překotné. Chování je familiární a postrádá společenský odstup. Mánie je vážný psychický stav, u kterého je hospitalizace pacienta většinou nezbytná (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002).

Hypománie

Je mírnější forma mánie. Příznaky jsou méně výrazné a nenarušují tolik fungování v běžném životě. Odlišit hypománii od dobré nálady může být někdy obtížné. Platí, že by mělo jít o stav, který není pro daného jedince typický. Pacienti mají pocit dobré nálady, cítí se plní energie. Jsou velmi hovorní, mají sníženou potřebu spánku, nenucené chování a zvýšenou sexuální aktivitu. Tyto popsané symptomy nenarušují u pacienta jeho pracovní schopnosti. U této poruchy se neobjevují halucinace ani bludy.

Pacient v hypománii většinou nevyhledá odbornou péči. Cítí se subjektivně velmi dobře. U pacientů dlouhodobě léčených s bipolární afektivní poruchou je rozvoj hypománie varovným signálem pro rozvoj a další ataky onemocnění (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002).

Deprese

Rozlišujeme tři fáze deprese – lehkou, střední a těžkou. Pacient má špatnou náladu, málo energie a je málo aktivní. Je porušena schopnost koncentrace, schopnost bavit se, pozorujeme ztrátu libida. Pacient se není schopen věnovat osobním zájmům.

I po malé námaze pozorujeme únavu. Potíže se objevují v oblasti spánku, v oblasti příjmu potravy- snížení chutí k jídlu, hubnutí. Je snížené sebehodnocení i sebedůvěra. Objevuje se pocit viny či beznaděje, a to i u lehkých případů. Smutná nálada se v časovém průběhu příliš nemění. Pacient se probouzí i o několik hodiny dříve než před obvyklou hodinou. Ve fázi střední a těžké depresivní epizody nejsou pacienti schopni plnit své povinnosti. Nezvládají dokončit započatou činnost, všechno je stojí mnoho energie a času. A třetina pacientů přemýšlí o sebevraždě, 10 -15% pacientů se o ni pokusí. Pokud se u pacienta objeví bludy, mají depresivní obsah. U neléčení deprese je velké riziko sebevraždy, dochází k dlouhodobé pracovní neschopnosti, přerušení společenských vztahů a také k poničení rodinných vztahů. Pacient ve střední nebo těžké depresivní epizodě potřebuje odpornou psychiatrickou pomoc a hospitalizaci (LÁTALOVÁ, 2010).

Smíšená epizoda

Je to stav vznikající při přechodu z jedné fáze do druhé, nebo stav, při kterém se mísí jednotlivé komponenty nálady, myšlení a chování.

Jak manické, tak depresivní příznaky musí být výrazné většinu času během období alespoň dvou týdnů (HERMAN aj., 2004).

Rychlé cyklování

Nastává tehdy, když se u nemocného projeví epizody bipolární poruchy s vysokou frekvencí – více než čtyři v jednom roce. Léčba a stabilizace tohoto typu bipolární poruchy je obtížnější než u pacientů s nižší frekvencí epizody. U většiny pacientů je tento jev však přechodný a dochází k němu pouze v obdobích destabilizace onemocnění. U některých pacientů však k výrazným výkyvům nálady dochází i v průběhu 24 hodin, v tomto případě se popisuje ultra rychlé cyklování epizod (HERMAN aj., 2004).

Remise

Je to bezpříznakové období nebo období, ve kterém nejsou naplněna kritéria pro manickou, depresivní nebo jinou poruchu nálady (LÁTALOVÁ, 2010).

1.6 Diagnostika bipolární afektivní poruchy

Při stanovení diagnózy bipolární afektivní porucha se nemůžeme opřít o žádné specifické laboratorní testy nebo jiné postupy, na jejichž základě by bylo možné provést definitivní diagnózu. Tuto poruchu tedy rozlišujeme na základě skupiny příznaků, které se u nemocného objeví společně v jednom časovém období. Mezinárodní klasifikace nemocí zachovává koncepci připouštějící existenci jediné manické epizody jako svébytné poruchy. Až další epizoda poruchy nálady a není důležité zda manická nebo depresivní, může vést k diagnóze bipolární afektivní poruchy. Naopak Americká klasifikace DSM - IV vychází z předpokladu, že každá, a to i jediná manická nebo smíšená epizoda patří k bipolární poruše. Tato klasifikace také rozděluje bipolární poruchu I. a II. typu. Toto dělení není v současné době používáné v klasifikaci psychických onemocnění (MKN-10) používané v České republice, ale často se u nás využívá (LÁTALOVÁ, 2010).

Dělení bipolární afektivní poruchy podle klasifikace DSM-IV

Bipolární porucha I (BP I) – typické manické záchvaty se střídají s depresivními epizodami. Diagnózu určujeme hlavně v době manické epizody.

Bipolární porucha II (BP II) – manická epizoda není tak výrazná, pacientovy výstřelky méně pozoruhodné (hovoříme o hypománii) a nejdříve se začnou projevovat problémy s depresí (GAY, 2010).

1.6.1 Diagnostika jednotlivých epizod

F30 Manická epizoda

Podle klasifikace MKN -10 je manická epizoda samostatnou nozologickou kategorií a projevuje se psychopatologickým obrazem hypománie nebo mánie.

F30.1 Mánie bez psychotických příznaků

A) Změny nálady musí být výrazné a trvat minimálně po dobu jednoho týdne. Pacient musí mít náladu převážně zvýšenou, expanzivní nebo naopak velmi podrážděnou a jednoznačně neobvyklou pro daného jedince.

B) U pacienta musí být přítomny nejméně tři z následujících příznaků:

- zvýšená aktivita,
- zvýšená komunikativnost,
- zrychlené myšlení,
- velmi malá potřeba spánku,
- zvýšené sebehodnocení,
- nadměrná sexuální aktivita,
- a nepřiměřené chování.

C) U pacienta se neobjeví halucinace nebo bludy.

D) Epizoda nesouvisí s užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou.

F30.2 Mánie s psychotickými příznaky

A) U pacienta proběhne epizoda, která splňuje stejná kritéria jako pro mánií bez psychotických příznaků.

B) Epizoda nesmí mít kritéria pro schizofrenii nebo schizoafektivní poruchu – manický typ.

C) Jsou zde odlišné bludy nebo halucinace , než které jsou uvedeny jako typicky schizofrenní (HERMAN aj., 2004).

F30.0 Hypománie

A) Pacient má povznesenou nebo podrážděnou náladu do takové míry, že je to pro daného jedince nenormální. Tato nálada musí trvat alespoň čtyři po sobě jdoucí dny.

B) Jsou přítomny nejméně tři z následujících znaků:

- zvýšená komunikativnost,
- zvýšená tělesná aktivita,
- nižší potřeba spánku,
- vyšší sexuální aktivita,
- chování je nezodpovědné, pacient mírně zvýšeně utrácí peníze,

- a pacient je familiární.

C) Epizoda neodpovídá stanoveným kritériím pro bipolární afektivní poruchu, depresivní epizodu, cyklothymii, manickou epizodu nebo mentální anorexii.

D) Nejedná se o nějakou organickou duševní poruchu. Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivních látek (HERMAN aj., 2004).

F32 Depresivní epizoda

Během depresivní epizody někteří pacienti zažívají příznaky „čisté deprese“. Jedná se, o prožitky výrazného smutku, objevuje se neschopnost prožívat radost, únava, nuda, mrzutost.

F32.0 Lehká depresivní epizoda

A) Jsou splněna hlavní kritéria pro depresivní epizodu.

B) Jsou přítomny nejméně dva z následujících příznaků:

- špatná nálada, která je jednoznačně nenormální pro daného jedince. Depresivní nálada je přítomná po většinu dne a skoro každý den, je ovlivněná okolnostmi. Tato nálada musí trvat alespoň dva týdny.
- je přítomna ztráta zájmu či potěšení při aktivitách
- objevuje se pokles energie nebo zvýšená unavitelnost.

C) Ze seznamu ostatních symptomů je přítomen jeden nebo více:

- ztráta sebeúcty či sebedůvěry,
- pocit bezdůvodné viny, neoprávněné výčitky proti sobě samému,
- jsou přítomny opakovaně myšlenky na smrt či sebevraždu nebo jiné sebevražedné jednání,
- schopnost myslet a soustředit se je snížena, pacient je nerozhodný,
- objevují se poruchy spánku jakéhokoli typu,
- chuť k jídlu je změněná ve smyslu snížení či zvýšení s odpovídajícími změnami hmotnosti.
- projevuje se změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením.

F32.1 Středně těžká depresivní epizoda

- A) Jsou splněna hlavní kritéria pro depresivní epizodu.
- B) Jsou přítomny nejméně dva z příznaků typu B.
- C) Z ostatních symptomů by jim mělo být přítomno tolik, aby celkový počet byl nejméně šest .

F32.2 Těžkou depresivní epizodu bez psychotický příznaků

- A) Jsou splněná hlavní kritéria pro depresivní epizodu.
- B) Jsou přítomny všechny tři příznaky typu B.
- C) Je přítomen takový počet ostatních příznaků, aby jejich celkový počet byl alespoň osm.
- D) Nejsou přítomny bludy, halucinace nebo depresivní stupor.

F32.3 Těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky

- A) Jsou splněná hlavní kritéria pro depresivní epizodu.
- B) Jsou splněna kritéria pro těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků mimo kritéria D.
- C) Nejsou přítomna kritéria pro schizoafektivní poruchu nebo schizofrenii.
- D) Je přítomen kterýkoli z těchto okruhů:
 - halucinace nebo bludy, které uvádíme jako typicky schizofrenní. Nejvíce mají sebeobviňující, depresivní, hypochondrický, nihilistický, paranoidní nebo perzekuční obsah.
 - depresivní stupor (HERMAN aj., 2004).

1.6.2 Diagnostická kritéria bipolární poruchy podle MKN- 10, 1996 (pro výzkum)

F31 Bipolární afektivní porucha

Jedná se o opakující se poruchu nálady . Tedy poruchu nálady, která se u svého nositele vyskytla nejméně dvakrát za život. Navíc se u postiženého musel alespoň

jedenkrát objevit stav hypománie či mánie nebo smíšená forma poruchy nálady.

F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická

A) Epizoda musí splňovat všechny kritéria pro hypománii.

B) V anamnéze pacienta se v minulosti vyskytla alespoň jedna afektivní epizoda splňující kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu, depresivní epizodu nebo smíšenou afektivní epizodu.

F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická bez psychotických příznaků

A) Epizoda musí splňovat kritéria pro mánii bez psychotických příznaků.

B) V anamnéze pacienta se v minulosti vyskytla alespoň jedna afektivní epizoda splňující kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu, depresivní epizodu nebo smíšenou afektivní epizodu.

F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická s psychotickými příznaky

A) Epizoda splňuje kritéria pro mánii s psychotickými příznaky.

B) V anamnéze pacienta se v minulosti vyskytla alespoň jedna afektivní epizoda splňující kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu, depresivní epizodu nebo smíšenou afektivní epizodu.

F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda středně těžké nebo mírné deprese

A) Epizoda musí splňovat kritéria pro depresivní epizodu, a to buď mírnou nebo středně těžkou.

B) V anamnéze pacienta se v minulosti vyskytla alespoň jedna afektivní epizoda, která splňuje kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu, depresivní epizodu nebo smíšenou afektivní epizodu.

F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese bez psychotických příznaků

A) Epizoda splňuje kritéria pro těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků.

B) V anamnéze pacienta se v minulosti vyskytla alespoň jedna hypomanická nebo manická epizoda, nebo smíšená afektivní epizoda.

F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese s psychotickými příznaky

A) Epizoda splňuje kritéria pro těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky.

B) V anamnéze pacienta se v minulosti vyskytla ještě alespoň jedna hypomanická nebo manická epizoda, nebo smíšená afektivní epizoda.

F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda smíšená

A) Epizoda se vyznačuje buď smíšenými hypomanickými, manickými nebo depresivními příznaky a nebo jejich rychlým střídáním.

B) Manické i depresivní příznaky musí být výrazné většinu času během období dvou týdnů.

C) V anamnéze pacienta se v minulosti vyskytla ještě alespoň jedna hypomanická nebo manická epizoda, depresivní epizoda nebo smíšená afektivní epizoda

F31.7 Bipolární afektivní porucha, současně v remisi

A) Epizoda nenaplnuje kritéria ani pro depresivní, ani pro manickou epizodu jakékoli závažnosti, ani jinou poruchu nálady uvedenou pod F30 – F39

B) V anamnéze pacienta se v minulosti vyskytla alespoň jedna hypomanická nebo manická epizoda, a navíc ještě alespoň jedna jiná afektivní epizoda.

F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy

F31.9 Bipolární afektivní porucha nespecifikovaná (SEIFERTOVÁ aj. ,2008).

1.7 Léčba bipolární afektivní poruchy

Pokud není bipolární porucha léčena má velmi často devastující vliv, a to jak na pacienta, ale i na jeho rodinu. Velmi významná je farmakologická léčba a to jak v akutní, tak i v dlouhodobé fázi léčby. Psychoterapeutické postupy či jiné léčebné metody mají také svůj podíl na léčbě, ale ve většině případů k léčbě bez farmakoterapie nestačí.

Ani v dnešní době bohužel nedokáže psychiatrie vyléčit biologickou podstatu bipolární poruchy. Je možné léčit vyléčit jen jednotlivé epizody onemocnění (mánie, deprese) a co nejvíce omezit vznik nové epizody bipolární poruchy v budoucnosti. Takto je zásadně ovlivněn psychický stav pacienta, a to jak v době akutní léčby epizody poruchy nálady, tak v jeho osud v budoucnosti (LÁTALOVÁ, 2010).

1.7.1 Farmakoterapie

Depresivní epizoda – snažíme se léčit mírné depresivní příznaky jen optimalizací (převážně zvyšováním dávky) dlouhodobě podávaných stabilizátorů nálady, volíme stabilizátory nálady s antidepresivním účinkem (lamotrigin, lithium, olanzapin). Antidepresiva podáváme při výraznějších depresivních příznacích, ale nejlépe v kombinaci se stabilizátorem nálady. Podávání antidepresiv v léčbě depresivní epizody bipolární poruchy bez stabilizátoru nálady má svá rizika, u části nemocných dojde k přesmyku nálady do opačné, manické, epizody nemoci. Je tedy vhodné podávat stabilizátor, který právě přesmyku brání.

Hypomanická epizoda – také zde se snažíme léčit hypomanické příznaky optimalizací (častěji zvýšením dávky) dlouhodobě podávaného stabilizátoru nálady s antimanickými účinky, jako je např. Lithium, valproáty, olanzapin. Antidepresiva většinou nepodáváme.

Manická epizoda – podáváme léky s antimanickým účinkem, a to nejlépe v kombinaci s dlouhodobě podávaným stabilizátorem nálady (HERMAN aj., 2004).

Farmaka užívaná v léčbě akutní mánie

Lithium

Velmi často využíváme lithium v akutní terapii klasické, euforické mánie. Často však mánie vyžaduje rychlejší zásah a nelze čekat na vyjádření antimaniického efektu čtrnáct a více dní. V těchto případech volíme raději antipsychotika, která účinkují rychleji. Právě proto je akutní mánie nejčastěji léčena podáváním antipsychotik, popřípadě kombinací lithia s jiným stabilizátorem nálady. Akutní léčbu lithiem ještě komplikuje skutečnost, že před jeho nasazením musíme vyšetřit ledvinové funkce. Vyšetřujeme tedy močovou clearance, hladiny urey, kreatinu a hladiny TSH. Není vůbec jednoduché a většinou ani možné přimět pacienty v mánii ke spolupráci, která je velmi důležitá především u čtyřadvacetihodinového sběru moče. Proto v některých případech zahajujeme léčbu lithiem i bez těchto vyšetření. Tento postup není kontraindikován. Mezi další vyšetření, které by se měli provést před nasazením lithia patří EKG křivka a interní vyšetření.

V praxi po nasazení lithia provádíme kontrolu lithemie ze začátku jednou týdně nebo jednou za dva týdny. Lithemie u dlouhodobě stabilizovaných pacientů se vyšetřuje jednou za šest měsíců.

Valproát

Doposud není znám přesný mechanismus účinku. Lze říci, že valproát má s lithiem srovnatelnou účinnost. Dokonce je u smíšených epizod účinnější. Také účinek haloperidolu a olanzapinu je s účinkem valproátu srovnatelný. Mezi vedlejší účinky valproátu, které se většinou vyskytují na začátku léčby, patří: gastrointestinální potíže, iritabilita, zmatenost a tremor. Abychom těmto vedlejším účinkům předešli nasazujeme lék postupně a podáváme po jídle.

Karbamazepin

Ani u tohoto léku zatím neznáme přesný mechanismus účinku. Karbamazepin v léčbě akutní mánie je srovnatelně účinný s lithiem a některými antipsychotiky první generace jako je chlorpromazin či haloperidol. Nemá však tak dobré výsledky v léčbě akutní mánie jako valproát. Než karbamazepin nasadíme je vhodné vyšetřit krevní

obraz, jaterní funkce, funkce ledvin a mineralogram v séru.

Jiná antikonvulziva

Mezi další léky užívané k léčbě mánie patří Oxkarbamazepin, Lamotrigin či Gabapentin. (SEIFERTOVIÁ aj., 2008).

Antipsychotika první generace (A1G):

Haloperidol

Haloperidol je standardním a v praxi hojně užívaným lékem pro zvládnání akutní mánie. Výrazně redukuje psychotickou symptomatologii a tlumí agitovanost a agresivitu. Je jen mírně sedativní, ale přesto nemocné dobře pacifikuje. K jeho nevýhodám patří častý výskyt extrapyramidové symptomatologie a dochází i ke zvýšení prolaktémie.

Chlorpromazin

Chlorpromazin řadíme mezi sedativní antipsychotika. Má výrazný sedativní efekt. Je často využíván v akutní léčbě mánie a to především proto, že dobře pacifikuje nemocného. Není vhodné ho podávat u organicky navozené mánie.

Zuklopentixol

Zuklopentixol patří mezi sedativní antipsychotika. Pro své silné sedativní působení je využíván u agresivních pacientů.

Antipsychotika druhé generace (A2G):

Olanzapin

Olanzapin zařídíme do skupiny multireceptorových antagonistů. Je indikován u manické epizody, ale i u depresivní epizody BAP. Patří také mezi stabilizátor nálady využívaný v prevenci depresivních a manických epizod. Využíváme ho i u pacientů s rychlým cyklováním epizod a s psychotickými příznaky. Při dlouhodobém podávání může dojít k narušení metabolismu tuků a cholesterolu. Dochází také k narušení metabolismu glukózy.

Risperidon

Je účinný u psychotických i nepsychotických forem mánií. Risperidon je vhodné kombinovat se stabilizátory nálady. Tato je léčba je účinnější, než léčba samotnými stabilizátory.

Klozapin

Využíváme k léčbě farmakorezistentních stavů, pro jeho obzvláště dobré účinky u rezistentních pacientů. Nebývá tedy lékem první volby.

K Antipsychotikům druhé generace využívaným k léčbě mánie patří také:

Ziprasidon, Quetiapin, Aripiprazol (LÁTALOVÁ, 2010).

Farmaka užívaná v léčbě deprese

Lithium

Nemá při léčbě bipolární deprese takové výsledky jako při léčbě mánie. A to i proto, že antidepresivní účinek lithia nastává podstatně později než jeho účinek antimaničkový, a to v průběhu 6-8 týdnů jeho podávání.

Mezi antikonvulziva využívaná v léčbě deprese patří:

Valproát, Carbamazepin, Lamotrigin, Topiramát

Mezi antipsychotika využívaná v léčbě deprese patří:

Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon, Aripiprazol

Mezi antidepresiva využívaná k léčbě deprese patří:

Tranylxypromin, Moclobemid, Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram, Bupropion, Venfaxin, Imipramin

(LÁTALOVÁ, 2010).

1.7.2 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Tuto metodu používáme u pacientů s hlubokou depresí. Pacient v tomto stavu

nedbá o svůj vzhled, odmítá jídlo i pití, nekomunikuje, nespolupracuje, jsou přítomny výrazné psychotické příznaky.

Jedná se o poměrně šetrnou metodu. Můžeme ji tedy provádět i u starších pacientů nebo somaticky nemocných lidí. Provádí se u hospitalizovaného pacienta po předchozím somatickém vyšetření. Provádíme EKG křivku, oční vyšetření, interní vyšetření, základní laboratorní odběry a EEG vyšetření. Vyšetření provádíme ve spolupráci s anesteziology v sérii 6-12 aplikací během 3-4 týdnů. Někdy je nutné k dosažení potřebného účinku delší sérii nebo musíme sérii opakovat. Elektrická stimulace mozku trvá 1-2 sekundy. Mozek na stimulaci reaguje 20- 40 sekund trvajících změnami elektrické aktivity na membránách mozkových buněk, čímž se obnovují normální fyziologické poměry mozkové činnosti. Doba výkonu nepřesahuje 10 minut. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří postkonvulzivní zmatenost a narušení paměti, které většinou zmizí do 6 měsíců po ukončení léčby (RABOCH; PAVLOVSKÝ; JANOTOVÁ, 2006).

1.7.3 Psychoterapie

Je důležitou součástí léčby. Patří sem takové metody léčby, při kterých se používají psychologické poznatky. V praxi používáme individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Cílem psychoterapie je obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním.

Terapeut se snaží postiženému pomoci, aby porozuměl, co se děje, a oddělil zdravé prožívání od nemocného. Pomáhá mu omezit či odstranit patologické prožitky. Stanovit si nový žebříček hodnot, ale také nalézt znovu důvěru v sebe a svět kolem.

Individuální psychoterapie

Napomáhá obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevnou vztahovou osobu, které můžete důvěřovat v krizových situacích. Nabízí přátelskou atmosféru, přijetí a pochopení, do ničeho nenutí.

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie se nejčastěji provádí ve skupině 8 až 12 osob, kterou vedou dva psychoterapeuti. V nejlepším případě muž a žena. V dnešní době je vedena

bohužel ve většině případů jedním člověkem, v souvislosti s nedostatkem psychoterapeutů. Délka jednotlivých sezení se pohybuje okolo 1,5 hodiny. Skupinové dění se dáno vztahy mezi lidmi a jejich navyklými způsoby chování. Způsob, jakým se lidé chovají v běžném životě se projeví dříve či později i chováním ve skupině. Postupně jak se lidé poznávají a otvírají vznikne ve skupině atmosféra důvěry, sympatie a soucitu či spoluúčasti. Výsledkem léčby je rozpoznat souvislosti mezi chováním jedince a jeho problémy a nemocí. Následně se snaží pomoci tyto vzorce změnit. Skupina může být uzavřená, kde zůstává složení skupiny konstantní a vztahy jsou zde hlubší. Nebo otevřená skupina, kde jsou průběžně přijímáni noví pacienti (PRAŠKO; PRAŠKOVÁ,H; PRAŠKOVÁ,J, 2003).

Krátkodobá rodinná terapie

Je určena pro hospitalizované pacienty a zahrnuje obvykle šest sezení. Cílem této terapie je přijetí nemoci, naučit se rozpoznat spouštěcí stresory pro vznik epizod, identifikovat potenciální přítomnost těchto stresorů v rodině, stresory co nejvíce minimalizovat. Tato terapie se také snaží vést rodinu pacienta k akceptaci dlouhodobé léčby i po propuštění z hospitalizace (SEIFERTO VÁ aj., 2008).

Kognitivní terapie

Tato terapie se soustředí na snížení zranitelnosti tím, že učí pacienta metody, jak snížit celkový stres pomocí rytmického denního režimu a změněním špatných postojů, které vedou k přepracování či narušení sociálních rytmů. Pacient se také učí zaznamenávat prodromální projevy. (SEIFERTO VÁ aj., 2008).

1.8 Komorbidita

Termínem psychiatrická komorbidita označujeme výskyt dvou nebo víc symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince. Komorbidita je u pacientů s bipolární afektivní poruchou velice častá. Zneužívání či závislost na jakékoliv návykové látce (alkohol, drogy) se vyskytuje až u 60% pacientů s bipolární afektivní poruchou. Nejčastěji se setkáváme zneužíváním alkoholu v průběhu depresivní epizody a stimulancí v průběhu manické epizody. Závislost na návykových látkách je závažný problém především u dospívajících nemocných s bipolární afektivní poruchou. Abúzus

těchto látek, především stimulancí, výrazně zhoršuje průběh a léčbu bipolární afektivní poruchy.

U pacientu s BAP se velmi často vyskytují úzkostné poruchy. Častější výskyt pozorujeme u žen, což zřejmě souvisí s větším výskytem složitějších forem BAP u žen (LÁTALOVÁ, 2010).

1.9 Suicidalita

U pacientů s BAP je velmi velké riziko sebevražedného jednání, a to především v období depresivní epizody. Udává se, že až 15% pacientů s BAP zemře sebevraždou. Z nich až 80% v období depresivní epizody. Mezi nejvíce rizikové období u pacienta se považuje zmírnění těžké deprese. V této fázi má pacient energii na to, aby realizoval svoje sebevražedné úmysly. Pacient dostávající se z těžké deprese může mít sebevražedné myšlenky i v souvislosti s obavou z opakování podobného stavu v budoucnosti. Často tato situace nastává po propuštění z hospitalizace. Pacient cítí, že v přirozeném prostředí zvládá sebe a své problémy hůře než pod ochranou hospitalizace. (HERMAN; PRAŠKO; SEIFERTOVÁ 2007).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S BAP

Pacient v akutní fázi bipolární afektivní poruchy je přijímán na uzavřené psychiatrické oddělení. V lehčí fázi je přijímán na oddělení otevřené.

Monitorování

- fyziologických funkcí (krevní tlak, puls ,tělesná teplota),
- chování a nálady pacienta,
- užití léků a kontrolujeme jejich účinek,
- aktivizace pacienta,
- nebezpečnosti pacienta pro něj samého a jeho okolí a
- omezení pacienta.

Hygienická péče

- zhodnotit úroveň péče o sebe sama,
- dohlížet a kontrolovat hygienickou péči a
- u těžce depresivního pacienta zajistit veškerou hygienickou péči.

Spánek a odpočinek

- sledovat a zapisovat kvalitu spánku,
- sledovat a zapisovat denní spánek a
- zajistit podmínky pro spánek

Poloha, pohybový režim

- přes den pacienta přiměřeně aktivizovat,
- provádět rehabilitaci, ergoterapii,
- dostatek podnětů .

Výživa

- zhodnocení stavu výživy,
- sledovat příjem stravy a tekutin zvláště u pacienta ve fázi deprese, ale i

u manických pacientů,

- při odmítání jídla krmit , dle ordinace lékaře NGS.

Vyprazdňování

- sledování vyprazdňování,
- u těžce depresivních pacientů – pleny, urokatetr,
- prevence zácpy.

Prevence sebevražedného pokusu

- sledujeme a zapisujeme verbalizaci sebevražedných myšlenek,
- informovat o sebevražedných myšlenkách lékaře,
- zajistit bezpečné prostředí (okna bez klik, žádné ostré předměty, šňůry),
- často pacienta kontrolovat i během noci.

Psychická podpora nemocného

- dodržovat zásady komunikace,
- klidný a empatický přístup,
- nespěcháme,
- zajistit návštěvu psychologa.

Komunikace s rodinou

- domluvit rodině schůzky s lékařem,
- zodpovědět všechny dotazy,
- poskytnout informační materiály o onemocnění,
- domluvit edukační informační sezení – Preduka.

Domácí péče

- zjistit možnosti rodiny pečovat o pacienta,
- zajistit pro pacienta ambulantní psychiatrickou péči,
- zajistit pro pacienta náhradní bydlení – sociální pracovnice,
- zajistit práci v chráněné dílně.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou bipolární afektivní porucha

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 - Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M.B.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1985	Věk: 27
Adresa bydliště a telefon: Uherský Brod	
Adresa příbuzných: Uherský Brod	
RČ: 1985	Číslo pojišťovny: pojištěn
Vzdělání: SPŠ stavební s maturitou	Zaměstnání: dělník
Stav: svobodný	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 6. 2. 2012	Typ přijetí: neodkladné
Oddělení: psychiatrické oddělení – uzavřené	Ošetřující lékař: MUDr. T. S.
Vstup: dobrovolný	Hospitalizace: opakovaná

Zdroj: zdravotnická dokumentace psychiatrická léčebna v Kroměříži

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Neví, proč je přijatý. V baru na něj zavolali policii, se kterou se podle svých slov nepohodl. Byl možná trochu agresivní.

Medicínská diagnóza hlavní:

F311 Bipolární afektivní poruchy, současná fáze manická bez psychotických symptomů

Medicínské diagnózy vedlejší:

Stp.fr. PHK anam.

Vitální funkce při přijetí:

Tabulka 2 - Vitální funkce při přijetí

TK: 130/90	Výška: 185
P: 80	Hmotnost: 98
D: hluboké	BMI: 28,63
TT: 36,6	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: při vědomí, orientace dobrá	Krevní skupina: nezjišťovaná

Zdroj: zdravotnická dokumentace psychiatrická léčebna v Kroměříži

Nynější onemocnění:

6.2.2012 ve 21 hodin přivezen policií ČR na centrální příjem psychiatrické léčebny. Udává, že se trochu nepohodl s barmanem, nechtěl zaplatit vodu, 22kč, neměl prý drobné, jenom kartu a stravenky, a to nechtěli vzít, že jen hotovost. Byl možná trochu agresivní. Zavolali na něho policajty. Po minulé hospitalizaci, chodil k psychiatrovi, potom přestal, léky užíval Zyprexu a ještě Rivotril, ale byl unavený a byly drahé, tak je vysadil. Hlasy neslyší, výjimečné schopnosti nemá. Zpočátku spolupracuje neochotně, postupně je spolupráce lepší. Nálada hypomanická až manická. Nejdříve odmítá léčbu, ale později podepisuje souhlas s léčbou. Je přijatý na uzavřené psychiatrické oddělení. Pacient opakovaně hospitalizován psychiatrické léčebně.

ANAMNÉZA

1. Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 56 letech neví na co, opakovaně hospitalizovaná v psychiatrické léčebně dg. BAP

Otec: má problémy s alkoholem, často ho vidí opilého

Sourozenci: bratr – hraje automaty

sestra – dosud zdravá

Děti: nemá

2. Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: bipolární afektivní porucha

Hospitalizace: 9/2010 psychiatrická léčebna

Úrazy: neguje

Očkování : tetanus 6/2009

3. Léková anamnéza:

Medikoval Zyprexu, Lithium, Rivotril, před rokem vše vysadil kvůli ospalosti.

4. Alergologická anamnéza:

Léky: neudává

Potraviny: jahody

Chemické látky: neudává

Jiné: prach, pyly

5. Abúzy

Alkohol: občasná konzumace alkoholu (víno, pivo)

Kouření: 10 cigaret denně

Káva: 3 denně

Léky: neguje

Drogy: neguje

6. Urologická anamnéza

Samovyšetřování semeníků neprovádí. Nemá urologické onemocnění.

7. Sociální anamnéza

Stav: svobodný

Bytové podmínky: bydlí s tetou v rodinném domku

Vztahy, role a interakce v rodině i mimo rodinu: poslední dva roky žije u tety. S otcem nevychází kvůli alkoholu. S tetou potíže nemá, jen se občas pohádají. Přítelkyni už dlouho nemá, podle jeho vyjádření „jej žádná nechce“. Nemá přátele. S bratrem a sestrou se stýkají málo.

Záliby: kultura, četba, mixování koktejlů, cyklistika, snowboard

8. Pracovní anamnéza

Vzdělání: SPŠ stavební s maturitou

Pracovní zařazení: pracuje v přípravě výroby v stavební firmě M- silnice

Ekonomické podmínky: je spokojený, platí ho dobře

9. Spirituální anamnéza

Není pokřtěný, ale občas zajde do kostela.

Tabulka 3 - Barthelův test

Bartelův test základních všedních činností		
Najedení, napití	sám	10
Oblékání	sám	10
Koupání	sám nebo s pomocí	5
Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
Kontinence moči	kontinentní	10
Kontinence stolice	kontinentní	10
Použití WC	sám	10
Přesun lůžko - židle	sám	15
Chůze po rovině	sám nad 50m	15
Chůze po schodech	sám	10

Zdroj: zdravotnická dokumentace psychiatrická léčebna v Kroměříži

Celkové hodnocení: nezávislý; body: 100

Tabulka 4 - Vyhodnocení rizika agrese

Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist		
Činnost/ faktor	Hodnocení	Body
Zmatenost	Ne	0
Podrážděnost	Ne	0
Výbušnost	Ne	0
Slovní vyhrožování	Ne	0
Agrese vůči věcem	Ne	0

Zdroj: zdravotnická dokumentace psychiatrická léčebna v Kroměříži

Celkové hodnocení: nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodin
body: 0

Tabulka 5 - Zhodnocení rizika sebevražedného jednání

Zhodnocení rizika sebevražedného jednání NGASR		
Činnost/ faktor	Hodnocení	Body
Beznaděj	ne	0
Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ne	0
Plán spáchat sebevraždu	ne	0
Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad rodiny	ne	0
Sebevražedný pokus v anamnéze	ne	0

Přítomnost stresových událostí	ano	1
Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ne	0
Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ano	1
Varovné známky sebevražedného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)	ne	0
Psychóza v anamnéze	ne	0
Ztráta manželky/manžela nebo životního partnera	ne	0
Známky sociálního stažení	ano	1
Socioekonomické strádání v anamnéze	ne	0
Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ano	1
Přítomnost terminálního onemocnění	ne	0

Celkové hodnocení: nízké riziko; body: 4

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 8.2.2012

Tabulka 6 - Posouzení fyzického stavu

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Trpím na migrény, mám to po mamince.“ „Vidím a slyším dobře. Nikdy jsem brýle nenosil.“	- na poklep a pohmat hlava nebolestivá, - oči střední postavení, - zornice isokorické, spojivky růžové - nos bez výtoku - zvukovod bez sekrece - rty růžové, suché - chrup vlastní – sanován - jazyk se plazí ve střední čáře - uzliny a štítná žláza nezvětšeny
Hrudník a dýchací systém	„Občas se zadýchám hlavně, když jdu do schodů.“ „Bolesti na hrudi nemám“	- dýchání je poslechově čisté, sklípkové, - bez vedlejších dýchacích šelestů, - eupnoe - hrudník je bez deformit, tvar piknický

Srdcovo-cévní systém	„Někdy mi utíká srdíčko po cigaretě.“	<ul style="list-style-type: none"> - akce srdeční pravidelná, - periferní pulzace hmatné, - ozvy srdeční ohraňené, - bez šelestu, - puls 80, - krevní tlak 130/90, - cévy na dolních končetinách nejsou viditelné.
Břicho a GIT	<p>„Nebyl jsem tu ještě na stoli. Naposledy jsem byl ještě doma, ale už si nepamatuju který den.“</p> <p>„Jídlo mi chutná, až moc.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> - břicho prohmatané, nebolestivé, - poslech – borborygmy 7 / min., - pohled – vystouplé břicho, obezita.
Močovo-pohlavní systém	„Nemám žádné potíže při močení.“	<ul style="list-style-type: none"> - tapotament nebolestivý, - scrotum nebolestivé, - uretra bez výtoku.
Kostrovo-svalový systém	„Měl jsem jenom před několika roky zlomenou ruku. Někdy mě ta ruka pobolívá.“	<ul style="list-style-type: none"> - svaly nebolestivé, - páteř fyziologicky zakřivená – nebolestivá, - klouby volně pohyblivé, - výška 185cm, hmotnost 98 kg, BMI 28,63.
Nervovo-smyslový systém	„Někdy jsem trochu nervózní, hlavně v práci je toho moc.“	<ul style="list-style-type: none"> - v anamnéze porucha nálady, - mírný esenciální tremor rukou, - chuť, hmat a čich jsou zachované.
Endokrinní Systém	„Měl jsem potíže se štítnou žlázou, proto mi psychiatr vysadil Lithium.“	<ul style="list-style-type: none"> - štítná žláza nezvětšena, bez patologických nálezů, - ochlupení přiměřené pohlaví.
Imunologický systém	„Nebývám vůbec nemocný. V dětství jsem měl nějaké chřipky a spálu.“	<ul style="list-style-type: none"> - nejsou vidět známky napadení infekcí, - bez alergických projevů.
Kůže a její adnexa	„Dřív jsem měl exémy, ale už je dlouho nemám.“	<ul style="list-style-type: none"> - ochlupení v normě, - kůže růžová, bez eflorescencí, bez hematomů, - v obličeji mírné akné.

Tabulka 7 - Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Doma jím hodně, jídlo mi chutná. Vařit neumím. Chodím do restaurací nebo si jen tak něco vezmu. Mám hodně rád maso.“	- neumí si sám uvařit. A nemá nikoho, kdo by mu uvařil.
	V nemocnici	„Jo tady vaří dobře, jen je toho jídla málo. Pak mám hned hlad.“	- BMI 28,63 nadváha, - D č.3 (základní), - jí dobře, dojídá i jídlo od jiných pacientů, - přejídá se.
Příjem tekutin	Doma	„Kupuji si sirup. A ještě piju hodně vodu. Občas si dám trochu vína nebo pivko. A kafičko.“	- bagatelizuje občasně užívání alkoholu.
	V nemocnici	„Tady musím pít ten váš sladký čaj. A když mi někdo dá, uvařím si kafe.“	- pije málo, hlavně kávu, kterou získá od spolupacientů. Přijme kolem 1000ml tekutin za 24 hodin
Vylučování moče	Doma	„Nemám žádný potíže s močením.“	- při příjmu pacient zapáchal močí.
	V nemocnici	„Tady nemám taky žádné potíže s močením. Jen mě vadí, že tam pořád někdo lozí.“	- nemá žádné potíže při močení, - moč bez příměsí.
Vylučování stolice	Doma	„Doma chodím pravidelně, každý den ráno.“	- doma zřejmě, žádné potíže se stolicí neměl.
	V nemocnici	„Nebyl jsem ještě na stolicí. Naposledy ještě doma, ale nevím přesně jak je to dlouho.“	- nebyl na stolicí od přijetí.
Spánek a bdění	Doma	„Doma spím dobře, nemám žádné potíže. Jsem unavený z práce.“	- má náročnou práci, - je často vyčerpaný.
	V nemocnici	„Tady se nedá spat, pořád tu někdo chodí nebo chrápe.“	- v noci se občas vzbudí, spánek přerušovaný, chodí v noci po chodbě.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Jsem poslední dobou hodně v práci. Je toho moc. Dřív jsem občas jel někde na kole.“	- pacient je unavený z práce, - nevěnuje se jiným sportovním aktivitám.

	V nemocnici	„Je tu nuda. Co se tady dá dělat. Chtěl bych jít ven.“	<ul style="list-style-type: none"> - má omezený režim na oddělení, - chodí a vykládá si s personálem nebo spolupacienty.
Hygiena	Doma	„Sprchuju se tak jednou za týden. Ale jinak se umývám v umyvadle.“	- pacient nedodrží základní hygienické návyky.
	V nemocnici	„Pořád se umývat nebudu. Šak tady se ani nezašpiním.“	<ul style="list-style-type: none"> - pacient se odmítá každý den sprchovat, - zuby si čistí jednou denně - nehty má dlouhé a špinavé.
Samostatnost	Doma	„Zvládnou si něco nakoupit, ale uvařit neumím. Jinak zvládám skoro všechno. Teta taky něco ještě udělá.“	- pacient zanedbaný, nepečuje o sebe.
	V nemocnici	„Tady se o mě pěkně staráte.“	- je samostatný, jen hygienickou péči nedodrží.

Tabulka 8 - Posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí	„Jsem v léčebně. V Kroměříži. Číslo oddělení nevím, asi dvojka, ne?“	- je při vědomí.	
Orientace	„Jsem v léčebně . Vím,že je únor nějak začátek.“	- orientovaná místem, osobou, dezorientace datem.	
Nálada	„Ale jo nestěžuji si.“	- nálada mírně nadnesená.	
Paměť	Staropa měť	„Mám perfektní vzpomínky na dětství. Rodiče se měli rádi, někdy s hádali, ale dobrý.“	- o dětství a minulosti mluví rozsáhle.
	Novopa měť	„No Vás si pamatuju, jen minule jste byla jinak ostříhaná. A nebyla tady ta slovenská doktorka?“	- pamatuje si některé sestry a ošetřovatele.
Temperament	„Někdy jsem veselej, ale bývám taky smutnej.“	- temperament pacienta nelze vzhledem probíhajícímu onemocnění hodnotit.	
Sebehodnocení	„Jsem asi samotář. Nemám kamarády. Ani žádná ženská mě nechce.“	- při sebehodnocení vyjadřuje pocity osamění.	
Vnímání zdraví	„Jezdil jsem na kole,ale teď není čas - chodím do práce.“	- pacient pravidelně necvičí, - má zvýšený BMI.	
Vnímání zdravotního stavu	„Nic mi není, nevím proč tu jsem.“	- pacient si neuvědomuje své onemocnění.	
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Ale já nejsem nemocný.“	- pacient si onemocnění nepřipouští, - je přesvědčen, že je zdravý a žádná léčba není zapotřebí.	
Reakce na hospitalizaci	„Potřebuju jít brzo dom. Kvůli práci.“	- je komunikativní, vyhledává společnost spolupacientů i zdravotního personálu.	
Adaptace na onemocnění	„Mě nic není. Pořád nechápu proč jsem tady.“	- pacient si nepřipadne nemocný.	
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Musím jít brzo domů jinak mě vyhodí z práce. Tři měsíce tu nebudu.“	- pacient od začátku verbalizuje strach, že kvůli hospitalizaci přijde o zaměstnání.	
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací	„Jsem tady podruhé, není to tu špatné. Jen bych chtěl jít ven kdy budu chtít a dělat si co chci.“	- pacient se zdá spokojený, - oddělení i personál si pamatuje z minulé hospitalizace, - chová se familiárně.	

Tabulka 9 - Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu				
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Komunikace	Verbální	„S vámi se pěkně povídá. To já můžu mluvit klidně do večera.“	<ul style="list-style-type: none"> - mluví rychle a velmi obsáhle, - chvílemi odbíhá od původního tématu. 	
	Neverbální	„Nemám rád, když mi stojí někdo za zády.“	<ul style="list-style-type: none"> - pacient po dobu komunikace stojí, - po celou dobu rozhovoru se usmívá, - gestikuluje. 	
Informovanost	O onemocnění	„Já nevím. Minule jsem měl tu bipolární poruchu. To mě tenkrát říkala paní primářka.“	<ul style="list-style-type: none"> - nemá dostatek informací o onemocnění, - myslí si, že je hospitalizován zbytečně. 	
	O diagnost. metodách	„Vím, co je rentgen, byl jsem tam minule.“	<ul style="list-style-type: none"> - pacient má dostatek informací o vstupním RTG vyšetření, zná toto vyšetření z minulé hospitalizace. 	
	O léčbě a dietě	„Dávají mi zas ty léky. Doufám, že nebudu zase tak unavený, jako doma, to jsem je pak už raději nejedl.“	<ul style="list-style-type: none"> - pacient léky užívá, - má základní D č.3. 	
	O délce hospitalizace	„Potřebuji jít domů brzo. Musím do té práce. Řeknu dneska paní doktorce. Nemůžu tady zůstat.“	<ul style="list-style-type: none"> - chce jít co nejdříve domů kvůli zaměstnání. 	
	Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Žiji s tetou. Maminka před rokem umřela. Otec pije, moc ho nevidám. Ani sourozence nevidám. Kamarády nemám.“	
		Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Pracuji jako dělník. Ve stavební firmě. Je to dobrá práce, nejlepší co jsem měl.“ „Žiji s tetou, otce ani sourozence moc nevidám.“	
Terciální (související s volným časem a zálibami)		„Rád jsem jezdil na kole a taky četl. Ale teď tolik času nemám, chodím do práce.“		

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření lékařem:

Laboratorní vyšetření: biochemie, hematologie

EKG křivka: bez patologického nálezu, bez ložisek, tachykardie

RTG pli: bránice ohraničené. Plicní parenchym bez čerstvých ložisek.

Tabulka 10 - Výsledky vyšetření ze dne 8.2.2012

Biochemické vyšetření krve		
jednotlivé parametry	výsledky	referenční mez
urea	3,7	2,8 - 8,0 mmol/l
kreatinin (krea)	93	59 - 104 mmol/l
kyselina močová (KM)	340	180 - 420 umol/l
sodík (Na)	139	135 - 148 mmol/l
draslík (K)	4,2	3,8 - 5 mmol/l
chloridy (Cl)	101,5	95 - 108 mmol/l
tyreotropin (TSH)	1,38	0,30-4,30mIU/l
tyroxin volný (fT4)	17,8	10,5-23,5pmol/l
C reaktivní protein (CRP)	8	0,0 - 5,0 g/l
Cholesterol (CHOL)	3,6	do 5 mmol/l
alaninaminotransferáza (ALT)	0,64	0,1 - 0,80 ukat/l
aspartátaminotransferáza (AST)	0,67	0,01 - 0,80 ukat/l
gamaglutamiltransferáza (GMT)	1,02	0,18 - 1,10 ukat/l
alkalická fosfatáza (ALP)	1,25	0,50 - 2,0 ukat/l
glykémie (gly)	5,1	3,3 - 6,1 mmol/l
triacylglyceroly (TAG)	0,82	0,20-2,00mmol/l

Zdroj: zdravotnická dokumentace psychiatrická léčebna v Kroměříži

Tabulka 11 - Výsledky vyšetření ze dne 8.2.2012

hematologické vyšetření krve		
jednotlivé parametry	výsledky	referenční mez
leukocyty (LEU)	8,3	4,0 - 10 . 10 ⁹ /l
erytrocyty (ERY)	5,4	4,0 - 6,0. 10 ¹² /l
hemoglobin (Hb)	170	125 - 175 g/l
trombocyty (PLT)	152	150 - 400 . 10 ⁹ /l
hematokrit (HCT)	0,51	0,40 - 0,50 l

Zdroj: zdravotnická dokumentace psychiatrická léčebna v Kroměříži

Konzervační léčba:

Dieta: 3 (základní)

Pohybový režim: pobyt na oddělení

Medikamentózní léčba:

Per os

Zyprexa 10mg 0-0-2

Depakine chrono 500mg 1-0-1

Intramuskulární podání

Při neklidu, tenzi na žádost pacienta, aplikovat Tisercin 2 amp i.m. (max. 2x denně)

Situační analýza ze dne 8. 2. 2012

Pacient spal dle ošetřujícího personálu přerušovaně. V jednu hodinu chvíli chodil po oddělení. Poté už spal. Únavu neudává. Nálada mírně nadnesená. Řeč rychlejší a mluví hlasitě. Na otázky odpovídá ochotně. Jen občas odbíhá od tématu. Je rád, že ho někdo poslouchá. Sám má plno dotazů. Nechápe proč byl hospitalizovaný. Má pocit, že nebyl důvod. Chtěl by být dneska propuštěn, potřebuje se vrátit do práce. Udává, že nebyl dlouho na stoličce. Neví přesně kdy byl naposledy, ale bylo to ještě před hospitalizací. Chtěl by jít alespoň na vycházku, potřebuje si koupit cigarety. Základní hygienické pomůcky dostal od personálu. Ale je neučesaný a neupravený. Odmítá se dnes sprchovat, až zítra nejdříve. Doma je zvyklý se sprchovat jednou týdně. Čisté prádlo a hygienické pomůcky mu nemá kdo donést. Žije s tetou, ale ta je stará a tak daleko už nedojde. S otcem se nestýká, je alkoholik. Sourozence taky nevidá. Kamarády nemá. Partnerku nemá, „žádná ho nechce“. Jídlo mu v nemocnici chutná. Zatím snědl všechno. Udává, že by snesl i víc jídla.

Ošetrovatelské diagnózy ze dne 8. 2. 2012 a jejich uspořádání podle priorit:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti s nedostatkem pohybové aktivity projevující se verbalizací pacienta o neschopnosti se vyprázdnit.

Cíl:

- Pacient má pravidelnou stolicí

Priorita:

- Střední.

Výsledná kritéria:

- Pacient vyjmenuje alespoň dvě příčiny zácpy do (3 hodin)
- Pacient vyjmenuje metody jak předcházet zácpě (do 4 hodin)
- Pacient verbalizuje schopnost vyprázdnit se (do 24 hodin)

Plán intervencí:

- Zjistí druh zácpy – sestra
- Zjistí stav vyprazdňování před hospitalizací – sestra
- Sleduj četnost stolic a zapisuj počet stolic do dokumentace – sestra.
- Seznam pacienta s 10 potravinami obsahující vyšší procento vlákniny – sestra
- Seznam pacienta s pitným režimem – vhodné a nevhodné tekutiny – sestra
- Seznam pacienta s vhodným pohybovým režimem – sestra
- Hovoř v krátkých a jednoduchých větách – sestra
- Zajisti, co nejvíce soukromí při defekaci – sestra
- Zajisti dostatek tekutin a dohlížej na jejich příjem – sestra, ošetrovatelka
- Zapisuj příjem a výdej tekutin do bilančního listu – sestra
- Prováděj s pacientem rehabilitační cvičení na oddělení – sestra, fyzioterapeut
- Zajisti schůzku pacienta s nutričním terapeutem – sestra
- Dle ordinace lékaře podávej laxantiva – sestra

Realizace: 8. 2. 2012 – 10. 2. 2012

8. 2. 2012 Sestrou proveden edukační rozhovor – zaměřený na pitný režim, pohybový režim, stravovací návyky.

Proběhla schůzka pacienta s nutričním terapeutem. Po domluvě k dietě č. 3 přidány přídatky – ovesné vločky, kompot.

Po domluvě s lékařem chodí pacient na zahradu v doprovodu ošetřovatele.

Pacient má nepřetržitě přístup k tekutinám a je personálem kontrolován, zda je přijímá.

Dle ordinace lékaře do medikace zařazeny laxantiva – 1 lžička Lactuloza na lačno 1x denně .

9. 2. 2012 Pacient zúčastnil se rehabilitačního cvičení na oddělení pod vedením rehabilitační pracovníce. Pacient verbalizuje, že se vyprázdnil.

10. 2. 2012 Po domluvě s lékařem chodí pacient na pravidelné společné vycházky po areálu v doprovodu ošetřovatele.

Hodnocení: 10. 2. 2012

- Pacient se vyprázdnil do 24 hodin
- Pacient je více aktivizovaný
- Pacient zná příčiny zácpy
- Cíl byl splněn, v intervencích je potřeba pokračovat

2. Porucha příjmu potravy ve smyslu zvýšení z důvodu nadměrného příjmu potravy projevující se zvýšeným BMI**Cíl:**

- Pacient má hodnotu BMI v normě

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria:

- Pacient vyjmenuje rizika obezity (do 24 hodin)
- Pacient dodržuje předepsaný dietní režim (do 3 dnů)

Plán intervencí:

- Zjistí, jak pacient vnímá svoji hmotnost – sestra
- Pravidelně kontroluj a zapisuj váhu pacienta – sestra
- Pravidelně měř a zapisuj u pacienta hodnotu pasu – sestra
- Seznam pacienta s 10 nízkotučnými potravinami - sestra
- Seznam pacienta s vhodnými a nevhodnými nápoji – sestra
- Zajisti edukaci pacienta nutričním terapeutem -sestra
- Zajisti pro pacienta dostatek vhodných tekutin – sestra
- Dle zdravotního stavu pacienta přiměřeně aktivizuj- sestra, fyzioterapeut
- Ve spolupráci s nutričním terapeutem zvol vhodnou dietu – sestra, nutriční terapeut
- Kontroluj pacienta v dodržování diety – sestra
- Motivuj pacienta a buď mu oporou – sestra

Realizace: 8. 2. 2012 – 11. 2. 2012

8. 2. 2012 Sestrou proveden krátký edukační rozhovor o zdravé výživě, pitném režimu, pohybovém režimu. Proběhla schůzka pacienta s nutričním terapeutem. Navržena dieta č. 8 (redukční). Pacient informován o rizicích obezity.

9. 2. 2012 Pacient je aktivizován, chodí na zahradu v doprovodu ošetřovatele. Jsou mu aktivně nabízeny tekutiny. Sestrou prováděn dohled nad jejich příjmem.

10. 2. 2012 Pacient chodí na vycházky po areálu. Provedena pravidelná vážení 1x týdně.

Hodnocení: 11. 2. 2012

- Pacient je více aktivizován
- Dodržuje stanovenou dietu, nedojídá se
- **Cíl nesplněn pro krátkou dobu hodnocení, v navržených intervencích je třeba pokračovat**

3. Porucha spánku ve smyslu snížení v souvislosti se základním onemocněním projevující se neschopností nepřerušovaně spát

Cíl:

- Pacient v noci spí nepřerušovaně

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria:

- Pacient verbalizuje zlepšení kvality spánku (do 48 hodin)
- Pacient spí nepřerušovaně 6-8 hodin (do 48 hodin)

Plán intervencí:

- Sleduj a zapisuj náladu – sestra
- Sleduj a zapisuj chování pacienta – sestra
- Sleduj a zhodnot' kvalitu spánku u pacienta – sestra
- Zjisti spánkové rituály pacienta – sestra
- Zajisti pro pacienta tiché prostředí – sestra
- Zajisti pro pacienta tlumené noční osvětlení – sestra
- Zajisti pro pacienta chrániče sluchu – sestra
- Zajisti pro pacienta čisté lůžko – sestra
- Sleduj a zhodnot' kvalitu spánku u pacienta -sestra
- Zjisti spánkové rituály pacienta – sestra
- Dle zdravotního stavu pacienta vhodně aktivizuj – sestra, ošetřovatel
- Podej dle ordinace lékaře sedativa, hypnotika – sestra

Realizace: 8. 2. 2012 – 10. 2. 2012

8. 2. 2012 Sestrou proveden krátký rozhovor o spánkových návycích pacienta. Pacientovi dány chrániče zvuku. Dle ordinace lékaře přidány do medikace hypnotika. Pacientovi povoleny vycházky na zahradu za doprovodu ošetřujícího personálu.

9. 2. 2012 Pacient rehabilituje na oddělení pod vedením fyzioterapeuta. Chodí na zahradu v doprovodu ošetřovatele.

10. 2. 2012 Pacient chodí na pravidelné vycházky po areálu v doprovodu ošetřovatele.

Hodnocení: 10. 2. 2012

- Pacient verbalizuje zlepšení kvality spánku
- Pacient je aktivizovaný
- **Cíl byl splněn, v intervencích je potřeba pokračovat**

4. Strach ze ztráty zaměstnání v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací projevující se verbalizací

Cíl:

- Pacient nemá strach

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria:

- Pacient umí o svých pocitech strachu mluvit – do 48 hodin
- Pacient ví, na koho se při pocitu strachu obrátit – 24 hodin

Plán intervencí:

- Zjistí všechny faktory, které u pacienta vyvolávají pocit strachu – sestra
- Zjistí všechny projevy strachu (verbální, neverbální) – sestra
- Zaznamenávej pocity strachu do dokumentace – sestra
- Buď pacientovi co nejvíce nablízku, získej si jeho důvěru – sestra, ošetřovatel
- Seznam pacienta s možností kdykoliv si přijít o svých pocitech promluvit – sestra
- Zajisti schůzku s psychologem- sestra
- Zvol pro pacienta vhodné metody odreagování se – sestra

Realizace: 8. 2. 2012 – 11. 2. 2012

8. 2. 2012 Sestrou proveden rozhovor o příčinách strachu. Vyhodnoceny projevy strachu a zapsány do dokumentace pacienta. O pocitech strachu informován lékař. Dle ordinace lékaře objednány pohovory s psychologem.

9. 2. 2012 Proběhla schůzka pacienta s psychologem. Další schůzka naplánovaná za dva dny.

10. 2. 2012 Pacient má volnější režim chodí na procházky v doprovodu ošetřovatele a na zahradu.

Hodnocení: 11. 2. 2012

- Pacient umí hovořit o pocitech strachu.
- Je více aktivizován, což má pozitivní vliv na míru strachu.
- Žádá další schůzky s psychologem.
- Verbalizuje pocit zmírnění strachu.
- **Cíl splněn částečně, v navržených intervencích je třeba pokračovat**

5. Snížená sebepéče v oblasti hygieny v souvislosti s neochotou pacienta provádět pravidelnou hygienickou péči projevující se zanedbaným vzhledem a zápachem pacienta

Cíl:

- Pacient je čistý a upravený

Priorita:

- Nízká

Výsledná kritéria:

- Pacient se pravidelně sprchuje a dbá na svůj vzhled – po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

- Proved' u pacienta edukační rozhovor o hygienických zásadách – sestra

- Zajisti pro pacienta hygienické pomůcky – toaletní papír, mýdlo, šampon, zubní kartáček, hřebínek pomůcky na holení– sestra
- Dohlédni na pravidelné holení pacienta pod dohledem personálu – sestra, ošetřovatel
- Po domluvě s pacientem zajisti přístup kadeřníka na oddělení – sestra
- Po domluvě s pacientem zajisti přístup pedikérky na oddělení – sestra
- Pravidelně dohlížeš na provádění hygienické péče (čistění zubů, sprchování, mytí vlasů) – sestra, ošetřovatel
- Zajisti u pacienta výměnu čistého prádla a oblečení – sestra
- Motivuj pacienta k provádění hygienické péče – sestra
- Sjednej pro pacienta schůzku s ergoterapeutkou – sestra

Realizace: 8. 2. 2012 až 11. 2. 2012

8. 2. 2012 Sestrou proveden edukační a motivační rozhovor o nutnosti dodržovat hygienickou péči. Provedeno holení u pacienta pod dohledem ošetřovatele. Pacient kontrolován při hygienické péči včetně čištění zubů.

9. 2. 2012 Pacient na oddělení ostříhán kadeřníkem. Pacient kontrolován při veškeré hygienické péči.

10. 2. 2012 Pacienta na oddělení navštívila a ergoterapeutka a provedla nácvik sebepéče v oblasti hygieny.

11. 2. 2012 Pacient oholen pod dohledem ošetřovatele, nadále prováděna kontrola hygieny.

Hodnocení: 11. 2. 2012

- Pacient je upravený a čistý
- Hygienu ovšem provádí jen na vyzvání zdravotnického personálu
- Sám nemá zájem vykonávat hygienickou péči
- Cíl byl splněn, v intervencích je potřeba pokračovat

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

- Riziko sebevraždy v souvislosti se základním onemocněním
- Riziko osamělosti v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací
- Snížené sebehodnocení v souvislosti neschopností najít si životního partnera

Celkové hodnocení pacienta

27-letý pacient byl přijatý 6. 2. 2012 na uzavřené mužské psychiatrické oddělení v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Zpočátku spolupracoval neochotně, ale postupně spolupráce výrazně lepší. Režim na oddělení vcelku dodržoval. Nasazena medikamentózní léčba. Nejdříve měl pacient omezený režim jen na pobyt na oddělení. Postupně režim uvolněn a pacient mohl za doprovodu personálu chodit na zahradu a později i na procházky po areálu léčebny. Což výrazně přispělo k jeho psychické pohodě. Od začátku měl strach, že bude muset podstoupit dlouhodobou léčbu a přijde tak o svou práci. Nálada pacienta byla mírně nadnesená. Často vyhledával přítomnost personálu. Rád si povídal a chtěl být v kontaktu. Se spolupacienty vycházel dobře. V noci se ze začátku občas budil a chodil po oddělení. Navržené intervence se snažil plnit. Až na hygienickou péči, ke které se stavěl vcelku negativně. Mezi dlouhodobé ošetrovatelské problémy u pacienta určitě patří sociální izolace. Žije jen s 85-letou tetou. S rodinou se nestýká a nemá ani žádné kamarády či partnerku.

Doporučení pro pacienta:

- je velmi důležité, aby po ukončení hospitalizace pravidelně navštěvoval psychiatrickou ambulanci;
- aby užíval pravidelně léky a v žádném případě si je nevysazoval;
- bylo by dobré, aby se pokusil obnovit vztah se sestrou;
- navštěvoval denní stacionář, kde by získal nové kontakty, zvýšil schopnost se o sebe postarat (např. naučit se něco uvařit);
- měl by zvolnit pracovní tempo a více odpočívat.

Doporučení pro rodinu:

- Zapojit pacienta do běžných denních činností (umývání nádobí, práce na zahradě, vaření);

- Jeho pomoc v domácnosti náležitě ocenit, pochválit;
- Kontrolovat pacienta zda užívá léky a pravidelně navštěvuje psychiatrickou ambulanci;
- Motivovat pacienta k návštěvám denního stacionáře (získání kontaktů, přátel);
- Snažit se u pacienta zvyšovat schopnost sebepěče.

Doporučení pro praxi:

- Zajistit aby rodina pacienta s BAP měla dostatek informací – o nemoci, léčbě, prognóze co nejdříve od vypuknutí nemoci (informační letáky, brožůrky, informační sezení, speciální školený pracovník , informační videa);
- Podpořit rodinu, partnera či pečující osobu o pacienta s BAP – psychologická péče (v rámci psychiatrii vyčlenit psychologa, který se věnoval osobám pečujícím o pacienta s BAP);
- Do medií zařadit více vzdělávacích pořadů zabývajících se tímto onemocněním. Snažit se pomocí medií změnit stávající negativní názor na pacienta s psychiatrickou diagnózou.

ZÁVĚR

Bipolární afektivní porucha je většinou celoživotní onemocnění, které se nejčastěji objevuje v mladém věku pacienta a výrazně ovlivňuje nejen život pacienta, ale i život celé jeho rodiny. Léčba bipolární afektivní poruchy je komplikovaná a finančně náročná. Vyžaduje od pacienta pravidelné celoživotní užívání léků, dodržování určitého životního režimu a pravidelné docházení do psychiatrické ambulance. Navíc pacient s tímto onemocněním se často setkává s negativní reakcí okolí. Návrat do společnosti je pro něj velmi obtížný. Nese si sebou stigma psychicky nemocného člověka se všemi důsledky.

Tato práce se zabývá konkrétním příkladem BAP. Na příkladě pacienta mužského pohlaví je demonstrován postup ošetrovatelské péče pro tuto poruchu. Během hospitalizace bylo s pacientem řešeno několik ošetrovatelských problémů. Zde řešené ošetrovatelské diagnózy se mohou samozřejmě případ od případu lišit a je proto zapotřebí vždy zachovávat individuální přístup, který pružně reaguje na potřeby a anamnézu konkrétního pacienta.

Použitá řešení mohou sloužit jako ilustrace sesterské práce v psychiatrické léčebně a zároveň jako ukázkový postup pro personál, který se s touto chorobou setkává poprvé a nebo méně často.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BEHRMAN, A. 2003. *Electroboy: vzpomínky na mánii*. 1. vyd. Z angl. orig. přel. Loupová, H. Praha: Portál, 2003. 256 s. ISBN 80-7178-721-3
2. ČERVINKOVÁ, E. aj. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Mikadapress 2006, 341 s. ISBN 80-7013-443-7.
3. DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ, A. 2005. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005. 170 s. ISBN 80-2470-197-9
4. FROŇKOVÁ, M.; MIKŠOVÁ, Z.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Praha : Grada publishing, 2006, 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
5. GAY, CH. 2010. *Bipolární porucha*. 1. vyd. Z franc. orig. přel. Holoubková, H. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-668-1
6. HERMAN, E. aj. 2004. *Bipolární porucha a její léčba*. 1 vyd. Praha: MEDIFORUM 2004. 89 s. ISBN 80-7345-051-8.
7. HERMAN, E.; DOUBEK, P. 2008. *Deprese a stres*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
8. HERMAN, E.; PRAŠKO, J.; SEIFERTOVÁ, D. 2007. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, 2007. 603 s. ISBN 978-80-903708-9-0.
9. LÁTALOVÁ, K. 2010. *Bipolární afektivní porucha*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2125-4.
10. MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. 2002. *Psychiatrie*. 1 vyd. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
11. MENTZOS, S. 2004. *Dynamika duševního onemocnění*. 1. vyd. Z něm. orig. přel. Lorenc, J. Praha: Portál, 2004. 128 s. ISBN 80-7178-992
12. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2011, 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
13. PIDRMAN, V. 2006. *Žena a poruchy nálady*. 1 vyd. Praha: GALEN, 2006. 34 s.

ISBN 80-7262-462-8

14. PRÁŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKOVÁ, J. *Deprese jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0.
15. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. 2006. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: TRITON, 2005. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.
16. SEIFERTO VÁ, D. aj. 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 2. vyd. Praha: ACADEMIA MEDICA PRAGENSIS. 2008. 615 s. ISBN 80-86694-07-0.
17. STYX, P. 2003. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-722682-87.
18. SYSEL, D; BELEJOVÁ, H; MASÁR, O. 2012. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Tribun EU, 2012, ISBN 978-80-7399-289-7.
19. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690:2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Deník nálady	I
Příloha B – Zungova sebeposuzovací stupnice deprese	III
Příloha C – Rozdíly mezi depresivní epizodou bipolární poruchy a depresivní epizodou periodické depresivní poruchy	IV
Příloha D – Psychofarmaka dostupná v České republice, používaná k léčbě bipolární poruchy	V
Příloha E – Žádost o umožnění sběru informací.....	VII

Příloha A – Deník nálady

Deník nálady

Jméno: _____ Měsíc: _____ Rok: _____

	den v měsíci	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Mánie	Závažná																																
	Střední																																
	Mírná																																
1 Stabilní nálada	Mírná																																
	Střední																																
	Závažná																																
Deprese	Mírná																																
	Střední																																
	Závažná																																

2 Neklid/hádavost
3 Úzkost
4 Počet hodin nočního spánku
5 Menstruace
6 Název léku

	Dávka v mg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
6	Název léku																																
	Dávka v mg																																

Poznámky: _____

2P-2002-22-C2

Datum	Důležité životní události	Jiné poznámky
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Zdroj: Lilly Váš partner v CNS

Příloha B – Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

HODNOCENÍ DOTAZNÍKU PACIENTA										
ZUNGOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE										
Bodové ohodnocení jednotlivých odpovědí		Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále					
1.	Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).	1	2	3	4					
2.	Ráno se cítím nejlépe.	4	3	2	1					
3.	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	1	2	3	4					
4.	V noci mám potíže se spaním.	1	2	3	4					
5.	Jím stejné množství jídla jako dříve.	4	3	2	1					
6.	Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	4	3	2	1					
7.	Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	1	2	3	4					
8.	Mám potíže se zácpou.	1	2	3	4					
9.	Srdce mi buší rychleji než obvykle.	1	2	3	4					
10.	Unavím se a i bez příčiny.	1	2	3	4					
11.	Mám v hlavě jasno jako obvykle.	4	3	2	1					
12.	Snadno zvládnou totéž co dřív.	4	3	2	1					
13.	Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	1	2	3	4					
14.	Jsem plný(á) naděje do budoucna.	4	3	2	1					
15.	Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	1	2	3	4					
16.	Snadno se rozhoduji.	4	3	2	1					
17.	Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).	4	3	2	1					
18.	Žiji plným životem.	4	3	2	1					
19.	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a).	1	2	3	4					
20.	Těší mne stejné věci co dříve.	4	3	2	1					

Konverze hrubého skóru na SDS index										SDS index	Závažnost onemocnění
Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85	méně než 50	Normální, nejeví známky deprese.
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86		
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88	50–60	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese.
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89		
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90	60–69	Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese.
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91		
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92	70 a více	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese.
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94		
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95		
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96		
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98		
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99		
								80	100		

Zdroj: zpracováno podle W. W. K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991

Příloha C – Rozdíly mezi depresivní epizodou bipolární poruchy a depresivní epizodou periodické depresivní poruchy

Fenomenologie deprese	Depresivní epizoda bipolární poruchy	Depresivní porucha
<i>Přirozený průběh</i>		
Věk při počátku nemoci	Nižší, užší rozsah	Vyšší, širší rozsah
Počet epizod	Vyšší	Nižší
Délka cyklu	Kratší	Delší
Provokace epizody	Důležitější na počátku nemoci	Vztah není jasný
<i>Stav</i>		
	Svobodný(á) není rizikový faktor	Svobodný(á) je rizikový faktor
<i>Epidemiologie</i>		
Celoživotní riziko	1 %	Muži 5–12 % a ženy 9–26 %
Poměr pohlaví	Ženy = muži	Ženy > muži
Syndrom závislosti	Častější	Méně častý
Suicidia	Častější	Méně častá
<i>Psychotické příznaky a poruchy vnímání</i>		
Psychotické příznaky	Častější	Méně časté
Vnímání	Komplexní	Diferencované, integrované
<i>Osobnost / mezilidské vztahy</i>		
Deprese/introverze	Méně	Více
Vyhledávání společnosti	Více	Méně
Ovládnutí impulsů	Horší	Lepší
Vyhledávání nových podnětů	Více	Méně
Osobnostní profil (MMPI)	Normálnější	Méně normální
Rozvodovost	Vyšší	Nižší
<i>Rodinná anamnéza/genetika</i>		
Konkordance mezi monozygotickými dvojčaty	Vyšší	Nižší
Mánie u příbuzných prvního stupně	Častější	Méně častá
<i>Biologie / fyziologie</i>		
Noradrenergní funkce (metabolity, receptory, neuroendokrinní reakce)	Nižší	Vyšší
Serotoninergní funkce	Nižší	Vyšší
Citlivost vůči bolesti	Nižší	Vyšší
Dysfunkce hemisfér	Více u nedominantní	
Regionální metabolismus: fronto-okcipitální poměr	Nižší	Vyšší
<i>Spánek / biorytmy</i>		
Délka spánku	Delší	Kratší
Předcházení fází	Méně časté	Častější
Sezónní vlivy	Deprese na podzim a v zimě, mánie na jaře a v létě	Deprese na jaře a na podzim
<i>Reakce na farmaka</i>		
Antidepresivní účinek TCA	Účinnější	Méně účinné
Antidepresivní účinek lithia	Účinnější	Méně účinné
Přesmyky do hypo/mánie po TCA/IMAO	Častější	Méně časté
Profylaktické účinky lithia	Účinnější	Méně účinné
Profylaktické účinky TCA	Málo účinné	Účinné

Zdroj: Seifertová, aj. Postupy v léčbě psychických poruch, 2008, strana 134

**Příloha D – Psychofarmaka dostupná v České republice, používaná k léčbě
bipolární poruchy**

Název účinné látky	Komerční název léku	Užívá se jako stabilizátor nálady	Léčí depresi	Léčí mánie	Léčí nespavost
lithium	Lithium carbonicum, Contemmol	Ano	Ano	Ano	Ne
karbamazepin	Biston, Neurotop, Apo-carbamazepin, Tegretol CR, Timonil	Ano	Ne	Ano	Ne
valproát sodný	Everiden, Depakine	Ano	Ne	Ano	Ne
valproát sodný +kyselina valproová	Depakine Chrono	Ano	Ne	Ano	Ne
lamotrigin	Lamictal	Ano	Ano	Ano	Ne
klomipramin	Anafranil	Ne	Ano	Ne	Ne
imipramin	Melipramin	Ne	Ano	Ne	Ne
amitriptylin	Amitriptylin	Ne	Ano	Ne	Ano
nortriptylin	Nortrilen	Ne	Ano	Ne	Ne
maprotilin	Ludiomil, Mapro-tibene	Ne	Ano	Ne	Ne
dibenzepin	Noveril	Ne	Ano	Ne	Ne
dosulepin	Prothiaden	Ne	Ano	Ne	Ano
mianserin	Lerivon, Mianserin Generics	Ne	Ano	Ne	Ano
lithium	Lithium carbonicum, Contemmol	Ano	Ano	Ano	Ne
karbamazepin	Biston, Neurotop, Apo-carbamazepin, Tegretol CR, Timonil	Ano	Ne	Ano	Ne
valproát sodný	Everiden, Depakine	Ano	Ne	Ano	Ne
valproát sodný +kyselina valproová	Depakine Chrono	Ano	Ne	Ano	Ne
lamotrigin	Lamictal	Ano	Ano	Ano	Ne
klomipramin	Anafranil	Ne	Ano	Ne	Ne
imipramin	Melipramin	Ne	Ano	Ne	Ne
amitriptylin	Amitriptylin	Ne	Ano	Ne	Ano
nortriptylin	Nortrilen	Ne	Ano	Ne	Ne
maprotilin	Ludiomil, Mapro-tibene	Ne	Ano	Ne	Ne
dibenzepin	Noveril	Ne	Ano	Ne	Ne
dosulepin	Prothiaden	Ne	Ano	Ne	Ano
mianserin	Lerivon, Mianserin Generics	Ne	Ano	Ne	Ano

levomepromazin	Tisercin	Ne	Ne	Ano	Ano
zuclopenthixol	Cisordinol	Ne	Ne	Ano	Ne
flupenthixol	Fluanxol	Ne	Ne	Ano	Ne
klozapin	Leponex, Clozapin Desitin, Clozapine Synthon	Ne	Ne	Ano	Ne
olanzapin	Zyprexa, Zyprexa Velotab	Ano	Ano	Ano	Ne
risperidon	Risperdal, Risperdal Quicklet, Rispen, Risperidon	Ne	Ne	Ano	Ne
quetiapin	Seroquel	Ne	Ne	Ano	Ne
amisulprid	Solian, Amisulprid Pliva	Ne	Ne	Ano	Ne
midazolam	Dormicum	Ne	Ne	Ne	Ano
nitrazepam	Nitrazepam Slovako- farma	Ne	Ne	Ne	Ano
flunitrazepam	Rohypnol	Ne	Ne	Ne	Ano
zolpidem	Stilnox, Hypnogen, Stilnoct, Zolpidem Spofa, Zolpidem- Ratiopharm, Eanax, Zolpinox, Zonadin	Ne	Ne	Ne	Ano
zopiclon	Zopiclon-SL	Ne	Ne	Ne	Ano
promethazin	Prothazin, Prometha- zin Berlin-Chemie	Ne	Ne	Ne	Ano

Zdroj: Herman, aj. Bipolární porucha a její léčba, 2004

Příloha E – Žádost o umožnění sběru informací

Psychiatrická léčebna v Kroměříži
Havlíčková 1265
767 40 Kroměříž

ŽÁDOST

O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S BAKALÁŘSKOU PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Veronika Zapletalová

Datum narození: 26.12.1978

Tel.: 775 387 672

E-mail: pufatecko@seznam.cz

Škola/Fakulta: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, 150 00

Obor studia: ošetřovatelství

Stupeň kvalifikace: bakalář

Téma závěrečné práce: Ošetřovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: uzavřené mužské odd. 6B

Žádám o umožnění sběru informací ohledně zdravotního stavu pacienta na mužském oddělení 6B. Při použití získaných informací bude zachována anonymita pacienta a ochrana dat pacienta.

Vyplňuje Psychiatrická léčebna v Kroměříži

Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

Č.j.:

ANO
 NE

Datum: 4.1.2012

Podpis a razítko

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
V KROMĚŘÍŽI
hlavní SZP
Havlíčková 1265
767 40 KROMĚŘÍŽ

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
V KROMĚŘÍŽI
prim. MUDr. Petr MOŽNÝ
ředitel