

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

PRAHA 5

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

O PACIENTA

S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE KVITKOVIČOVÁ

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S

PRAHA 5

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA

S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

Bakalářská práce

LUCIE KVITKOVIČOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová

Praha 2013

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 26.3.2013

.....

Lucie Kvitkovičová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D za vynaložený čas a odborné vedení bakalářské práce.

Také bych chtěla velmi poděkovat pacientce za spolupráci.

ABSTRAKT

KVITKOVIČOVÁ, Lucie. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s bipolární afektivní poruchou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová Ph.D., Praha. 2013. Str. 68

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s bipolární afektivní poruchou. V teoretické části je obsažena charakteristika onemocnění, etiologie, průběh, diagnostika, farmakoterapie. Určitá část je také věnována psychoterapii, sociální práci a dalším prostředkům podporující zlepšení psychického stavu pacienta. Součástí praktické části práce je v úvodu seznámení s klientem a jeho problémy (kasuistika). Hlavní cíl uvedené kasuistiky je stanovení ošetrovatelských problémů, sestavení ošetrovatelských diagnóz, vytvoření plánu ošetrovatelské péče a záznamu realizace stanoveného plánu ošetrovatelských intervencí. Tento plán je sestaven cílevědomě a respektuje individuální potřeby klienta.

Klíčová slova: Bipolární afektivní porucha

Edukace

Ošetrovatelský proces

Psychoterapie

Všeobecná sestra

ABSTRACT

KVITKOVIČOVÁ, Lucie. Comprehensive nursing care of a patient with bipolar affective disorder. The College of Nursing, o.p.s. Bachelors study (Bc.). The supervisor of the thesis: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2013. p. 68

The main topic of my bachelor thesis is comprehensive nursing care of a patient with bipolar affective disorder. The theoretical part of bachelor thesis contains the characteristics of the disease, etiology, process, diagnosis, treatment, and pharmacotherapy. Determined part is devoted to psychotherapy, social work and other supports to improve psychological state of the patient. The introduction of the practical part is to familiarize with patients and their problems (casuistry). The main purpose of the thesis is to determine nursing problems, nursing diagnosis, nursing plan and implementation of nursing plan. This plan is designed to respect individual needs of patients.

Key words: Bipolar affective disorder

Education

The nursing process

Psychotherapy

General nurse

OBSAH

[TEORETICKÁ ČÁST.....CHYBA: ZDROJ ODKAZU NENALEZEN](#)

TEORETICKÁ ČÁST.....	18
1 DEFINICE AFEKTIVNÍCH PORUCH.....	18
1.1 KLASIFIKACE AFEKTIVNÍCH PORUCH.....	19
2 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA	20
2.1 HISTORIE.....	20
2.2 DEFINICE.....	20
2.2 PŘÍČINY A VZNIK BAP.....	21
2.3 PROJEVY BIPOLÁRNÍ PORUCHY.....	23
2.3.1 MANICKÁ FÁZE.....	23
2.3.2 DEPRESIVNÍ FÁZE.....	24
2.4 DIAGNOSTIKA.....	25
2.5 LÉČBA.....	26
2.5.1 FARMAKOTERAPIE.....	26
2.5.2 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE (ECT).....	28
2.5.3 FOTOTERAPIE.....	28
2.5.4 PSYCHOEDUKACE.....	29
2.5.5 PSYCHOTERAPIE.....	29
3 PSYCHOTERAPEUTICKÉ POSTUPY.....	31
3.1 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE.....	31
3.2 TRÉNINK SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ.....	31

3.3 TRÉNINK ASERTIVITY.....	32
3.4 RELAXACE.....	32
3.5 JÓGA.....	32
3.6 MUZIKOTERAPIE.....	33
3.7 ARTETERAPIE.....	33
3.8 ERGOTERAPIE.....	33
4 BIPOLÁRNÍ PORUCHA A RODINA.....	34
5 SOCIÁLNÍ PRÁCE U LIDÍ S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU	36
6 KOMORBIDITA A RIZIKA SPOJENÁ S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU.....	38
6.1 ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	38
6.2 PORUCHY OSOBNOSTI.....	38
6.3 SUICIDALITA.....	38
6.4 ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	39
7.1 KAZUISTIKA.....	41
7.2 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ ČÁST.....	44
7.3.1 ZHODNOCENÍ PACIENTKY DLE MODELU GORDONOVÉ.....	46
7.3.2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	51
7.3.3 ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	52
7.3.4 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	61
7.4 EDUKACE PACIENTA S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU.....	63
7.4.1 JAK PŘEDCHÁZET RELAPSŮM	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Cyklování nálad u BAP	20
Tabulka 1 Riziko BAP podle míry příbuznosti	22
Tabulka 2 Úzkostné projevy v depresi	24
Tabulka 3 Faktory spojené s rizikem suicidia	38

SEZNAM ZKRATEK

KBT	kognitivně-behaviorální terapie
BMI.....	index tělesné hmotnosti
TZV.....	takzvaně
NAPŘ.	například
CNS.....	centrální nervová soustava
TJ.....	to je
EEG.....	elektroencefalograf
EPI.....	epileptický
AT.....	alkohol-toxikomanie
TS.....	naplánovaná sebevražda
ECT.....	elektrokonvulzivní terapie („elektrošoky“)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Neuromodulátory.....	látky, schopné zvyšovat či snižovat dráždivost neuronů nervové soustavy (Endorfiny)
hypersenzitivita.....	přecitlivělost, snadná zranitelnost citů
vulnerabilita.....	zranitelnost
suicidium.....	sebevražda
terapeutický.....	léčebný
psychofarmaka.....	léky ovlivňující duševní činnost
polyurie.....	chorobné zvýšené vylučování moči
polydipsie.....	nadměrná žíznivost
diarhea.....	průjem
neuroleptika.....	látky potlačující psychotické symptomy
hypnotika.....	látky navozující spánek
anxiolytika.....	léky na uklidnění
retence.....	zadržování, uchování
integrita.....	neporušenost, celistvost
dopamin.....	přenáší impulzy
serotonin.....	látka sloužící k přenosu impulzu
intravenózní.....	nitrožilní
stigmatizace.....	značná odlišnost s negativním sociálním dopadem
expresivita.....	různým způsobem vyjádřené citové zaujetí mluvčího

komorbidita..... současný výskyt dvou či více symptomů/poruch
tenze..... napětí, tlak
fenomenologie..... teorie jevu
dekompenzace..... zhoršení, selhání
suicidalita..... sebevražedné jednání
absence..... nepřítomnost
dyssomie..... jsou poruchy množství, kvality nebo načasování
spánku
abuzus..... nadměrné užívání, zneužívání
remise..... bezpříznakové období
intoxikace..... otrava
izokorie..... normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou
velikost
palpace..... vyšetření pohmatem
turgor..... napětí, rozpínání např. kůže

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybrali pacientku s diagnózou bipolární afektivní porucha, protože se můžeme setkat, nejen na psychiatrickém oddělení, s nemocnými s touto diagnózou. Toto onemocnění představuje velkou zátěž pro samotného pacienta, jeho rodinu, pro zdravotníky.

Bipolární afektivní porucha, dříve označovaná jako „maniodepresivní psychóza“, je vážné duševní onemocnění, které postihuje přibližně jednoho až dva lidi ze sta (prevalence je 1-2%).

Cílem této práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacientku s bipolární afektivní poruchou.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je jedna kapitola věnována onemocnění, jeho příznakům, diagnostice, farmakoterapii. Ve druhé kapitole uvádíme další metody a postupy, nedílnou součást léčby, k podpoře zdraví pacientů s bipolární afektivní poruchou. Věnujeme se i sociální problematice a problémům, které může toto onemocnění přinést. Praktická část je tvořena tématickým celkem: posouzení stavu pacientky, posouzení stavu potřeb, plán individuální ošetrovatelské péče, zhodnocení péče, edukace pacientky. Informace jsme získala od nemocné, ze zdravotnické dokumentace, od rodiny a od dalších členů ošetrovatelského týmu a na základě toho jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy s pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry, poté jsme vypracovali plán dle kterého jsme realizovali a hodnotili ošetrovatelskou péči.

Závěr práce se zabývá edukační činností, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a pacientka má tak možnost do jisté míry ovlivnit průběh a prognózu svého onemocnění. A jelikož, jak je uvedeno v úvodu, se můžeme s pacientem s bipolární poruchou setkat na jakémkoliv pracovišti, uvádíme i vhodné postupy k takto nemocným, protože nevhodný přístup komplikuje spolupráci mezi sestrou a pacientem.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a bakalářky ošetrovatelství.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice afektivních poruch

„Emoce lze z hlediska intenzity a časového průběhu rozdělit na afekty (mají značnou intenzitu a krátké trvání) a na nálady (méně intenzivní, zato trvalejší). Afektivní poruchy patří mezi nejdříve rozpoznané stavy v psychiatrii. Základní psychopatologickou poruchou těchto onemocnění je patologická nálada“ (MARKOVÁ, 2006, s.248).

Jako afektivní poruchy neboli poruchy nálady lze označit poruchy maniodepresivního spektra. Do tohoto spektra spadá mánie a deprese (HÖSCHL, 1997).

Poruchy nálady zahrnují široké spektrum emocí od hluboké deprese do povznesené nálady. Dělí se v zásadě na dva syndromy: depresivní a manická epizoda.

Vágnerová (2002, s. 191) uvádí, že *„základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného. Všichni prožíváme občas kolísání nálad, období, kdy jsme plní energie a cítíme se šťastně, se u každého občas střídají s chvílemi smutku a nechuti k jakékoli činnosti. Chorobné poruchy nálad představují ovšem daleko hlubší výkyvy prožívání, mající pro postiženého i jeho okolí vážné, často i trýznivé důsledky“*.

Poruchy nálad jsou třetí nejčastější duševní poruchou a postihují z celoživotního hlediska téměř pětinu populace. Jednoroční prevalence afektivních poruch se přitom pohybuje v Evropě mezi 3-10%. Ve vyspělých státech současného světa představují deprese nejčastější příčinu ztrát pracovní schopnosti (RABOCH, , 2006).

1.1 Klasifikace afektivních poruch

Porucha má charakter buď unipolární, což znamená, že nemocný je jen depresivní, anebo jen manický. Ale také je znám bipolární charakter nemoci, kdy se střídají deprese s mánií (VÁGNEROVÁ, 2002).

Dalšími specifikujícími faktory při posuzování afektivních poruch jsou:

- délka trvání - krátkodobé výkyvy nálad/dlouhodobá změna nálady
- míra závažnosti – leká/střední/těžká porucha
- přítomnost psychotických příznaků – tzn. bludy a halucinace
- přítomnost různých somatických příznaků – např. nechutenství, poruchy spánku

Ke klasifikaci poruch nálad je využívána stupnice MKN 10 a psychiatrické diagnózy jsou označeny písmenem F.

F30 Manická epizoda

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní epizoda

F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha

F34 Trvalé afektivní poruchy

F38 Jiné afektivní poruchy

F39 Nespecifikovaná afektivní porucha

2 Bipolární afektivní porucha

2.1 Historie

Již ve starověkém Řecku jsou popsány stavy, při kterých dochází k ztřeštěným blouzněním, které provází povznesená nálada. Termín mánie byl poprvé použit Soranem v prvním století před naším letopočtem. Poukázal také na to, že mánie jsou někdy vystřídány stavy melancholie, slabosti, únavy, smutku. Pozoroval také situace, kdy pacienti pociťují současně hněv i radost – dnes označováno jako smíšená fáze.

Vztah mezi dvěma hlavními náladami (mánií a melancholií) byly přesněji popsány lékařem Aretaeusem, který také popsal psychotickou mánií.

V Paříži během 18. století došlo k humanizaci péče o duševně nemocné, při níž byla prováděna pečlivější klinická pozorování a vedly se důkladné chorobopisy. V této souvislosti byly popsány termíny „cirkulující mánie“ a „mánie dvojí formy.“

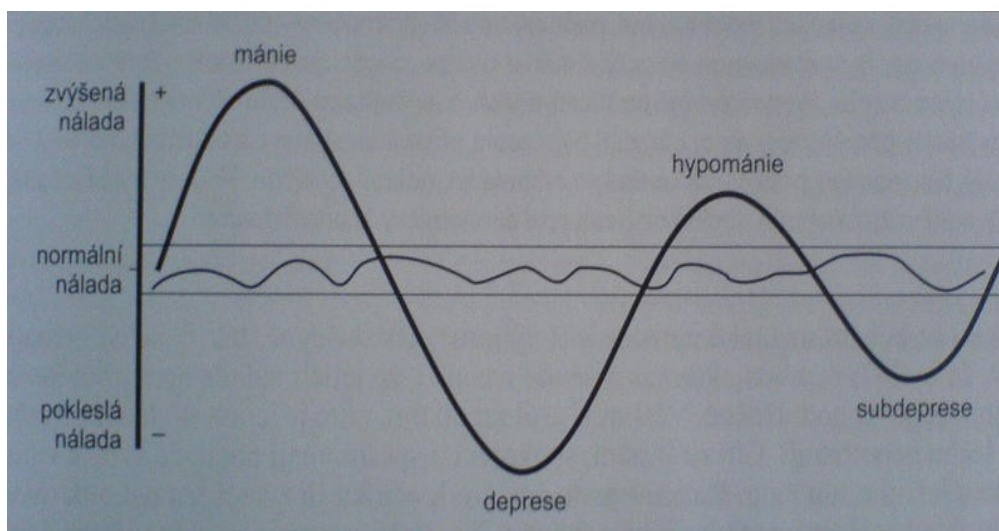
Německý lékař Kraepelin navrhl jednotnou koncepci poruch nálad a sloučením melancholie a mánie pomohl vzniknout jedné nozologické jednotce – maniodeprese. Roku 1959 se koncepce maniodepresivního onemocnění modifikovala a tím se odlišila bipolární a unipolární porucha a zhruba od poloviny minulého století, se ujal názor, že depresivní porucha bez epizod mánie se výrazně liší od poruchy, kde se deprese a mánie střídají (LÁTALOVÁ, 2006).

2.2 Definice

Bipolární afektivní porucha (zkratka BAP) – dříve nazývána maniodepresivní psychóza se objevuje tak u 1-2 lidí ze sta. U této poruchy se objevují jak fáze deprese, tak fáze mánie nebo povznesené nálady (hypománie). Někdy dochází ke zvratu v náladě náhle a velmi rychle (např. přes noc), ale častěji jsou přechody postupné.

„V názvu bipolární afektivní porucha je skryto jednak to, že jde o poruchu nálady, a jednak to, že jde o střídání a oscilování mezi dvěma póly extrémů nálady, ale i kolísání okolo tzv. normální nálady“ (PRAŠKO, 2004, s.10).

Pro představu, na obrázku 1 je zobrazeno cyklování nálady u bipolární afektivní poruchy .



Obrázek 1 Cyklování nálad u BAP

Zdroj: LÁTALOVÁ, 2010, s.21

„Lidé s bipolární poruchou zažívají v průběhu svého života opakující se období (epizody) chorobně zvýšené nálady a aktivity, která se nazývají mánie, období chorobně pokleslé nálady neboli deprese a období normální nálady.“ A dodává, že „porucha je spojena s vysokým rizikem sebevraždy, zneužívání návykových látek (alkohol, stimulační drogy), rodinnými, pracovními a ekonomickými problémy, ale i problémy se zákonem. Představuje tak významnou zátěž a snížení kvality života pro nemocného i jeho blízké okolí.“ (NOVÁK, 2008, s. 6).

2.2 Příčiny a vznik BAP

BAP se objevuje u mužů tak i u žen stejně. Může začít kdykoliv během života, avšak nejčastěji tomu bývá kolem 15. a 20. roku života, kdy se objeví první epizoda. Obvykle začíná depresivní epizodou (NOVÁK, 2008).

Na rozvoji poruchy se podílí řada vlivů, uvádí se kombinace různých biologických a sociálních vlivů, které společně vytvářejí dispozici k nemoci. Tato dispozice je tvořena nadměrnou citlivostí a zvýšenou zranitelností, která bývá vrozená. Zda člověk onemocní bipolární poruchou, závisí na vzájemném působení různých příčin, stresující události se kterými se v životě potká a jak se s nimi vyrovná. Pokud se zvýšená zranitelnost a negativní životní události spojí dohromady, vedou většinou ke snížené adaptaci na stres a k rozvoji biochemických změn v mozku, které probíhají postupně, následně mohou vyústit v mánii či depresi. Nedá se však říct, že stres je jednoduše příčinou bipolární poruchy, avšak bývá jejím spouštěčem. Začíná to tak, že úplně z počátku lidé reagují na malé stresy drobnými výkyvy nálady, což není pravá deprese, časem dochází k většímu zcitlivění a poté už lidé i na malé stresy reagují větším propadem nálady. Nakonec to dopadá tak, že se deprese či mánie objevuje zcela bez vnější příčiny. Platí, že při dlouhodobém či intenzivním stresu dochází ke změně bilance některých neuromodulátorů v mozku, což vede k rozvoji afektivní poruchy. (PRAŠKO, 2004).

Vliv dědičnosti vysvětluje Novák (2008) takto: „z výzkumu rodin, kde se porucha vyskytuje v několika generacích, a ze studia dvojčat je zřejmé, že bipolární porucha je z velké části podmíněna dědičně. Avšak doposud nebyl nalezen konkrétní gen jež by byl spojen s rozvojem poruchy. Zda se porucha skutečně rozvine, závisí na tom, v jakém prostředí jedinec vyrůstá a s jakými událostmi se v životě potká. Proto se onemocnění projeví jen u části osob s dědičným rizikem k nemoci.“ V tabulce je uvedeno riziko rozvoje bipolární poruchy podle míry příbuznosti.

Tabulka 1 Riziko BAP podle míry příbuznosti

Vztah k člověku s bipolární poruchou	Riziko rozvoje bipolární poruchy
běžná populace (žádný vztah)	1 %
příbuzní 2. stupně (např. strýc/teta)	3 - 7 %
sourozenec	15 – 25 %
dvojvaječné dvojče	15 – 25 %
jeden rodič	15 – 30 %
oba rodiče	50 – 75 %
jednovaječné dvojče	70 %

Zdroj: NOVÁK, 2008, s.16

2.3 Projevy bipolární poruchy

Jak již bylo uvedeno, při bipolární poruše dochází k cyklickému střídání nálad, a to deprese a mánie.

2.3.1 Manická fáze

„Mánie začíná zpravidla náhle, kdy se během pár dní stupňují příznaky. Její odeznívání je rychlejší než u deprese“ (HÖSCHL, 1997, s.73).

Mánie je závažný psychický stav, který úplně mění prožívání jedince jak sám k sobě tak k okolí. Dochází také k nárůstu aktivity, více energie, žádná únava a potřeba spánku. Mozek nemocného jedince je zahlcován novými a novými nápady. Řeč bývá zrychlená, často druhou osobu nepustí ke slovu. Postižený jedinec má obrovské představy o své vyjimečnosti, zvláštních schopnostech, které mohou přerůst až v bludy. Myšlenky bývají nesouvislé (tzv. trysk) a rychle proudí. Lidé ve fázi mánie jsou odbrždění, mají zvýšené sebevědomí a sníženou sebekritičnost, jednají nezodpovědně a neodhadují následky svého chování (problémy se zákonem, půjčky, promiskuita, zneužívání návykových látek. Vůči ostatním mohou být drzí, nahněvaní, protože je okolí nechápe, může dojít ke slovnímu i fyzickému napadání) (PRAŠKO, 2004, NOVÁK, 2008).

Server stopstigma.cz zabývající se duševními nemocemi vysvětluje mánii takto: „*mánie je nepřiměřeně zvýšená nálada provázená nárůstem aktivity. Všechno se stává nadmíru snadným, nic není neřešitelné, nápady se přímo řítí jeden za druhým. Okolí obvykle nestačí myšlenky sledovat a často pro ně také nejeví pochopení. Ve snaze přesvědčit ostatní o své pravdě se stává pacient stále naléhavějším, mluví překotně, někdy až nesrozumitelně*“ (STOPSTIGMA.CZ).

Existuje stav, který se nazývá hypománie, kdy je nálada dlouhodoběji mírně nadnesená, doprovázena nárůstem energie a celkové aktivity. Projevy mají velmi podobné jako maničtí pacienti, nejsou však tak extrémně vystupňovány. Je to taková mírnější manická epizoda. Není narušena ani pacientova pracovní schopnost. Neobjevují se tu ani, na rozdíl od mánie, bludy a halucinace. Na druhou stranu, i když toto vše může působit pozitivně, lidé, normálně zdrženliví, v hypománii také snadno navazují kontakty s druhými, které mohou vyústit až v lehkomyšlné navazování sexuálních vztahů (LÁTALOVÁ, 2010).

2.3.2 Depresivní fáze

Deprese většinou začíná pozvolna, nenápadně. Pacienti zpočátku udávají pokles nálady bez zjevného důvodu, ovlivněna je kvalita spánku, bývá kratší a povrchový, typická je i zvýšená unavitelnost i po nenáročných aktivitě a nechuť do činností.

Objevují se ranní pesima. Postupně depresivně laděný jedinec ztrácí zájem o věci, které mu předtím přinášely radost, ať už se jedná o koníčky či vztahy či práci. Vše je to doprovázeno prožíváním výčitek, které člověk sděluje i ostatním, sebeobviňováním se za chování v minulosti, které považuje za špatné. Tyto výčitky však jsou často neopodstatněné a přehnané. To nepřidá ani na sebevědomí depresí zasaženého člověka (NOVÁK, 2008).

„Deprese je nemoc. Nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje jak toho, kdo jí onemocněl, tak celou jeho rodinu. Vede k pocitům ztráty smyslu života. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. Naštěstí se dá léčit a moderní doba přináší velmi účinné možnosti léčby“ (PRAŠKO, 2004, s.18).

V depresi člověk ztrácí schopnost se pro něco nadchnout, radovat se. Naopak jsou běžné pocity zmaru, beznaděje a pacienta nelze z tohoto prožívání jakýmkoliv způsobem či metodou přivést na jiné myšlenky nebo mu alespoň krátkodobě ulevit. Dochází také často k tomu, že když už se pacientovy něco povede (může jít i o úplné maličkosti), nedokáže i přes pochvalu okolí, ocenit sám sebe. Psychické strádání je doprovázeno tělesnými příznaky jako jsou ztráta chuti k jídlu s následným klesáním hmotnosti, ztráta sexuálního zájmu, problémy s vyprazdňováním (častěji zácpa), chudá mimika v obličeji (LÁTALOVÁ, 2010).

Depresi můžeme rozdělit na lehkou, střední a těžkou. Právě u těch těžších forem se mohou objevit bludy, často hypochondrické povahy. Pacienti s depresí mívají často úzkosti nabývající na síle, které mohou přejít do suicidiálních myšlenek, kde je velké riziko sebepoškození či sebevražedného jednání (MARKOVÁ, 2006).

Tabulka 2 Úzkostné projevy v depresi

Původně	V depresi
Vina	Jsem nejhorší na světě, vinen za všechno.
Nemoc	Určitě zemřu na neléčitelnou nemoc.
Chudoba	Neuživím sebe, rodinu.
Selhání	Už nikdy nic nedokážu.

Zdroj: Marková, 2006, s.251

2.4 Diagnostika

Bipolární poruchu, jak již bylo zmíněno, nelze objektivně diagnostikovat např. pomocí laboratorních odběrů, neexistuje gen, jehož odchylka by ukázala na bipolární poruchu. Diagnóza tedy spočívá v anamnéze tzn. důkladném psychiatrickém vyšetření současného psychického stavu a průběhu obtíží během života. V zásadě slouží i k tomu, aby se odlišily jiné poruchy podobné BAP (např. unipolární deprese, cyklotymie, hraniční porucha osobnosti). Rozhodujícím bodem v diagnostice je mánie, která jakmile

se objeví, považuje se diagnóza bipolární poruchy za spolehlivou. Naproti tomu jedna či více hypomanických epizod netvoří bipolární poruchu.

Podle epizod, které tvoří samotné onemocnění lze BAP rozdělit na BAP typu 1, která je představována depresivními epizodami a alespoň jednou mánií. BAP typu 2 se skládá z depresivních epizod a alespoň z jedné epizody hypomanické. V České republice se však toto dělení poruchy moc nepoužívá, uplatnění má hlavně v Americe.

Velký význam, vedle psychiatrického vyšetření, pro potvrzení diagnózy mají škály (Příloha A), (LÁTALOVÁ, 2010).

2.5 Léčba

V minulosti měla nemoc spíše nepříznivé vyhlídky, laická veřejnost to tak často vidí i nadále. Avšak díky novým terapeutickým možnostem se léčba výrazně změnila. Mezi hlavní zásady kvalitní léčby patří odstranění příznaků nemoci, zabránit znovu vzplanutí choroby a v neposlední řadě obnovit a podpořit kvalitu života.

2.5.1 Farmakoterapie

Základem léčby bipolární poruchy jsou léky nazývané psychofarmaka. Nejpoužívanější jsou antidepresiva, stabilizátory nálad, antipsychotika (neuroleptika), anxiolytika, hypnotika.

Zvolský (1994) uvádí zajímavý fakt: „*moderní psychofarmaka ovlivňují specificky určité oblasti a struktury CNS a působí léčivě na většinu duševních chorob. Je nutno si uvědomit, že účinek každého psychofarmaka záleží nejenom na jeho vlastním terapeutickém působení, ale také na osobnosti pacienta, na tom, co od podaného léku očekává*“ (ZVOLSKÝ, 1994, s.118).

Antipsychotika se využívají v první řadě v léčbě psychóz, některá lze použít i k léčbě deprese a mánie. Dopamin ovlivňuje myšlení, chování a celkovou integritu osobnosti – antipsychotika způsobují blokádu dopaminových a serotoninových receptorů, snižují nadbytek dopaminu. Existují dva druhy, a to, sedativní a incisivní (mírně stimulační).

V léčbě bipolární poruchy je lze využít hlavně proto, že zlepšují spánek, snižují úzkost a pocity napětí. Nejznámější představitelé jsou Haloperidol, Plegomazin, Tisercin, Chlorprothixen, Zyprexa, Seroquel, Dogmatil, Zeldox, Rispen, Fluanxol.

Antidepressiva jsou léky k léčbě deprese, v některých případech mohou být použity k léčbě bipolární depresivní epizody. Nutné je ovšem podávat je se stabilizátorem nálady, jinak hrozí přesmyk do mánie. Účinek antidepressiv nastává po určité době – udává se doba 2 – 3 týdny. Skoro všechny antidepressiva mají tzv. Atropinový efekt, což má za následek nežádoucí účinky jako je sucho v ústech, potíže při polykání, zástava močení, bušení srdce, rozmazané vidění, neklid. Proto je důležitým úkolem zdravotnického pracovníka tyto účinky sledovat. Lze je rozdělit takto:

1. tricyklická antidepressiva – Melipramin, Amitriptylin, Anafranil, Noveril, Nortrilen, Prothiaden, Trittico Nevýhoda: více nežádoucích účinků, riziko přesmyku do mánie.
2. novější antidepressiva – Wellbutrin, Citalec, Deprex, Mirzaten, Zoloft, Asentra, Venlafaxin, Prozac, Fevarin, Ixel. Výhodou této skupinu léků je menší riziko přesmyku do mánie, dobrá snášenlivost, vzácné nežádoucí účinky.

Anxiolytika mají uklidňující až hypnotický efekt, a také mají svalově relaxující a antikonvulzivní vlastnosti. Nejčastějšími jsou preparáty diazepinové, které působí do 30 minut. Jsou indikována pouze krátkodobě, protože způsobují závislost. Mezi nejznámější patří: Diazepam, Oxazepam, Neurole, Xanax, Lexaurin, Grandaxin. Nová anxiolytika nebenzodiazepinového typu lze zařadit: Anxiron, Buspar.

Hypnotika jsou léky navozující spánek. Nejmodernější hypnotika mají rychlý nástup spánku a minimální vedlejší účinky a lze tam zařadit Dormicum, Hypnogen.

Thymoprolaktika slouží k zabránění dalších epizod bipolární poruchy. Asi nejznámější je stabilizér nálady je Lithium, avšak jeho dlouhodobé podávání může vyvolávat nežádoucí účinky jako jsou např: třes, problémy s pamětí, padání vlasů, polyurie, polydipsie, únava, jemný třes, kovová pachuť v ústech, diarhea, zvýšení hmotnosti, otoky, akné, zvýšený počet bílých krvinek v krvi, vyrážka (STAHL, 2005).

Terapeutické hladiny Lithia jsou v rozmezí 0,6 – 1,2mmol/l. Další zástupci jsou Biston, Depakine, někdy Rivotril (MALÁ, 2002).

2.5.2 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

ECT, v laické veřejnosti známé spíše pod názvem „elektrošoky“, je neúčinnějším a nejrychlejším postupem závažné deprese, lze ji využít tam, kde pacienti s depresí nereagují na farmakoléčbu svůj význam má i v léčbě mánie. Dále k ní lze přistupovat tam, kde závažná mánie či deprese ohrožuje život pacienta, nebo v případě, že si pacient sám tuto metodu léčby přeje na základě předchozí dobré zkušenosti. Je to bezpečná metoda, vhodná i u starších lidí a těhotných žen.

Ještě před samotným zahájením této terapie musí být pacient vyšetřen interním lékařem, který posuzuje rizika ECT vzhledem k tělesnému stavu pacienta.

Samotné provedení je v celkové anestezii, u které je anesteziolog. Anestezie bývá intravenózní (využívá se např. Thiopental a Succynyl chlorid) podávaná přes permanentní žilní kanylu. Po uvedení do anestezie je mozek pomocí elektrod přiložených na hlavu stimulován krátkými kontrolovanými elektrickými impulzy. Pacient se z anestezie probouzí během několika minut a na průběh zákroku si nepamatuje.

Elektrokonvulzivní terapie se provádí většinou 3x týdně (PO-ST-PÁ) a četnost stimulací je 6 -12 během 2-4 týdnů (STOPKOVÁ, 2008).

Ukázka křivky v průběhu ECT je v příloze B.

2.5.3 Fototerapie

„Fototerapie je léčba jasným světlem pomocí speciální lampy. Tyto lampy je možné zakoupit a po poradě s lékařem používat i doma. Využívá se zvláště u sezonních depresí, které se s pravidelností vyskytují na podzim nebo v zimě. Léčba má pokrývat celé rizikové období, denně zabere v ranních hodinách podle intenzity světla ½ až 2 hodiny. Je to bezpečná a dobře snášená metoda“ (STOPKOVÁ, 2008, s.37).

2.5.4 Psychoedukace

„Psychoedukace je terapeutická technika, která má za úkol poskytnout pacientům a jejich příbuzným důkladné informace o samotné bipolární poruše a možnostech její léčby.

Důležité je poskytnout nemocným podporu a vysvětlit jim, že fáze nemoci se může vrátit. Zásadní je upozornit je na nutnost dlouhodobé léčby léky. Příbuzné, v rámci psychoedukace, se snažíme naučit rozlišit, co je projev nemoci a co je osobnostní rys nemocného, protože to často bývá rodina, která si všimne, že něco není v pořádku. Psychoedukace poskytuje návody jak si uspořádat život, a to zejména v období po propuštění z léčby., (PRAŠKO, 2004, s.55).

2.5.5 Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná metoda, při které se používají psychologické poznatky. Pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami, představami, emocemi a chováním. Z počátku psychoterapie je dominantnější psychoterapeut, hlavně v prvních fázích nemoci, postupně se i pacient chová aktivněji. Může probíhat buď individuálně či skupinově (spolupacienti, rodinná terapie).

Hlavní cíle psychoterapie u BAP jsou:

- porozumět tomu, co se děje
- vyrovnávat se s vlivem poruchy na svůj život
- omezit, ohraničit, odstranit patologické prožitky
- vytvořit pocit přirozené kontroly nad svým životem
- snížení obav souvisejících s BAP
- vyrovnání se s potenciálním stigmatem nemoci
- zlepšení psychosociálního fungování mezi epizodami
- snížení pravděpodobnosti zneužívání návykových látek

- dlouhodobé plánování s ohledem na možnost vzniku dalších epizod

Pro pacienty s bipolární afektivní poruchou jsou vhodné:

- kognitivně-behaviorální terapie
- interpersonální terapie se zaměřením na snižování zátěže, kterou klade nemoc na vztahy s blízkými lidmi
- rodinná terapie jako nástroj k nalezení nové rovnováhy v rodině pacienta, zlepšuje vztahy mezi jednotlivými členy (STOPKOVÁ, 2008)

Vymětal uvádí: „*Psychofarmakoterapie není protipólem psychoterapie, ale obě léčebné metody se komplementárně doplňují.*“ (VYMĚTAL, 2003, s.247)

Mezi základní prostředky psychoterapie u bipolární poruchy patří:

- podpora, empatie
- psychoedukace (podpůrná psychoterapie, KBT)
- monitorování varovných příznaků
- snížení emoční expresivity v rodině
- nácvik sociálních dovedností
- nácvik zvládání stresu
- rehabilitace pracovních dovedností

3 Psychoterapeutické postupy

3.1 Kognitivně-behaviorální terapie

KBT je zaměřená na celkové zklidnění, odstranění příznaků, přijetí nemoci, odstranění nežádoucích vzorců myšlení a chování, zlepšení komunikace s okolím, nácvik řešení problémů. Je to vlastně přístup kombinující zřetel na pacientova poznávací schémata se zřetelem k jeho chování. Má-li být změněno chování nemocného, je nutné změnit i jeho nazírání na situaci ve které se nachází. Má uplatnění zejména pro nemocné s bipolární poruchou ve fázi lehčí či středně těžké deprese nebo ve fázi hypomanické či pro pacienty s přetrvávajícími příznaky.

Základními postupy jsou:

- eliminace stresorů
- vytvoření vyrovnanějšího způsobu myšlení
- nácvik relaxace
- kognitivní restrukturační (rámování automatických negativních myšlenek)
- odstranění příznaků komorbidních poruch (panika, sociální fobie) např. v rámci tzv. expozic (tj. vystavení se situaci ve které se nemocný necítí dobře)

3.2 Trénink sociálních dovedností

V tomto tréninku se pacient učí nezbytným sociálním dovednostem, které jsou zapotřebí k samostatnému životu ve společnosti. Při tomto tréninku je využíváno scének a modelových situací, ve kterých nemocný často v běžném životě selhává. Procvičování vede ke komunikační dovednosti, které dodávají sebejistotu.

3.3 Trénink asertivity

„Asertivita je komunikační styl, přímé, přiměřené a upřímné vyjadřování vlastních názorů negativních i pozitivních, aniž bychom porušovali práva jiných lidí i svá vlastní“ (JOBÁNKOVÁ, 2000, s.140).

Výcvik v asertivitě je určen každému, kdo má obtíže s prosazováním svých přání. Psychiatricky nemocný si v rámci léčebného systému osvojuje asertivitu formou cvičení pod vedením terapeuta. Jsou např. používány postupy, jež poskytují návod na zvládnání různých druhů kritiky (oprávněná/neoprávněná), odmítání požadavků, vyjadřování nepříjemných pocitů (MATOUŠEK, 1999).

3.4 Relaxace

Relaxace má velký význam, protože pomáhá odstraňovat nebo minimalizovat nahromaděnou tenzi. Pro provádění relaxace je nutné ticho, klid a nerušené soustředění, kdy se v přípravné fázi jedinec stáhne do sebe a tak zruší své vazby k okolnímu světu (LAKOMÁ, 1993).

Užívané relaxační metody jsou např.:

- progresivní relaxace
- Schultzův autogenní trénink
- relaxace podle Reicha
- Zemanova antistresová relaxace

3.5 Jóga

Jóga je soubor praktik sloužících k dosažení ideálu plného zdraví a vyrovnanosti v jednotě tělesných, duševních i duchovních aspektů. Je považována za účinný psychoterapeutický prostředek. Má schopnost depresivně laděného člověka aktivovat, naopak příliš aktivního zklidňovat, nevyrovnané vyrovnávat (MATOUŠEK, 1999).

3.6 Muzikoterapie

Muzikoterapie je psychoterapeutická metoda, při níž je využíváno hudby. Hudba velmi ovlivňuje duši člověka jak zdravého tak i psychicky nemocného. Může sloužit buď k ovlivnění psychické poruchy či může být zkoumán její vliv na osobnost jedince, postoj k životu. Cílem muzikoterapie je terapeutické působení, které určitými prostředky hudebního projevu, jež spolupůsobí s dalšími psychoterapeutickými postupy, napomáhá zlepšení nebo úpravě stavu nemocných lidí. Prostřednictvím hudby lze mírnit strach či úzkost, oproti jiným metodám zasahuje hlouběji do oblasti emocí.

3.7 Arteterapie

Arteterapie se opírá o výtvarné projevy nemocných jako o hlavní léčebný prostředek. Nejde o konečné dílo, ale o výtvarný proces. Je vhodná zejména u pacientů, kteří se ne zrovna snadno slovně vyjadřují.

3.8 Ergoterapie

Ergoterapie pomáhá pacientovy obnovit schopnost pracovat. Ta vlivem bipolární poruchy může být změněna. Probíhá v léčebnách, dále v tzv. chráněných dílnách. Přispívá k celkovému pocitu pohody, pozitivně přispívá k procesu uzdravení a napomáhá v rozvoji a znovunabytí dovedností k tomu, aby byl člověk činný (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

4 Bipolární porucha a rodina

Skutečnost, že někdo blízký duševně onemocněl, vnímají příbuzní zpočátku jako rodinnou tragédii. Cítí se zmateně, nevědí co dělat. Po prvotním stadiu šoku se spouští, k ochraně psychiky, popření nemoci a lidé nabývají dojmu, že se třeba lékaři spletly nebo že nemoc bude mít krátký a mírný průběh. Avšak bipolární porucha probíhá v epizodách a lidé mohou nabýt dojmu, že vlastními silami mohou nemoci zabránit. To však nefunguje a tak velmi důležitým bodem je přijetí poruchy. Nejde to však tak snadno jak by se mohlo zdát, objevují se pocity viny (např. že se v dětství rodiče málo dítěti věnovaly).

Pocity viny střída postupně pocit zármutku, rodina vzpomíná často na to, jaké to bylo před tím, než nemoc propukla, cítí se ukřivdění jeho chováním, přestože bylo zřetelně chorobně motivováno třeba nevěrou v máni. A vzhledem k tomu, že se epizody nemoci opakují, smutek trvá dlouho.

Tím, že se epizody poruchy střídají se také ale příbuzné postupně učí odlišit chorobné projevy v chování, rozpoznávat příznaky v jejich zárodku a tím nabývají pocit, že nemocného lépe chápou. Uvědomí si, kolik psychických sil jej nemoc stála a nakonec nemocného i s jeho poruchou přijímají. Objevují se myšlenky jako - není to naše vina, i dobrým lidem se stávají špatné věci ale my to společně zvládneme.

Těmito fázemi si každý příbuzný musí projít po svém. Nejsou dobré ani špatné, jsou prostě součástí normální lidské reakce. Nemusí vždy navazovat tak, jak jsou popsána, mohou se i míchat, zvlášť u epizodických onemocnění tomu tak bývá (PRAŠKO,2004).

Žije-li psychicky nemocný v rodině, působí to hluboce na každý všední den. Rodinu nezatěžují ani tak symptomy, které zajímají psychiatry, ale spíše následující způsoby chování:

- pasivita a apatie/přehnaná aktivita
- zanedbávání hygieny, čistoty a pořádku

- porušování každodenních rodinných stereotypů (např. blokování koupelny)
- obrácený rytmus den/noc
- zvláštní chování (uzavření se do sebe/otevřená agrese)

Takové způsoby chování vedou vždy k tomu, že se rodinní příslušníci ptají: „*Nemůže nebo nechce?*“ (DORNER, 1999, s.18).

V rodinách, kde rodinní příslušníci nadměrně vyjadřují emoce (např. nadměrná kritika, nepřátelské chování) mívají pacienti s bipolární poruchou významně horší průběh poruchy. Příbuzní často, zvláště v prvních atakách nemoci, nemají dostatek informací, proto je nutné, i pro celkové zlepšení stavu pacienta, informace podávat. Důležitou roli hraje psychoedukace o bipolární poruše a její léčbě. Velmi vhodné je se také věnovat možným budoucím životním problémům a připravit se na jejich zvládnutí. Práce s postoji rodiny k medikaci, identifikace stresorů (PRAŠKO, 2004).

Doporučení pro pacienta a rodinu je blíže popsáno v praktické části práce.

5 Sociální práce u lidí s bipolární poruchou

„Sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Cílem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit, odstranit, vyřešit je, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních problémů. Zároveň sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách, a tím, co chce klient. A tak cílem této práce je pak rozvíjení tohoto dialogu ke vzájemné spolupráci“ (MAHROVÁ, 2008, s.9).

Lidé s bipolární poruchou potřebují od sociálního pracovníka cílenou pomoc, tj. informace a poradenství z oblasti sociálního zabezpečení, občanského a pracovního a rodinného práva případně konkrétní pomoc v těchto oblastech). Komplexní zdravotně-sociální péče je zapotřebí tam, kde je kvůli projevům poruchy omezeno více oblastí po delší dobu.

Sociální pracovník pracuje s duševně nemocnými v institucích jako jsou léčebny, oddělení, domovy důchodců, ústavy sociální péče, krizová centra, denní stacionáře aj. Pracovník mapuje zdravotně-sociální problémy nemocného a ve svých intervencích z nich vychází, rozlišuje potřeby naplněné, nenaplněné, potřebu podpory, vliv a možnosti prostředí. Podporuje také svým působením sociální splynutí osob s poruchou, která vede ke změně postojů společnosti k lidem s duševním onemocněním (MATOUŠEK, 2005).

„Postupem času se rozvinula Moderní psychiatrická rehabilitace, která dnes zahrnuje velké množství různých programových modelů, které spojuje snaha pomoci dlouhodobě duševně nemocným zvládat život ve společnosti. Cílem rehabilitace je zmírnění či kompenzace nezpůsobilosti (nově stavu snížené aktivity) a dále omezení hendikepu (nově stavu omezené participace)“ (MATOUŠEK, 2005, s.139).

Mezi sociální situace, ve kterých mohou v nemoci nastat problémy patří např.:

- Práce – přiznání plné invalidity je pro některé pacienty stigmatem a pro jiné zase jedna z mála jistot v nejistém světě. Někteří se stávají závislími na systému

podpor. Pracovní začlenění lidí s bipolární poruchou může klást překážky ve smyslu nezaměstnanosti, firemních pravidel, kompetencí, sociálního fungování.

- Rodinné vztahy – role rodiče, manžela

- Škola,...

6 Komorbidita a rizika spojená s bipolární poruchou

Komorbidita u nemocných s bipolární poruchou je velmi častá, je uvedeno, že více jak 60% nemocných má další psychiatrickou problematiku. Nejčastěji jde o zneužívání návykových látek, poruchy osobnosti, úzkostné poruchy, méně často se můžou objevit i příznaky obsedantně kompulzivní poruchy. BAP také zvyšuje riziko sebevraždy oproti zdravé populaci.

6.1 Úzkostné poruchy

Objevují se častěji u žen než u mužů. Až 93% pacientů s BAP trpí alespoň jednou úzkostnou poruchou. Z toho až 39% tvoří posttraumatická stresová porucha. Nejčastěji se objevuje panická porucha, agorafobie, sociální fobie.

6.2 Poruchy osobnosti

Někdy může být obtížné rozlišit bipolární afektivní poruchy od tzv. hraniční poruchy osobnosti, kdy lidé s touto poruchou jsou emočně nestabilní a často podléhají poruchám nálady, jsou impulzivní a při dekompenzaci mohou právě připomínat bipolární poruchu. Hlavním rozdílem je mezi nimi hlavně to, že, změny nálady u hraniční poruchy jsou vyvolány spouštěči interpersonální povahy (např. kritika), zatímco u BAP je kolísání více nezávislé na podnětech vnějších. Avšak komorbidita mezi těmito poruchami je vysoká, tzn. změny nálady jsou vyvolány spouštěči jak interpersonálními, tak nemusí být spouštěč zvenčí patrný.

6.3 Suicidalita

Je nejzávažnější vyústění BAP. Podle průzkumů mají pacienti s bipolární poruchou vyšší frekvenci sebevražedných myšlenek, pokusů a dokonaných sebevražd oproti běžné populaci. Riziko suicidia je nejvyšší zejména na v období depresivní epizody a nebezpečná doba na realizaci bývá zejména v období zmírnění těžké deprese, kdy má pacient více energie suicidium realizovat. Snížení rizika sebevraždy patří mezi základní terapeutický cíl.

Tabulka 3 Faktory spojené s rizikem suicidia

Faktory spojené s průběhem nemoci
<ul style="list-style-type: none"> • časný nástup poruchy • sexuální zneužívání v dětství • časté hospitalizace
Fenomenologie
<ul style="list-style-type: none"> • pocity beznaděje • nízké sebevědomí • suicidiální myšlenky během depresivní fáze • závažnost úzkosti a deprese • impulzivita
Komorbidity
<ul style="list-style-type: none"> • zneužívání alkoholu či drog • poruchy osobnosti
Suicidium v rodinné anamnéze
Stres
<ul style="list-style-type: none"> • problémy v zaměstnání • sexuální/fyzické násilí • konflikty s příbuznými/partnery • nedávno prožitá nepříznivá událost • absence osoby, které by pacient důvěřoval

Zdroj: LÁTALOVÁ, 2010, s.87

6.4 Zneužívání návykových látek

Ve srovnání se zdravou populací jsou návykové látky pacienti s bipolární poruchou často zneužívány. Druh zneužívané látky závisí na zákonech jednotlivých států (např. v ČR je alkohol dostupný běžně, jinde je zakázán). V Severní Americe zase běžně pacienti s bipolární poruchou zneužívají kokain.

Ke zneužívání dochází často v depresivní fázi a u rychlého cyklování. Zato v průběhu manické epizody pacienti zneužívají stimulantia (LÁTALOVÁ, 2010).

„Komorbidita BAP a zneužívání návykových látek je častější u těch pacientů, kde choroba propukla v mladém věku. Komorbidní abúzus těchto látek, zejména stimulantů, zhoršuje průběh bipolární poruchy a výrazně omezuje sociální zařazení mladých pacientů. Návykové látky způsobují i komplikace somatické, které ve svém důsledku mohou vyvolat kaskádu dalších komorbidit“ (LÁTALOVÁ, 2010, s.80-81).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta

s bipolární afektivní poruchou

V práci je popisován ošetrovatelský proces u pacientky s bipolární afektivní poruchou, která se musí momentálně zotavit z depresivní fáze nemoci. A i přes to, že pacientka toto onemocnění zná, je kladen velký důraz také na edukaci, protože dostatek informací vede k předcházení relapsů poruchy, k podpoře zdraví a spokojenosti.

Praktická část popisuje ošetrovatelský proces v období 17.10. - 7.12.2012

Hodnocení stavu pacientky je popisováno jejími slovy.

7.1 Kazuistika

Paní Jana (44 let) byla přijata 17.10.2012 v 10:30 hodin na otevřené psychiatrické oddělení Psychiatrického centra Praha překladem z interního oddělení nemocnice Neratovice, kde byla od 16.10.2012 po TS intoxikací požitím 15g Paracetamolu.

Anamnestické údaje:

Pacientka udává, že otec (72 let, dříve mistr na odborném učilišti, nyní v důchodu) je léčen pro hypertenzi. Matka (71 let, dříve učitelka, nyní také v důchodu) léčena pro depresi, páchala i suicidiální pokus a léčena i na AT oddělení psychiatrické léčebny v Bohnicích v Praze. Má bratra (50 let, prodavač) léčeného na psychiatrii s depresemi a úzkostmi. Z otcovy strany oba bratři a jejich synové léčení také pro depresi. Pacientka má 20 – ti letou dceru (studentka, bydlí s přítelem), která navštěvuje psychologa s úzkostmi a dyssomnií, a ještě dceru 3 roky starou. Je 10 let rozvedená, bývalý manžel

byl násilník – pacientka byla opakovaně vystavena psychickému i fyzickému násilí. Nyní má přítele (55 let, realitní makléř), vztah by zhodnotila jako celkem harmonický.

Pacientka je absolventkou pedagogické fakulty, učitelka na ZŠ a MŠ a krátce pracovala i jako administrativní pracovnice, poté na mateřské dovolené. Od srpna 2012 opět pracuje ve školství. Od 8.10. 2012 v pracovní neschopnosti kvůli psychickým problémům.

Abusus: nekuřačka, alkohol příležitostně, drogy 0

Crimina: negativní

Řidičský průkaz: ano

Zbrojní pas: ne

Alergie: ampicilin, prach, peří

Psychiatrická anamnéza:

Pacientka udává, že psychické obtíže má od 17 let. Začalo to epizodou mánie, která trvala 10 dní, hodně v té době utrácela, měla mnoho energie, plná elánu, nemusela spát a i přes to nebyla unavená, měla sexuální styk asi s pěti chlapci během těch deseti dní. Poté nastoupila deprese se suicidiálním pokusem – chtěla se zastřelit, zbraň však selhala. Léčila se ambulantně, brala antidepresiva, ale depresivní obtíže trvaly tak byla hospitalizována v psychiatrické léčebně Bohnice, kde absolvovala ECT. Nějakou dobu byla bez obtíží, Narodila se jí první dcera. Spustila se jí opět mánie a poté depresivní epizoda. V té době se 3x pokusila o sebevraždu (alkohol s léky dohromady, poté několik dní po dimisi z léčebny opět léky, a nakonec po útěku z hospitalizace pořezání se na krku nožem na poli). Dostala se opět do léčebny, kde byla nasazena nová antidepresiva plus thymostabilizér Carbamazepin. Odcházela v remisi a za měsíc nastoupila do zaměstnání. Antidepresiva jí byla postupně vysazena, Carbamazepin ponechán. Bez afektivních obtíží. V roce 2008 byl i Carbamazepin vysazen – pokoušeli

se s partnerem o dítě, dvakrát potratila, napotřetí to vyšlo a narodila se jí dcera. Pacientka udává, že toho času zúzkostněla.

Nyní asi poslední tři týdny, začala hůře spát, mladší dcera má ve zvyku si k pacientce a partnerovy lehnout do postele, vždy chodí tak kolem třetí hodiny ráno. Pacientka potom vždy normálně usínala, právě ty poslední tři týdny bývá vzhůru po tom, co dcera přijde. Do toho se ještě přidala nemoc právě této dcerky, kdy byla hospitalizována s dušením při nachlazení. Starší dcera v té době nesložila maturitu z angličtiny. Pacientka nastoupila do nové práce a k tomu ještě probíhal soud s bývalým manželem o alimenty (trvá to už sedm let). Udává, že její psychický stav kolísal a docházelo k postupnému zhoršování. Spánek se také zhoršoval.

Lékařka jí nasadila ještě Escitalopram a Zopiclon. Stav se ale i tak nelepšil.

Hůře se jí četlo, nic jí nebavilo, do činností se musela nutit, zhoršilo se rozhodování. Pociťovala velké napětí a úzkost. Byla již dohodnutá hospitalizace, pacientka říká, že jí přepadl pocit beznaděje, obavy z toho, že se nevyлéčí, sama to popisuje takto: *„Měla jsem dobrou náladu v pátek a v sobotu, dokonce jsem se i dobře vyspala, v neděli totální propad, strašně hluboký, přepadly mě myšlenky, že se nepostarám o dítě, že nic nezvládnou, neuklidím, nenavařím a najednou ten zkrat. Rozhodla jsem se vzít si život a spolýkala jsem asi 30 tablet Paralenu. Uvědomila jsem si, co jsem udělala a chtěla vše vyzvracet. To mi nešlo, tak jsem si zavolala záchranku. Musím říct, velmi se mi ulevilo, že se mi nepodařilo se zabít.“*

Stav při přijetí:

Pacientka přijata při vědomí, plně orientovaná, spolupracující, depresivní. Výrazný váhový úbytek neudává, psychomotorické tempo není výrazně sníženo, aktuálně bez suicidiálních myšlenek, myšlení je bez bludů. Očima sleduje ve všech směrech, zornice izokorické. Uši bez sekrece, slyší dobře. Hrudník symetrický, bez patologie, dýchání sklípkové, bez vedlejších sluchových fenoménů. Břicho palpačně měkké, nebolestivé. Dolní končetiny bez otoků, bez křečových žil.

Lékařská diagnóza:

Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků

Komoce v anamnéze

Refluxní ezofagitýda

Stp. TS požitím Paracetamolu

Z léků užívá:

Biston 200 mg tbl 1 – 0 – 0 antiepileptika

Quetiapin 200 mg tbl 0 – 0 – 1 antipsychotika

Cipralex 10 mg tbl 1 – 0 – 0 antidepresiva

Zopitin 7,5 mg tbl 0 – 0 – 0 – 1 hypnotika

Omeprazol 20 mg tbl 1 – 0 – 0 antiulceróza

7.2 Diagnosticko – terapeutická část

Hmotnost: 78,5 kg

TK: 120/75 mmHg

TT: 36,7 °C

Výška: 184 cm

P: 105/min.

Dech: 14/min.

BMI: 23

Laboratorní vyšetření v den příjmu – 17.10. 2012

Referenční meze:

Glukoza 3,9 mmol/l 3,3 - 5,6

ALT 0,18 µkat/l 0,17 – 0,58

AST 0,31 µkat/l 0,17 – 0,60

GMT 0,28 µkat/l 0,10 – 0,70

TSH 0,540 mIU/l 0,270 – 4,200
fT3 5,44 pmol/l 3,10 – 6,80
fT4 13,52 pmol/l 12,00 – 22,00
UREA 4,9 mmol/l 1,7 - 8,3
Kreatinin 67 µmol/l 44 – 80
Bilirubin 8,1 µmol/l 0,0 – 21,0
Erytrocyty 4,64 3,80 – 5,20
Leukocyty 8,34 0 – 10,0
Hemoglobin 135 120 - 160
Hematokrit 0,397 0,350 – 0,470
Trombocyty 409 150 - 400
Na 145 135 - 145
K 4,1 3,5 – 5,1
Moč M+S 5,5 4,5 – 5,5

Ostatní vyšetření:

EEG – záznam v mezích normy – bez fokálních či epi změn, nesvědčí pro organicitu obtíží.

Psychologické vyšetření osobnosti – pacientka bez poruch osobnosti.

7.3 Průběh hospitalizace

Příjem pacientky na psychiatrické otevřené oddělení 17.10.2012 v 10:30 hodin.
Dobrovolný souhlas s hospitalizací podepsán.

Pacientka nám předala všechny léky, které u sebe měla a také ostré předměty, byla zapsána do skupiny pacientů, se kterou se bude zúčastňovat programu oddělení, který je pro pacienty v rámci režimu povinný (pacienti na oddělení jsou podle počtu rozdělení do skupiny A, B).

Jako každý pacient musí mít identifikační náramek. Při jeho aplikaci je kladen důraz na vysvětlení účelu identifikačních náramků a nutnosti jejich nošení. Pacientce byla dále přidělena patronátní sestra (v Psychiatrickém centru Praha má sestra 4 či 5 pacientů v péči; těmto pacientům sestaví plán ošetrovatelské péče, na jehož základě jedenkrát týdně provádí hodnocení).

Po vyplnění vstupních formulářů, vyšetření lékařem a v neposlední řadě „rozkoukání se“ pacientky po oddělení byla odebrána ošetrovatelská anamnéza a sestaven ošetrovatelský plán na základě jejich problémů a potřeb..

7.3.1 Zhodnocení pacientky dle modelu Gordonové

1. Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví

Pacientka se necítí moc dobře, po pokusu o sebevraždu si uvědomila, co by to znamenalo pro rodinu, nechala by tady malou dceru, přítel by se určitě zhroutil. Léčí se už dlouho, chtěla by se uzdravit, aby mohla fungovat doma, chce pracovat. Obtěžují ji úzkosti, nedokáže specifikovat z čeho. Nyní má i obavy, jak to doma bez ní zvládnou. V roce 2006 měla komoci mozku po autonehodě. Vážněji nestonala, prodělala běžné dětské nemoci. Z tělesných problémů jí trápí snad jen refluxní ezofagitýda. Na množství a pravidelnost léků, které jako psychiatricky nemocná musí brát si celkem už zvykla. Pacientka je kuřačka, vykouří tak 15 cigaret za den. Nyní ji nic nebaví, nemá na nic chuť. O své diagnóze byla ošetrojícím lékařem plně informována. V den příjmu na oddělení pacientka vyplnila vstupní hodnocení deprese a úzkosti podle škál plněných jedenkrát týdně (PŘÍLOHA A). Deprese – 18, úzkost – 36. Myšlenky na sebeublížení či sebevraždu momentálně nemá.

Ošetrovatelský problém:

- úzkost, obavy, nejistota, smutek

2. Výživa, metabolismus

Stěžuje si na pálení žáhy, ale už to není tak hrozné jako dříve, bere na to Omeprazol. Dříve byla velký labužník, ráda zkoušela cizokrajné kuchyně, posledních tak sedm let jí spíše méně, ale nevidí to jako problém, výrazně nezhubla. Dieta na oddělení je 3 – racionální. Pacientčin BMI je v normě. Chrup pacientky je sanován. Za den vypije tak dva litry vody a zeleného čaje, kožní turgor v normě. Limonádám a kávě moc neholduje. Kůže je normální bez kožních defektů.

Ošetrovatelský problém: 0

3. Vylučování

Močení bez problémů, vyprazdňování stolice 1x za dva dny.

Ošetrovatelský problém: 0

4. Aktivita, cvičení

Pacientka je plně soběstačná, dopomoc nepotřebuje. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Dříve dost sportovala, hlavně tanec a jízda na kole ji bavila, nyní v depresi nemá na nic chuť, o nic zájem, ale chtěla by zase sportovat a vést ke sportu i svou malou dceru. Nyní nejraději leží, protože na nic nemá sílu, doufá, že zde – na režimovém oddělení se to změní. Dle Barthelova testu základních všedních činností je pacientka nyní zcela nezávislá.

Ošetrovatelský problém:

- nechť do aktivit, nedostatek vhodných aktivit

5. Spánek, odpočinek

Doma má pacientka se spánkem problémy – usne dobře, tak kolem jedenácté hodiny večer, ale budí se kolem třetí hodiny, když k ní přijde spát malá dcera a nemůže už usnout. Dceru odmítnout nedokáže. Pociťuje únavu a má chuť během dne spát, stává se jí, že i usne třeba na dvě hodiny. Pacientka během rozhovoru občas zívne, má nepatrné kruhy pod očima.

Ošetrovatelský problém:

- problémy se spánkem – časně buzení, spánek během dne
- únava

6. Vnímání, poznávání

Pacientka je plně při vědomí, orientovaná ve všech směrech. Má jen obavy, aby to tu zvládla. Odpovídá adekvátně, řeč je plynulá a zřetelná. Paměť je v pořádku, tak poslední tři týdny je zhoršené soustředění. Z počátku rozhovoru byla pacientka nedůvěřivá a napjatá, ale prý to tak má při prvním kontaktu s cizími lidmi. Postupně se uvolnila. Její obličej je bez výrazné mimiky. Brýle nenosí. Posouzení stavu vědomí dle Glasgow coma scale - bez poruch vědomí.

Ošetrovatelský problém:

- zhoršené soustředění

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka se léčí od 17 let, kdy měla první epizodu mánie, udává, že v mánii měla obrovské sebevědomí, v depresi zase na bodu nula. V období remise se také nevidí úplně pozitivně, ale není to tak hrozné, má pocit, že ve spoustě věcech selhala a to jí na sebehodnocení moc nepřidává. Spíš se hodnotí jako introvert, který se nemá moc rád za to, jaký je. Udává, že přítel ji však hodnotí jako veselou, milou a otevřenou bytost.

Ošetrovatelský problém:

- narušená sebeúcta
- uvádí, pocity vlastního selhání

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Paní Jana je matka dvou dcer (20 let a 3 roky), se starší dcerou má dobrý vztah, žije s přítelem v bytě. Je 10 let rozvedená, exmanžel ji fyzicky i psychicky šikanoval. Sedm

let trvá soudní řízení ohledně alimentů, které jí bývalý partner odmítá roky dát. Pracuje jako učitelka, nyní jí trápí to, jak to přítel zvládne finančně, protože pacientka je od října v pracovní neschopnosti a teď ještě vydaje za hospitalizaci. Přátel moc nemá, říká, že se tomu ani nediví, snad jen jednu kamarádku má a kolegy v zaměstnání, se kterými vychází slušně.

Ošetrovatelský problém.

- změna v sociální roli

9. Sexualita, reprodukční činnost

Pacientka má za sebou dva porody, dvakrát potratila. Menstruace pravidelná od 12 let. Nyní na sex moc chut' nemá, přikládá to depresi, ale velkou starost jí to nedělá.

Ošetrovatelský problém: 0

10. Stres, zátěžové situace

Zátěžové situace zvládá špatně, vždy ji přepadne silná úzkost a pocit, že situaci neustojí. Dříve si na to brala Neuro, ale bojí se závislosti, tak už ho nebere. V životě si prožila mnohé – fyzické a psychické týrání, těžký rozvod, soudní tahanice o alimenty, které nikdy neviděla, depresivní obtíže. Chtěla by se naučit stres zvládat, ale nevěří, že to dokáže, ani neví jak přesně na to. Doufá, že se zde na oddělení snad něco naučí.

Ošetrovatelský problém:

- nedostatek informací/postupů/metod na zvládnání úzkosti

11. Víra, přesvědčení

Pacientka není nábožensky založená. Chtěla by věřit v to, že bude zase dobře, ale je to těžké, nevěří moc tomu, že to dokáže.

Ošetrovatelský problém:

- nedostatek sebedůvěry

12. Jiné

Žádné jiné další informace.

Ordinace lékaře:

Quetiapin Mylan 100 mg tbl 0 – 0 – 0 – 3 (22 hod.) antipsychotika

Lenuxin 10 mg tbl 1 – 0 – 0 – 0 antidepresiva

Biston 200 mg tbl 1 – 0 – 1 – 0 antiepileptika

Helicid 20 mg tbl 1 – 0 – 0 – 0 antiulceróza

Zopitin 7,5 mg tbl 0 – 0 – 0 – 1 (22 hod.) hypnotika

Při nespavosti: Zopitin ½ tbl

Při úzkosti. Atarax tbl max. 3 x denně 1 tbl (anxyolytika)

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacienta přijata překladem z interního oddělení po TS intoxikací léky dne 17.10.2012, léčí se dlouhodobě s bipolární afektivní poruchou, nyní ve stadiu středně těžké deprese. Přijata k terapeutickému pobytu. Vstup dobrovolný. Pacienta má dietu číslo 3 (racionální), má dvě dcery ve věku 20 a 3 roky, rozvedená, bývalý manžel ji psychicky i fyzicky týral, nyní žije s přítelem a ve vztahu je spokojená.

Poslední asi tři týdny se dle pacientky objevily depresivní obtíže s výrazným zhoršením spánku, které vyvrcholily v pokusu o sebevraždu. Nyní pacientka bez suicidiálních myšlenek, spolupracuje, depresivní. Největším problémem je pro ní smutná nálada spolu s úzkostí, dále problémy se spánkem, udává obavy, jak to doma zvládnou.

7.3.2 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry. Jsou sestavené podle priorit. Na přiřazení priorit k jednotlivým ošetrovatelským diagnózám se podílela pacientka.

Aktuální diagnózy:

- **Smutek (dysfunkční)** související s pocitem zoufalství, beznaděje, projevující se verbálním sdělením, změnami týkající se úrovně aktivity, spánku, rolí, pláčem.
- **Úzkost** související s podvědomým konfliktem ohledně základních životních hodnot a cílů, nenaplněnými potřebami, změnou prostředí, změnou role, projevující se vyjádřením obav ohledně průběhu nemoci, rodinné situace, zrychleným pulzem (105/min.), vyšší hodnotou úzkosti ve škále Beck (36 bodů).
- **Spánek porušený** v souvislosti se zhoršením psychického stavu, s úzkostí, pospáváním během dne, projevující se verbálním sdělením pacientky, kruhy pod očima, zívání během pohovoru.
- **Sebeúcta situačně snižená** v souvislosti se zhoršeným psychickým stavem, pesimistickým laděním, změnou sociální role, s pocitu vlastního selhání, projevující se verbálním sdělením.
- **Senzorická a percepční porucha** související s psychickým stresem, spánkovou deprivací, projevující se úzkostí, zhoršeným soustředěním.

Potencionální diagnózy:

- **Násilí hrozící, vůči sobě** z důvodu deprese, pesimismus, pochyb sám o sobě, beznaděje, opakovaných pokusů o sebevraždu.
- **Společenská izolace** v souvislosti se změnou duševního stavu v rámci chronické duševní nemoci, ztrátou energie, pocitu vlastní méněcennosti, snížené sebeúcty.

7.3.3 Rozpracování ošetřovatelských diagnóz

Smutek (dysfunkční) související s pocitem zoufalství, beznaděje, projevující se verbálním sdělením, změnami týkající se úrovně aktivity, spánku, rolí, pláčem.

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka hovoří o svém smutku do 3 dnů.

Dlouhodobý cíl: Pacientka nevykazuje známky smutku do 4 týdnů.

Výsledná kritéria:

- pacientka ví, proč trpí smutkem do 3 dnů
- pacientka je aktivnější do 3 týdnů
- pacientka má upravený spánkový režim, cítí se odpočatá do 2 týdnů

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

- ujasni pacientce fakt, že deprese je léčitelná ihned a dále dle potřeby
- dej pacientce prostor pro vyjádření emocí denně/dle potřeby
- udržuj pacientku v kontaktu s druhými lidmi denně
- edukuj pacientku o nastavení spánkového režimu do 1 dne
- dbej na dodržování denního režimu denně

Realizace:

Pacientka přichází na naše oddělení v depresivní fázi v rámci BAP, pacientka byla edukována o depresi a její léčbě, byla postupně zapojována do aktivit v rámci režimu na oddělení a kontaktu s druhými lidmi. Pacientce byl poskytován prostor pro vyjádření

pocitů. Společně jsme také plánovaly trávení času po skončení programu našeho oddělení (tj. v 15 hodin).

Hodnocení:

Pacientka dokáže hovořit o svém smutku, nejvíce jí trápí to, že nemůže být doma s dcerou, ale v rámci propustek se vídají. Pociťuje vždy částečnou úlevu po tom, co se vypovídá, většinou při tom pláče. Pacientka zpočátku o aktivity moc zájem neměla, přicházela však s tím, že se musí režimu zúčastňovat, aby se její stav celkově zlepšil. Během odpoledne chodila často se spolupacienty na procházky, hrála stolní hry.

Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl splněn částečně – v pátém týdnu hospitalizace se cítila výborně, stav se zhoršil ke konci hospitalizace když se blížilo propuštění, pacientka udávala obavy jak to zvládne doma, ale pociťovala celkové zlepšení nálady oproti prvním týdnům hospitalizace. Pacientka má dostatek informací ohledně nemoci, uvědomuje si, že to jak se cítila špatně bylo tady a teď, postupem času se naučila věřit, že bude lépe.

Úzkost související s podvědomým konfliktem ohledně základních životních hodnot a cílů, nenaplněnými potřebami, změnou prostředí, změnou role, projevující se vyjádřením obav ohledně průběhu nemoci, rodinné situace, zrychleným pulzem (105/min.), vyšší hodnotou úzkosti ve škále Beck (36 bodů).

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka má sníženou úzkost do 1 dne.

Dlouhodobý cíl: Pacientka si uvědomuje faktory, které způsobují úzkost, nalézá zdravé způsoby, jak si poradit s úzkostí do 2 týdnů.

Výsledná kritéria:

- pacienta zná příčiny své úzkosti do 2 týdnů
- pacientka ví, že se může kdykoliv svěřit se svými problémy denně/dle potřeby
- pacientka zná metody ke snížení úzkosti ihned/dle potřeby

- úzkost na škále Beck klesá každým týdnem
- pulz pacientky je v normě denně

Plán intervencí pro všeobecnou sestru:

- seznam pacientku s režimem oddělení ihned
- upozorni pacientku na možnost kdykoliv se svěřit se svými problémy ihned/dle potřeby
- aktivně naslouchej a všímej si známek strachu, úzkosti a jiných emocí neustále
- edukuj pacientku o metodách snižování úzkosti ihned/dle potřeby
- dbej na zapojení pacientky do programu oddělení neustále
- sleduj fyzickou odpověď úzkosti – např. zrychlený pulz dle potřeby
- všímej si chování pacientky během úzkosti

Realizace:

Z počátku při příjmu byla pacienta napjatá, spíše nedůvěřivá. Postupně se však uvolnila. Byla seznámena s režimem oddělení, byly zodpovězeny všechny její dotazy. Společně s pacientkou jsem se snažila hovořit o jejích pocitech úzkosti. Pokoušela jsem se jí vysvětlit, že není na svůj problém sama. Snažily jsme se spolu nalést vhodnou metodu na snižování úzkosti – relaxace, řízené dýchání, odvedení pozornosti. Pac. Byla poučena a dohodly jsme se, že to bude zkoušet. Ke konci druhého týdne jsme spolu mluvily o tom, jak to šlo. Pacientka zkouší dýchání, ale zatím jí to moc nepomáhá, ostatní metody jí nejdou vůbec. Zkoušet bude i nadále.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl, který byl zaměřen zvláště na úvod hospitalizace – tj. hlavně změna prostředí, byl splněn, zapojila se ihned druhý den do programu našeho oddělení, mezi spolupacienty zapadla. A sama uvádí, že se jí tu celkem líbí a už nemá z toho všeho zde takové obavy. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, zná postupy ke snížení

úzkosti, i přes depresivní náladu je velmi snaživá a vhodně dýchat zkouší, ale stále má obavy co se děje doma, tak jí to moc nepomáhá. Dohodly jsme se, že to bude zkoušet i nadále – pacientka souhlasí.

Spánek porušený v souvislosti se zhoršením psychického stavu, s úzkostí, pospáváním během dne, projevující se verbálním sdělením pacientky, kruhy pod očima, zívání během pohovoru.

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka nespává během dne, chodí spát pravidelně ve stejnou hodinu do 1 týdne.

Dlouhodobý cíl: Pacientčin spánek je zlepšený, pacientka se cítí odpočatá do 3 týdnů.

Výsledná kritéria:

- pacientka nemá kruhy pod očima, nezívá každý den
- pacientka nespí během dne
- pacientka má dostatek vhodných aktivit během dne

Plán intervencí pro všeobecnou sestru:

- posuď souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním ihned
- zabraň pacientce spát během dne – vysvětli důležitost neustále
- doporuč pacientce vhodné aktivity ihned/dle potřeby
- podávej léky dle ordinace lékaře
- sleduj projevy nedostatečného spánku – kruhy pod očima, zívání neustále
- vysvětli důležitost chodit spát ve stejnou dobu ihned

Realizace:

Pacientka má problémy se spánkem dlouhodobě, nejvíce ji obtěžuje časně buzení. Během prvního týdne hospitalizace jsme s pacientkou nacházely důvody, proč je na tom se spánkem takto, nejvíce to přikládá depresi a úzkosti a tomu, že k ní chodí brzo ráno spát dcera. Dohodly jsme se na tom, že nebude spát přes den, pokud bude unavená, najde si aktivitu, která ji od únavy odvede. Pacientka souhlasí.

Hodnocení:

I přes velkou snahu pacientky je spánek nekvalitní. Během 4 týdnů jsou jí často měněny kvůli tomu léky. V pátém týdnu hospitalizace se konečně dobře vyspala, to se cítila celkově lépe, trvalo to asi 4 dny, pak se to po propustce, kdy byla doma a která nevyšla podle jejích představ, zhoršilo. Krátkodobý plán splněn byl, pacientka během dne nespává, chodí spát kolem jedenácté večer, budí se však kolem čtvrté ráno, během dne pociťuje únavu, má kruhy pod očima a na program má tendenci usínat. Dlouhodobý plán nesplněn.

Sebeúcta situačně snižená v souvislosti se zhoršeným psychickým stavem, pesimistickým laděním, změnou sociální role, s pocitem vlastního selhání, projevující se verbálním sdělením.

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka dokáže vyjádřit pozitivní sebeocenění do 3 týdnů.

Dlouhodobý cíl: Pacientka si osvojí způsoby chování obnovující pozitivní sebeúctu do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- pacientka dokáže pochopit faktory, způsobující současnou situaci do 1 dne
- pacientka se účastní léčebného režimu denně

Plán intervencí pro všeobecnou sestru:

- zjistí dovednosti osvědčené v minulosti, které mohou být využity při současné epizodě ihned
- povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů a úzkosti neustále/dle potřeby
- ved' pacientku k uvědomění si vlastní odpovědnosti a míry kontroly nad situací ihned/dle potřeby
- dej pacientce najevo, že věříš, že je schopen zvládnout současnou situaci ihned/ dle potřeby
- zapoj do terapeutického plánu rodinu dle potřeby

Realizace:

Pacientka na samém začátku pohovoru tvrdila, že nevidí úplně pozitivně, ale není to tak hrozné, má pocit, že ve spoustě věcech selhala a to jí na sebehodnocení moc nepřidává. Spíš se hodnotí jako introvert, který se nemá moc rád za to jaký je. Ale určitě se vidí lépe než nyní v depresi. Má zájem to změnit. S pacientkou jsme zkoušely metodu tzv. Kognitivní restrukturalizace, kdy se sama přesvědčila, že to jak se vidí ona sama, nemusí vůbec odpovídat skutečnosti.

Hodnocení:

Pacientka po třech týdnech připustila, že na sebe asi byla vždy moc tvrdá, je ráda za to, že může chodit na propustky domů a být s dcerou, dokonce se jí povedl udělat výborný oběd, to jí v té chvíli potěšilo. Krátkodobý cíl tak splněn. Od přítele jsem se později dozvěděla, že to doma dobře zvládají i bez pacientky.

Senzorická a percepční porucha související s psychickým stresem, spánkovou deprivací, projevující se úzkostí, zhoršeným soustředěním.

Krátkodobý cíl: Jsou upraveny zevní faktory mohou vést k percepční poruše do 2 týdnů.

Dlouhodobý cíl: Pacientčino soustředění je zlepšeno do 4 týdnů.

Výsledná kritéria:

- pacientčina úzkost je snížena do 3 dnů
- pacientka nejeví známky spánkové deprivace (do 3 týdnů)
- pacientka verbálně sdělí, že se lépe soustředí (do 3 týdnů)

Plán intervencí pro všeobecnou sestru:

- určí základní důvod smyslové poruchy ihned
- sleduj účinky léků neustále
- zhodnot' stupeň rozsahu zhoršeného soustředění ihned
- zabraň citové izolaci pacientky neustále

Realizace:

Pacientka uvádí, že soustředit hůře se začala když se zhoršily depresivní obtíže (tj. asi před 3 týdny), hůře se jí četlo, byla taková „roztěkaná“. Nyní za hospitalizace nemělo cenu na pacientku tlačit, aby se věnovala činnostem ve kterých jí soustředění dělalo problém. Počkaly jsme dva týdny, během té doby pacientka zkoušela číst, ale moc to nešlo, přečetla třeba stránku a knihu musela odložit. Úzkost se sice o něco zmírnila, ale spánek se moc nezlepšil. Zanedlouho se pacientce udělalo lépe, zlepšil se i spánek. Koupila si erotický román, přečetla během jednoho dne asi 20 stran. Byla překvapená, jak to šlo dobře.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn částečně, úzkost se zlepšila, ale problém se spánkem se během dvou týdnů nezměnil. Pacientka to přikládá hlavně medikaci. Touží po tom, aby se našly léky, které jílepší spánek. Je i sama přesvědčená o tom, že pokud bude bez úzkosti a dobře spát, tak se bude lépe soustředit. Dlouhodobý cíl byl splněn.

Potencionální diagnózy:

Násilí hrozící, vůči sobě z důvodu deprese, pesimismus, pochyb sám o sobě, beznaděje, opakovaných pokusů o sebevraždu.

Krátkodobý cíl: Pacientka rozpozná vyvolávající faktory, které mohou vést k ublížení si do jednoho týdne.

Dlouhodobý cíl: Během pobytu pacientky na oddělení nedojde k násilí až po dobu propuštění.

Plán intervencí pro všeobecnou sestru

- pátrej po časných náznacích možného ublížení si denně
- uzavři s pacientkou dohodu, že pokud bude mít chuť si ublížit či se zabít řekne ihned
- neboj se zeptat přímo, zda se pacient zabývá myšlenkami na násilí dle potřeby
- dej pacientce prostor vyjádřit své pocity denně
- doved' pacienta k poznání, že vlastní činy bývají odpovědí na vlastní strach, pocitu bezmoci ihned
- nasměřuj pacientku ke konání, které je možné, vyhni se negativům typu „nedělejte“ denně
- věnuj pozornost současným/dřívějším úspěchům a silným stránkám pacientky denně

Realizace:

Pacientce byla poskytnuta podpora, byla přijata taková jaká je. Momentálně neměla myšlenky na sebevraždu, litovala toho co udělala. Byla poučena, že pokud ji něco takového napadne, bude mít chuť realizovat, řekne zdravotní sestře.

Hodnocení:

Během hospitalizace pacientky na našem oddělení k úmyslnému násilí vůči sobě nedošlo, pacientka měla během pobytu černé myšlenky týkající se toho, že by bylo asi lepší kdyby na světě nebyla. Pokaždé měla možnost mluvit, a dát najevo své pocity, se sestrou nebo ošetřujícím lékařem.

Společenská izolace v souvislosti se změnou duševního stavu v rámci chronické duševní nemoci, ztrátou energie, pocity vlastní méněcennosti, snížené sebeúcty.

Krátkodobý cíl: Pacientka je zapojena do režimu oddělení a přijata ostatními pacienty během 1 dne

Dlouhodobý cíl: Pacientka není izolována od ostatních lidí po celou dobu hospitalizace.

Kritéria:

- pacientka. se zúčastňuje programu oddělení po celou dobu hospitalizace

Plán intervencí pro všeobecnou sestru:

- dbej na dodržování léčebného režimu neustále

- zapoj pacientku do chodu oddělení ihned

- motivuj pacientka ihned/dle potřeby

- sleduj psychický stav pacientky neustále

- umožni pacientce kontakt s příbuznými dle potřeby

- dej pacientce prostor vyjádřit své emoce neustále

Realizace:

Pacientka při příjmu byla seznámena s režimem oddělení. Bylo jí vysvětleno vše okolo chodu oddělení. Zodpovězeny dotazy. Pacientka udává, že tomu rozumí. Jelikož v

den příjmu nejsou pacienti zapojeni ihned do programu, zúčastní se až druhý den. Druhý den na komunitě je oficiálně představena ostatním pacientům, což probíhá tak, že se představí popřípadě řekne odkud je, koníčky a s čím přichází. S některými pacienty se večer den před komunitou sama již seznámila. Po celou dobu hospitalizace je dbáno na to, aby se, jako všichni pacienti, programu oddělení zúčastňovala.

Hodnocení:

Pacientka se podle svých slov rozkoukala na oddělení dobře, režim jí vyhovuje. Jen vstávat by se mohlo o něco déle, ale v tom se bohužel vyhovět nedá. Aktivity během dne celkem zvládá. S postupem času je ráda, že je něčím zabavována.

S ostatními nějaké konflikty nemá. V tu dobu se na oddělení sešla i dobrá sestava pacientů, která výborně spolupracovala a společně dobře fungovala. Pacientka věděla, že může kdykoliv přijít když si bude chtít promluvit či třeba jen pochlubit se s něčím co se jí povedlo. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn bez problémů.

7.3.4 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

Péče o pacientku s bipolární afektivní poruchou byla ze začátku nesnadná. Pacientka byla při příjmu napjatá a moc se neotevřela, i slovní projev byl spíše chabý. Přesto se podařilo s pacientkou navázat produktivní komunikaci a mohly jsme začít plánovat ošetrovatelskou péči. Vzhledem k tomu, že pacientka na oddělení byla hospitalizovaná 52 dní, měla jsem možnost ji i její nemoc velmi dobře poznat. Její reakce, když se necítí dobře, když je ve stresu, má úzkost.

Poslední týden hospitalizace se stav pacientky výrazně zlepšil, což sama příkládá v první řadě konečně správné medikaci. Pacientka začala plánovat, a chtěla začít u sebe, chtěla by se zase věnovat tanci. Plánuje se také vrátit do zaměstnání, do školství. Když se na to dívá zpětně, největší problém byl asi spánek, z toho byla nejvíce mrzutá. Zde se ale naučila během posledních asi deseti dní lépe spát. Budí se kolem šesté hodiny ráno, což jí vyhovuje. Velké obavy měla pacientka z toho, jak to budou zvládat doma, ale nakonec se ukázalo, že v domácnosti pacientky to funguje dobře, bez problémů. I přes

to, že se cítí o dost lépe, ji občas ještě přepadne úzkost, neví z čeho, prostě to přijde. Během hospitalizace se naučila techniky správného dýchání, které jí pomáhají účinně tyto stavy úzkosti zvládat. Také se zde, což ji velmi těší, naučila relaxovat, bude to pravidelně praktikovat i doma. Co se bude také muset naučit, je více si věřit, vážit si sama sebe. Ale už alespoň věří v to, že to dokáže, musí, už kvůli dceři. Na našem oddělení byla pacientka hospitalizována v době od 17.10. - 7.12.2012 (tj. 52 dnů).

Z ošetřovatelského hlediska je zajímavé sledovat proměnu z depresivního člověka, s TS myšlenkami, jehož nálada se postupně upravuje, začíná se usmívat, zapojovat se do kolektivu atd. Právě tyto momenty jsou pro sestru pozitivní zpětnou vazbou a oceněním její práce.

Shodou náhod paní Janu zná jedna z mých kolegyně osobně už z doby před hospitalizací. Říkala, že se má dobře, začala pracovat na základní škole, jak plánovala.

Pro zajímavost uvádím hodnoty deprese a úzkosti pacientky dle škály Beck během hospitalizace, jejichž hodnocení probíhalo 1 krát za týden (první hodnota je deprese, druhá úzkost).

17.10. (příjem) – 18, 36

26.10. - 16, 24

2.11. - 15, 25

9.11. - 17, 20

16.11. - 16, 15

23.11. - 15, 13

30.11. - 15, 12

7.12. (propuštění) – 12, 10

7.4 Edukace pacienta s bipolární afektivní poruchou

„Samotný pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, educare a znamená vést vpřed, vychovávat. Edukaci lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s.9).

V edukaci je nejvíce využíván rozhovor, ale lze edukovat i formou přednášky, instruktáže, semináře, stáže, konzultace.

Pacienta edukuje lékař, ale i sestra vždy s přihlédnutím na zdravotní a psychický stav pacienta, směřuje se tak na úroveň pochopení pacienta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

7.4.1 Jak předcházet relapsům

Po nasazení vhodné léčby deprese či mánie dochází k tzv. stabilizaci, kdy odeznějí příznaky a nastává období remise. Ke stabilizaci dochází u 80% pacientů do šesti měsíců, u 60% pacientů dochází dokonce k významnému zlepšení již za 4 – 6 týdnů.

Avšak u lidí s bipolární afektivní poruchou je vysoké riziko relapsů. Nová fáze nemoci během prvního roku propukne až u 60 – 80% pacientů, pokud neužívají preventivně léky.

Stabilizace je vlastně období, kdy pacient nemá větší obtíže a tím se postupně navrácí do původního života. Spousta nemocných co si projdou depresí či mánii chce na toto špatné období zapomenout, vytěsnit. Nutno dodat, že toto je naprosto pochopitelné.

Prodělání deprese či mánie je spojeno s řadou nepříjemností, některé chyby mohou velmi zasáhnout do budoucího života nemocného a jeho rodiny. Stadium stabilizace však může být přerušeno tzv. relapsem.

Jako relaps lze označit období, kdy dojde k návratu akutních příznaků poruchy. Riziko relapsu stoupá zejména při snižování/vysazování léků. Často dochází

k propuknutí nemoci také pokud pacient bez vědomí lékaře vysadí léky, důvodem takového jednání může být to, že se cítí dobře a denně polykat léky už nechce.

Doporučení pro pacienta:

- ujasněte si, že trpíte nemocí, která se dá léčit
- nezůstávejte s problémem sami
- důvěřujte svému lékaři a nebojte se mu sdělit své potíže, úvahy o sebevraždě
- užívejte léky podle předpisu
- neuchylujte se do samoty, udržujte styky s blízkými lidmi
- během akutní léčby nedělejte žádná závažná rozhodnutí
- neukončujte předčasně léčbu, i když už se budete cítit dobře
- pravidelný rytmus spánku a bdění
- pravidelně užívat léky a vést si deník nálady
- dodržovat pravidelný pracovní rytmus, ohraničit pracovní dobu
- vhodnější je práce během dne oproti v nočních směnách
- vyvážit během dne povinnosti i odpočinek
- pravidelně si plánovat příjemné aktivity
- odbourat nadměrný tlak na čas a výkon

- vyhýbat se alkoholu a drogám

Pravidla spánkového rytmu:

- ložnici používat pouze pro spaní (a milování)
- vstávat přibližně ve stejnou dobu (v rozmezí jedné hodiny) i během víkendů
- žádné krátké spánky během dne
- nechodit do postele, dokud se nedostaví skutečná ospalost
- žádný kofein šest hodin před spaním dvě hodiny pře spaním žádný alkohol a nikotin
- žádný větší příjem tekutin před spaním
- pravidelné cvičení či sport ráno nebo odpoledne

Tvorba krizových plánů:

Pacientům je doporučeno udělat si krizový plán při výskytu prvních depresivních či manických projevů ke kterým by měli s velkou vážností přistupovat (např. nedostatek energie, opakované probouzení během noci, nezáměr o nic). Je vhodné vést si deník nálady, protože analýzou předchozích záznamů minulých příhod a časných varovných příznaků v deníku je velká šance zabránit relapsu. Dále je vhodné informovat o varovných příznacích důvěrnou osobu, požádat i pomoc profesionály.

Pro příklad je uvedeno jak reagovat v krizi: (příloha C, D)

pokud se rozhodnu, že se překonám, a přestože se mi nechce, půjdu ven –
pohybuji se:

- pozitivní důsledky: lepší pocit ze sebe, vyrovnanosti
- negativní důsledky: možná následná vyčerpanost

pokud ven nepůjdu – stáhnu se:

- pozitivní důsledky: více klidu
- negativní důsledky: nemožnost se rozptýlit, „začarovaný kruh“ (pocity – chování – myšlení).

Možnosti snižování rizika sebevražedného chování:

- odstraňte prostředky a nástroje, které by mohly zabít (léky, zbraně, provaz)
- ihned konzultujte svůj stav se svým psychiatrem
- obraťte se na důvěrnou osobu, své blízké
- určete si důvody, pro něž stojí za to žít (mou rodinu by to ranilo, je mnoho věcí, které jsem ještě nezažil, vím, že tento stav nebude trvat věčně)

Doporučení pro rodinu:

- naučte se zachytit změnu v pacientově chování
- vyhněte se emočně nabitým scénám
- přijměte nemocného takového jaký je
- nepodléhejte sebelítosti
- nepřemýšlejte nad svými domnělými výchovnými chybami
- přehodnoťte svoje představy o pracovních/studijních plánech nemocného
- podporujte činnost, která „ponese plody“ v krátkém časovém horizontu

- dávejte nemocnému najevo že jej máte rádi, ale nezatěžujte jej svými dramatickými emočními výjevy (PRAŠKO, 2004, BREZNOŠČÁKOVÁ, 2008).

Doporučení pro ošetřující personál:

Deprese

- sledování pacienta, nebezpečí sebevraždy
- dozor při podávání léků
- rady typu: vzchop se či poper se s tím nemají smysl
- motivace k hygieně a sebekéči
- dohlížení na příjem tekutin a stravy
- vyhledávání a odstranění skutečných příčin nespavosti
- nutná je trpělivost
- s ustupováním deprese zapojení pacienta do nejrůznějších aktivit
- nerozveselovat, nelítovat, nedávat najevo soucit

Mánie

- uvědomit si, že u těchto pacientů chybí náhled nemoci
- jejich aktivity násilně neomezovat, ale snažit se je vhodně využít
- klidný, nezúčastněný postoj k legráckám
- dohled na oblečení, jídlo, hygienu
- dohled na léky, útěk
- chránit pacienta před neuváženostmi

- stanovení jasných hranic (toto je přijatelné, to už ne (HOSCHL, 1997)

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se se snažili objasnit problematiku onemocnění bipolární afektivní poruchy. Bipolární afektivní porucha je duševní onemocnění, které vede ke značnému utrpení v životě pacienta i jeho rodiny. Moderní léčba je založena především na spolupráci nemocného, jeho rodiny a dalších blízkých lidí s odborníky na duševní zdraví. Aby byla spolupráce možná, je zapotřebí dostatečné informovanosti o tom co nemoc je, jak ji pochopit, jak se dá léčit, co může nemocný udělat sám.

Za zmínku na závěr stojí fakt, že i přes to, že si spousta lidí myslí, že si postižený zavinil nemoc sám, není tomu tak. Dokonce nejsou na vině ani jeho příbuzní.

V této bakalářské práci byly uvedeny informace o bipolární poruše a sestaven ošetrovatelský proces, který se částečně podařilo splnit, vše ostatní je už na pacientce jak se k nemoci postaví a naučí se s ní žít v rovnováze.

Seznam použité literatury

Vypracované podle normy ČSN ISO 690: 2011

DOENGES, E. M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8

DÖRNER, K. a kol. *Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-892-X

BREZNOŠČÁKOVÁ, D., NOVÁK, T. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-131-8

HÖSCHL, C. a kol. *Psychiatrie*. Praha: Scientia Medica, 1997. ISBN 80-85526-64-6

JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno, 2000. ISBN 80-7013-288-4

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1

LAKOMÁ, J. *Skupinová psychoterapie v reedukačním procesu*. Praha: Psyché, 1993.

Bez ISBN

LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: čebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5

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

MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?* Druhé rozšířené a upravené vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5

PRAŠKO, J. a kol. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-002-X

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostiky*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0

STAHL, M. S. *Essential psychopharmacology the prescriber's guide*. First Published. Cambridge. 2005. ISBN 0521011698

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Druhé aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0253-3


ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-955-1

ANDERS, M., ŠPANIEL, F. A NOVÁK, T. *Jaké jsou symptomy bipolární poruchy?* [online]. [cit. 2013-03-05]. Dostupné na <http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=poruchy48>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – škály hodnocení deprese a úzkosti.....	I
Příloha B – křivka ECT.....	II
Příloha C - můj krizový plán v případě deprese, mánie	III
Příloha D - co udělám v krizové situaci.....	IV

Příloha A – škály hodnocení deprese a úzkosti

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese	
	BECK
01. Nálada	
0 - nemám smutnou náladu	
1 - cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený	
2 - jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat	
3 - sem tak smutný nebo nešťastný, že to už nemohu snést	
02. Pesimismus	
0 - do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně	
1 - poněkud se obávám budoucnosti	
2 - vidím, že se už nemám na co těšit	
3 - vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit	
03. Pocit neúspěchu	
0 - nemám pocit nějakého životního neúspěchu	
1 - mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchů než obvykle lidé mívají	
2 - podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů	
3 - Vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal	
04. Neuspokojení z činnosti	
0 - nejsem nijak zvláště nespokojený	
1 - nemám z věci takové potěšení, jako jsem mívával	
2 - už mě netěší skoro vůbec nic	
3 - ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení	
05. Vina	
0 - necítím se nijak provinile	
1 - občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní	
2 - mám trvalý pocit viny	
3 - ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk	
06. Nenávist sebe sama	
0 - necítím se zklamán sám sebou	
1 - zklamal jsem se sám v sobě	
2 - jsem dosti znechucen sám sebou	
3 - nenávidím se	
07. Myšlenky na sebevraždu	
0 - vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si měl něco udělat	
1 - mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít	
2 - často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu	
3 - kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život	

08. Sociální izolace

- 0 - neztratil jsem zájem o lidi ve svém okolí
- 1 - mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
- 2 - ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
- 3 - ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

09. Nerozhodnost

- 0 - dokážu se rozhodnout v běžných situacích
- 1 - někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
- 2 - rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
- 3 - vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout

10. Vlastní vzhled

- 0 - vypadám stejně jako dříve
- 1 - mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
- 2 - mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- 3 - mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě

11. Potíže při práci

- 0 - práce mi jde od ruky jako dříve
- 1 - musím se nutit, když chci začít něco dělat
- 2 - dá mi velké přemáhání abych cokoli udělal
- 3 - nejsem schopen jakékoli práce

12. Únavnost

- 0 - necítím se více unaven než obvykle
- 1 - unavím se snáze než dříve
- 2 - všechno mě unavuje
- 3 - únava mně zabraňuje cokoli dělat

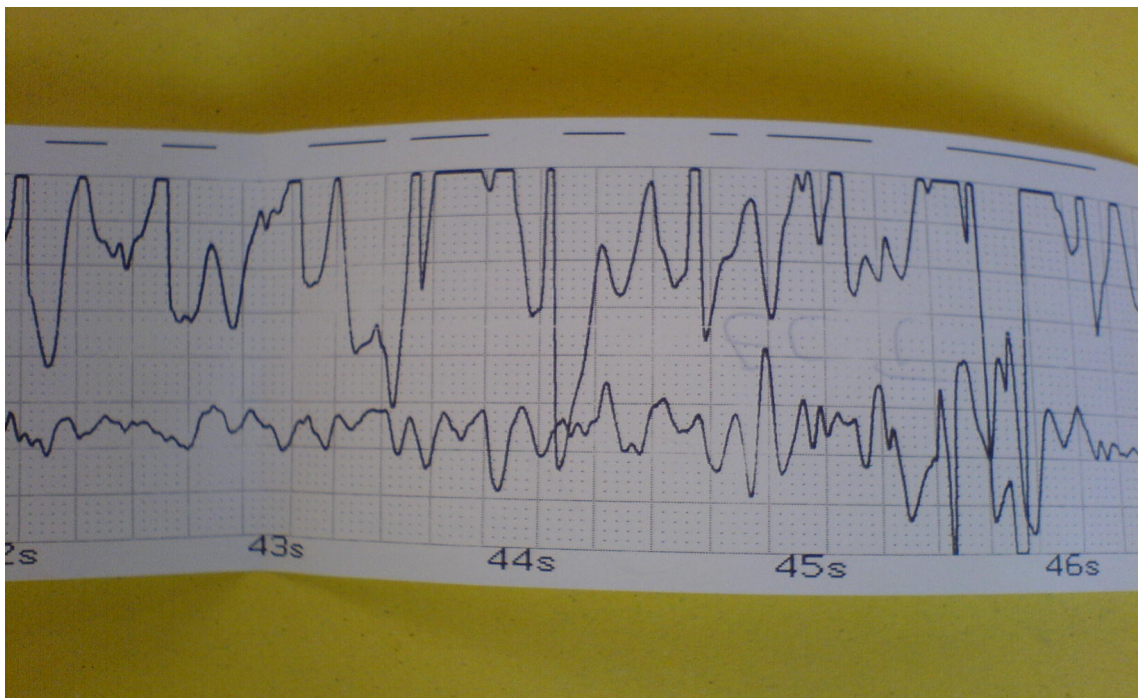
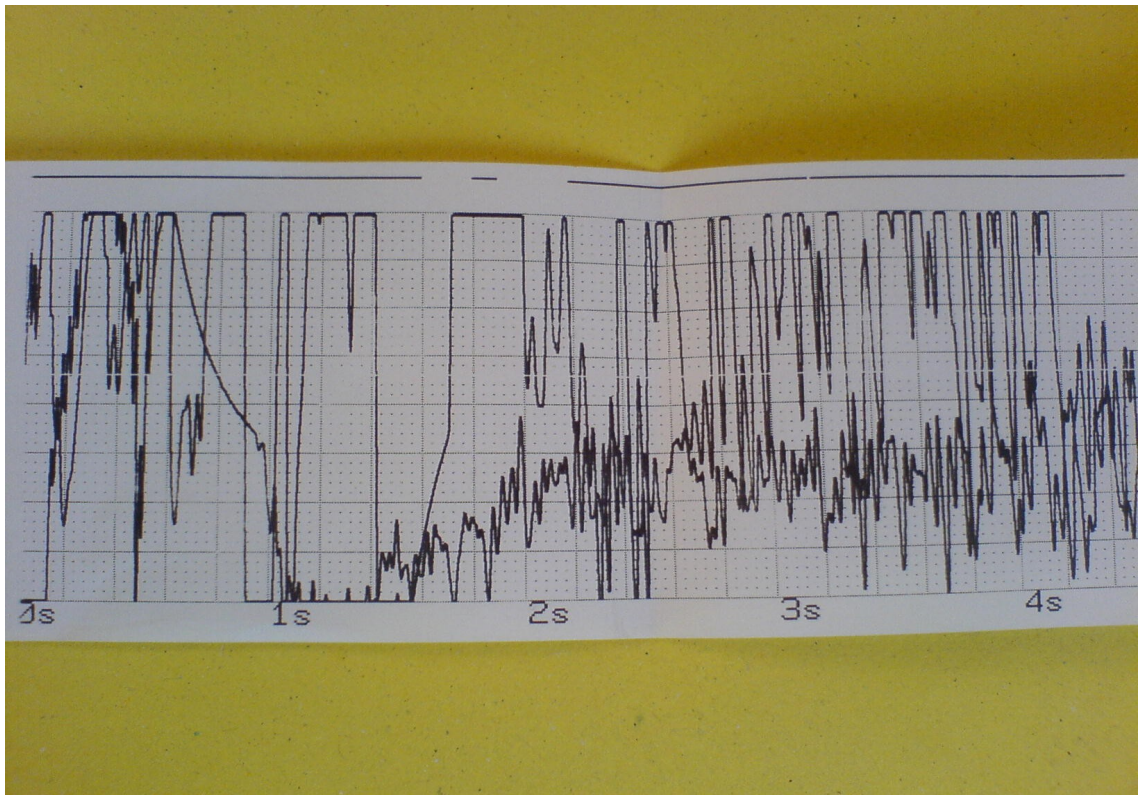
13. Nechutenství

- 0 - mám svou obvyklou chuť k jídlu
- 1 - nemám takovou chuť k jídlu, jako jsem mívával
- 2 - mnohem hůře mi teď chutná jíst
- 3 - Zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Pacient: Datum: Školoval:			BECK	
	<i>vábe c</i>	<i>mírně moc mě to nerušilo</i>	<i>středně bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet</i>	<i>vážně stěží jsem to vydržel(a)</i>
	0	1	2	3
1. Vrtění nebo mravenčení				
2. Pocit horka				
3. Vratkost nohou				
4. Neschopnost odpočinku				
5. Strach z nejhorší události				
6. Závrať nebo pocit na omdlení				
7. Bušení srdce, zrychlený tep				
8. Neklid				
9. Zděšení				
10. Nervozita				
11. Pocit dušnosti				
12. Chvění rukou				
13. Třes				
14. Strach ze ztráty kontroly				
15. Namáhavé dýchání				
16. Strach ze smrti				
17. Panika				
18. Trávicí potíže nebo bolesti břicha				
19. Pocit na omdlení				
20. Zarudnutí v obličeji				
21. Pocení				

Zdroj: Psychiatrické centrum Praha

Příloha B – křivka ECT



Zdroj: Psychiatrické centrum Praha

Příloha C – můj krizový plán v případě deprese

Moje vlastní časné varovné příznaky:
Jméno a telefon důvěrné osoby:
Co mi v této situaci může pomoci:
Jméno a telefon mého psychiatra:
Poznámky:

Můj krizový plán v případě mánie

Moje vlastní časné varovné příznaky:
Jméno a telefon důvěrné osoby:
Co mi v této situaci může pomoci:
Jméno a telefon mého psychiatra:
Poznámky:

Zdroj: BREZNOSČÁKOVÁ, 2008, s.55, 59

Příloha F – co udělám v krizové situaci

Nebudu nic řešit ani zmatkovat – sednu si, odpočinu, zkusím se uklidnit

Nezůstanu v tom sám – zavolám člověku, kterému důvěřuji:

Jméno: tel. číslo.....

Jméno: tel. číslo.....

Řeknu to někomu z rodiny

Jméno tel. číslo.....

Ihned vyhledám svého psychiatra a proberu to s ním

Pravidelně si podle doporučení vezmu léky

Zkusím se vyhnout jakékoliv (zejména vnější) stresové nebo zátěžové situaci

Nepřeruším pravidelné činnosti, ale rozdělím si je na dílčí kroky (dlouhodobější činnosti lze popř. vynechat)

Pokud je to jen trochu možné, provedu jednoduchou relaxaci

Nejbližší krizové centrum:

Název tel. číslo.....

Zdoj: BREZNOSČÁKOVÁ, 2008, s.61