

# **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA TRPÍCÍHO BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**NIKOLA RACKOVÁ**

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

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

Praha 2013



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

**Racková Nikola**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 3. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta trpící bipolární afektivní poruchou

*Nursing Process for Patients Sffering from Bipolar Affective Disorder*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem veškeré informace a podklady ke zpracování bakalářské práce čerpala v rámci studia. Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne ... ..

.....

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D., za odbornou konzultaci a cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Poděkování je také MUDr. Jakubu Albrechtovi, který mi v této bakalářské práci velmi pomohl s odbornými radami.

## **Abstrakt**

RACKOVÁ, Nikola. *Ošetrovatelský proces u pacienta trpícího bipolární afektivní poruchou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D., Praha, 2013. 40 s.

Hlavním tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta trpícího bipolární afektivní poruchou. Práce je složena z části teoretické a praktické. Teoretická část práce se zaměřuje především na přiblížení bipolární afektivní poruchy ve všeobecné rovině, dále je zaměřena na charakteristiku onemocnění, formy onemocnění, patogenezi, klinický obraz, na důležitost diagnostiky a samozřejmě stále se vyvíjející moderní léčbu. V neposlední řadě je v této části také uveden specifický přístup k pacientovi trpícímu bipolární afektivní poruchou, pro léčbu velmi zásadní.

Empirická část, která je nejdůležitější částí této práce, obsahuje kazuistiku pacienta s touto diagnózou, ošetrovatelský proces aplikovaný dle teorie Virginie Hendersonové, za jehož cíl je považována kvalitní ošetrovatelská péče uspokojující individuální potřeby pacienta.

V závěru práce hodnotíme výsledný efekt poskytnuté péče a z toho vyplývající doporučení.

Klíčová slova – Bipolární afektivní porucha. Mánie. Deprese. Kazuistika. Ošetrovatelský proces.

## **Abstract**

RACKOVÁ, Nikola. Nursing process for patient who suffers from bipolar affective disorder. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., Praha, 2013. 40 p.

Main topic of this thesis is nursing process for patient who suffers from bipolar affective disorder. The thesis is composed from two parts, theoretical one and practical one. The theoretical part is primarily focused on approximation of this type of mental disorder in a general plane, moreover there are solved characteristic of disorder, forms of disorder, pathogenesis, clinical picture, importance of diagnosis, and obviously still evolving modern cure in this part. Not on the last place there is also stated very important specific attitude to patient who suffers from bipolar affective disorder, that is for treatment crucial.

Empirical part, which is the most important part of this thesis, contains a casuistry of patient with bipolar affective disease, nursing process applied according to theory of Virginia Henderson, whose purpose is a quality nursing care satisfying needs of the patient.

We evaluate a resultant effect of provided care and consequent recommendations in the conclusion.

Keywords – Bipolar affective disease. Mania. Depression. Casuistry. Nursing process.

## Předmluva

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma, které je v naší společnosti určitě mnoho známé, ale velmi malé množství z této společnosti, je o tomto onemocnění opravdu informováno. Předmětem této bakalářské práce je ošetřovatelský proces u pacienta trpícího bipolární afektivní poruchou, kde je právě vyskytující se období tak zvané manické fáze. Diagnóza bipolární afektivní porucha je závažné duševní onemocnění, které zasáhne nejen život pacienta, ale také jeho rodinu a nejbližší okolí. Je třeba se snažit o tomto onemocnění dozvědět co nejvíce, abychom mohli nemocnému usnadnit jeho život a pochopit jeho chování, které není vždy v souladu s realitou.

Co se týče duševních onemocnění, jsou v naší společnosti často odsuzována a lidé, jimi trpící odsouváni na okraj naší společnosti. Jsou považováni za tak zvané „bláznů“. Avšak zájem dozvědět se více o duševních onemocnění a pochopit je, je velmi malý. Lidé s duševním onemocněním jsou vlastně lidé, jako všichni ostatní, až na výjimku duševní poruchy. Toto duševní onemocnění se může vyskytnout v rodině každého z nás, aniž bychom si tento fakt vždy uvědomili a k těmto lidem přistupovali s určitou humánností a empatií.

Denně se s těmito lidmi setkáváme, aniž bychom si to uvědomovali. Nijak zvlášť se neliší, jen mají v určitých chvílích těžší a to někdy hodně těžký život. Vyrovnat se a bojovat s duševní poruchou, není lehký cíl. K jehož dosáhnutí samozřejmě přispívá velká podpora blízkých lidí a okolí. Myslím si, že je velmi důležité, aby společnost byla v dnešní době více informována o duševních onemocnění, k čemuž by přispěl i celkově jiný náhled společnosti, a tito lidé by přestali být na takové úrovni odsuzování.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn studiem všeobecná sestra. Ale také z jednoho důležitého důvodu, a to mého zaměstnání na psychiatrické klinice. A to zájmem, dozvědět se co nejvíce o duševních onemocněních, pochopit je. V tomto případě, velmi zvláštního duševního onemocnění, a to bipolární poruchy.

Práce je určena studentům zdravotnických oborů a všeobecným sestřím z praxe, které se mohou s tímto onemocněním ve svém zaměstnání setkat. A stejně tak i laické veřejnosti, která bude mít zájem něco o tomto duševním onemocnění zjistit.

Jako zdroje jsem použila převážně knihy, články z časopisů a z velmi malé části internet zaměřující se konkrétně na dané onemocnění.

V této části bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce Doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., za pomoc s vhodným výběrem literatury, cenné rady, velkou podporu a trpělivost, kterou mi poskytovala při vedení bakalářské práce.

## Obsah

ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Bipolární afektivní porucha.....	15
1.1 Depresivní fáze.....	16
1.1.1 Typy deprese.....	17
1.1.2 Příčiny deprese.....	17
1.1.3 Příznaky a diagnostika deprese.....	18
1.1.4 Léčba deprese.....	18
1.2 Manická fáze.....	22
1.2.1 Formy mánie.....	22
1.2.2 Zevní vlivy a predispozice rozvoj mánie.....	23
1.2.3 Příčiny mánie.....	24
1.2.4 Diagnostika mánie.....	25
1.2.5 Léčba mánie.....	25
1.3 Specifický přístup k pacientovi trpícímu bipolární afektivní poruchou.....	27
1.3.1 Klinické vedení.....	27
1.3.2 Terapeutický kontakt.....	27
1.3.3 Účast všeobecné sestry v terapii a rehabilitaci duševně nemocných.....	27
1.3.4 Edukace pacienta a jeho rodiny.....	28
1.3.5 Spolupráce pacienta na rozpoznání časných příznaků relapsu.....	28
1.3.6 Rodina, přátelé a blízcí.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	
2 Ošetrovatelská péče u pacienta trpícího bipolární afektivní poruchou.....	31
2.1 Identifikační údaje o nemocném.....	31
2.2 Anamnéza.....	32
2.3 Utřídění informací podle teorie Virginie Hendersonové.....	35
2.4 Medicínský management.....	43
2.5 Situační analýza.....	43
2.6 Stanovení sesterský diagnóz a jejich uspořádání podle priorit.....	44
2.7 Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	50
ZÁVĚR.....	52
Seznam použité literatury.....	53
Přílohy.....	55



## Seznam použitých zkratk

<b>ALP</b>	alkalická fosfatáza
<b>ALT</b>	alanin aminotransferáza
<b>AST</b>	aspartát aminotransferáza
<b>BMI</b>	body mass index
<b>BZD</b>	benzodiazepiny
<b>CT</b>	počítačová tomografie
<b>DK</b>	dolní končetina
<b>ECT</b>	elektrokonvulzivní terapie
<b>GGT</b>	glutamyltransferáza
<b>HK</b>	horní končetiny
<b>IM</b>	Infarkt myokardu
<b>i. m.</b>	intramuskulárně (svalové)
<b>l. sin.</b>	lateris sinistri
<b>MPT</b>	psychomotorický neklid
<b>PK</b>	psychiatrická klinika
<b>PL</b>	psychiatrická léčebna
<b>PMT</b>	psychomotorický neklid
<b>SSRI</b>	selective serotonin reuptake inhibitor
<b>tbl.</b>	tablety
<b>TS</b>	tentamen suicidii
<b>VFN</b>	Všeobecná fakultní nemocnice
<b>SOU</b>	Střední odborné učiliště

## Seznam použitých odborných výrazů

**Abúzus** – nadměrné užívání, zneužívání

**Afektivní** – týkající se citové (empatické) stránky člověka

**Agitovaný** – pohybový (motoricky) zvýšený neklid

**Agonista** – souhlasně působící

**Alternativní postup** – postup, využívající přírodních prostředků

**Ambitendence** – současný výskyt dvou protikladných tendencí

**Ambivalence** – současná existence protichůdných citových postojů

**Amence** – zmatenost

**Anestezie** – znecitlivění, ztráta vnímání dotyku, bolesti, tepelných změn a podobně

**Antipsychotika** – skupina léků využívaných k léčbě psychóz

**Biogenní aminy** – aminy tvořené v lidském organismu (z aminokyselin) a plnící v něm důležité funkce, zejména v nervovém systému (jako neurotransmitery), některé jsou využívány i jako léky

**Brachiální agrese** – pažní agrese

**Cirkadiánní** – trvající přibližně den, opakující se přibližně jednou denně

**Cyklofrenie** – maniodepresivní psychóza, pro níž je charakteristický cyklický průběh se střídáním deprese a mánie

**Cyklothymie** – trvalá nestálost nálady, respektive cyklické střídání smutné nálady a nálady veselé

**Deficit** – chybění, nedostatek

**Degenerativní onemocnění** – nemoci charakterizované postupující destrukcí určitých skupin nebo systémů buněk

**Dekompenzace** – selhání kompenzačních mechanismů, udržujících určitou chorobu v přijatelných mezích

**Disociativní** – oddělený, rozpojený, rozložený

**Diurnální** – denní, opakující se ve 24hodinovém rytmu

**Dynamogie** – schopnost vyvíjet přiměřenou energii

**Dyspepsie** – souhrnné označení pro řadu trávicích obtíží, které se vyskytují v různé kombinaci a mohou mít mnoho příčiny

**Dystrofie** – porucha výživy, či látkové výměny buňky, tkáně nebo orgánu

**Endogenní** – vnitřní, vznikající uvnitř lidského organismu

**Endokrynopatie** – obecné označení pro onemocnění žláz s vnitřní sekrecí (endokrinní) s následnou hormonální poruchou

**Eskalovat** – stoupat, gradovat, vrcholit

**Etiopatogeneze** – popis vzniku nemoci zahrnující jak její příčinu (etiologii), tak další procesy, které její vznik a rozvoj provázejí

**Exaltace** – nadšení, přepjatost, citové vzrušení

**Familiární** – rodinný, vyskytující se v rodině

**Farmakorezistentní** – odolný vůči farmakům, lékům

**Floridní** - aktivní (průběh nemoci)

**Hematom** – rozsáhlý uzavřený krevní výron v hlubších tkáních spojených s otokem

**Hepatopatie** – obecné označení pro jaterní chorobu, zejména takovou, která ještě není přesněji určena

**Hyperlipidémie** – zvýšené množství lipoproteinů v krvi

**Hypermnézie** – nadměrná schopnost zapamatování si a produkování

**Hypertermie** – zvýšení vnitřní teploty těla nad normální rozmezí

**Hypobulie** – snížená vůle

**Hypoprosexie** – snížená pozornost

**Hypotenze** – nízký tlak krve

**Incidence** – počet nově vzniklých případů daného onemocnění za jeden rok, vztažený na určitý počet obyvatel, nejčastěji 100 000

**Intoxikace** - otrava

**Katathymní myšlení** – zkreslení myšlení, vzpomínek, eventuálně též vjemů ve směru vlastních přání nebo obav

**Katatonie** – pohybové abnormality vyvolané duševním stavem

**Klimakterium** - přechod

**Kognice** – rozpoznávání, týkající se vnímání a myšlení

**Kognitivně – behaviorální terapie** – psychoterapeutický systém, který kombinuje nácvik změn na úrovni myšlení s nácvikem chování

**Konfuze** - zmatenost

**Latentní** – skrytý, bezpříznakový

**Monoterapie antidepresivy** – léčba jedním lékem

**Myorelaxancia** – léky snižující napětí svalů

**Noxa** – škodlivina, látka vyvolávající poškození

**Perorální** – podávaný ústy

**Pesimum** – nejhorší stav, obvykle stav nejhlubší deprese

**Postpsychotický** – vznikající po proběhlé psychóze

**Prodromy** – příznaky ohlašující příchod nemoci

**Profylaktika** – léky užívané v léčbě a profylaxi maniodepresivní psychózy

**Psychofarmaka** – léky ovlivňující duševní funkce a zároveň používané k léčbě duševních poruch

**Rekurentní** – návratný, zpět vedoucí

**Reverzibilní** - zvrtný

**Somatoformní poruchy** – psychické poruchy projevující se tělesnými příznaky bez organické příčiny

**Spútum** – chrchel, to co je vykašláno, „hlen“

**Stigma** – viditelná známka nemoci

**Stupor** – nadměrná strnulost a ztuhlost při níž postižený minimálně odpovídá na vnější podněty

**Subnormní** – pod normu

**Suicidum** - sebevražda

**Sympatikotonie** – zvýšené působení sympatického nervového systému u některých jedinců, jako součást jejich konstituce

**Symptomy** – příznaky

**Tachyarytmie** – zrychlená a nepravidelná srdeční činnost, druh arytmie

**Tachykardie** – zrychlená srdeční frekvence

**Tachypnoe** – zrychlené dýchání

## Seznam tabulek

<b>Tabulka číslo 1.:</b> Vitální funkce při přijetí.....	32
<b>Tabulka číslo 2.:</b> Farmakologická anamnéza – chronická medikace.....	33
<b>Tabulka číslo 3.:</b> Utřídění informací podle teorie Virginie Hendersonové ze dne 4. 3. 2013.....	35
<b>Tabulka číslo 4.:</b> Medikamentózní léčba – Medikace per os.....	43

## ÚVOD

Toto téma bylo vybráno z důvodu, snahy poukázat, že lidé trpící duševním onemocněním, jsou také lidé. Lidé, kteří mají stejné citění, pocity, obavy, strach, radost ze života, ale i životní cíle, jako my ostatní s touhou plnit je. Lidé trpící touto duševní poruchou, žijí kolem nás. Každodenně se s nimi můžeme dostat do kontaktu, aniž bychom si to uvědomili.

Cílem je přiblížit toto onemocnění, jeho závažnost, ale také velkou životní zátěž, která toto onemocnění provází. A to jak zátěž, kterou trpí člověk, který touto duševní poruchou onemocněl, tak i zátěž pro jeho rodinu a nejbližší okolí. Je to onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou léčbu. Ale také velkou sílu člověka, jím trpící se s touto životní situací, která ho postihla, vypořádat. Bylo by velmi užitečné a podstatné, aby se naše společnost naučila neodsuzovat ty, kteří duševním onemocněním trpí.

Bipolární afektivní porucha, též někdy nazývaná maniodepresivní psychóza, je závažné duševní, biologicky podmíněné onemocnění. Je to onemocnění, které velmi zasahuje do života, jak pacienta, trpící touto duševní poruchou, tak i jeho rodiny a blízkých osob. Uspokojivě se dá léčit. Účinnost léčby velmi závisí na přístupu pacienta, na jeho odhodlanosti a vnitřní síle. U těchto lidí, je jednou z nejdůležitějších věcí podpora rodiny a blízkých osob. Život s touto duševní nemocí není snadný.

Bipolární porucha, při které dochází k typickému střídání depresí nebo mánií postihuje asi 1 % populace a to nezávisle na pohlaví, národnosti či rase. Pokud uvolníme kritéria pro diagnostiku tohoto duševního onemocnění, pak hovoříme o diagnostice bipolárního spektra, které můžeme najít asi u 5 % populace.

Je uváděno, že potomci pacientů onemocní až v jedné třetině, o sebevraždu se pokusí jedna třetina z nemocných a jedna třetina z nich sebevraždu dokoná.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje přiblížení charakteristiky tohoto onemocnění, provázející fáze, patogenezi, klinický obraz, dále důležitost diagnostiky a samozřejmě stále se vyvíjející moderní léčbu. Je zde uvedeno také přiblížení specifického přístupu k pacientům trpící tímto duševním onemocněním.

Praktická část se zabývá základním ošetrovatelským procesem u pacienta a stanoveným modelem dle Virginie Hendersonové. V přílohách bakalářské práce jsou zahrnuty důležité specifické dokumenty, které jsou potřebné jak pro pacienta, který je hospitalizován na psychiatrické klinice, tak i ošetřující personál.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Bipolární afektivní porucha, někdy též nazývaná maniodepresivní psychóza je závažné, duševní, biologicky podmíněné onemocnění, které je uspokojivě léčitelné, ale které svým průběhem hluboko zasahuje nejen do života pacienta, ale také do života jeho rodiny, přátel a blízkých. Tato nemoc svým průběhem často zásadně a dlouhodobě mění vztah pacienta k jeho okolí.

Mezi základní charakteristiky bipolární poruchy patří více či méně výrazné výkyvy nálady, chování, myšlení, tělesné aktivity a spánku. Pokud je pacientova nálada výrazně lepší, než je u něj běžné, hovoří se o hypománii až mánii. Pokud pacient má náladu, která je pokleslá a to více, než je běžné, v tomto případě se hovoří o depresivní fázi. Někdy pacientova nálada vykazuje některé příznaky typické jak pro mánii a současně i některé typické příznaky pro depresi, pak se hovoří o smíšené epizodě bipolární poruchy (DOUBEK et al., 2011).

Bipolární porucha je vyznačována střídáním manických a depresivních epizod, respektive stavem remise. Přítomna může být i smíšená epizoda, charakterizována buď smíšenými, nebo rychle se střídajícími hypomanickými, manickými a depresivními příznaky (LÁTALOVÁ, 2010).

Remise je charakterizována normalizací psychických pochodů, normální reaktivitou, adekvátní dobrou náladou, schopností koncentrovat se, realistickou soudností, pracovat a navazovat vztahy. U pacientů trpících bipolární poruchou odpovídá období mezi epizodami poruchy nálady (HERMAN et al., 2004).

V současné odborné i populární literatuře se pro bipolární poruchu používají také názvy jako bipolární deprese (pro depresivní epizodu bipolární poruchy), bipolární mánie (pro manickou epizodu bipolární poruchy), agitovaná deprese a dystrofická mánie (pro smíšenou bipolární poruchu).

Bipolární porucha s typickým průběhem střídání depresí nebo mánií postihuje asi 1 % populace a to nezávisle na pohlaví, národnosti či rase.

Pokud uvolníme kritéria pro diagnostiku a sledujeme i výskyt mírnějších příznaků výkyvů nálady, jako hypománie, cyklothymie, hyperthymie, pak hovoříme o diagnostice bipolárního spektra, které můžeme najít asi u 5 % populace. Uvádí se, že potomci pacientů onemocní až v jedné třetině, o sebevraždu se pokusí jedna třetina z nemocných a jedna třetina z nich sebevraždu dokoná (DOUBEK et al., 2011).

Přesto, že se jedná o čistě afektivní poruchu – poruchu nálady – může a často dochází i k psychotickým dekompenzacím, kdy je narušeno, jak myšlení, tak vnímání pacientů. Podle studie provedené v roce 2012 (OSTERGAARD et al., 2012), která zkoumala výskyt psychotické mánie, psychotické deprese a smíšených afektivních epizod u 14 529 pacientů s bipolární poruchou, bylo zjištěno, že tyto stavy jsou navzájem propojeny. Incidence psychotické mánie byla stanovena na 19 %, diagnóza psychotické deprese měla incidenci 15 % a smíšené stavy 17 %.

Poruchy nálady patří mezi třetí nejčastější duševní poruchu. Jednoměsíční prevalence afektivních poruch se přitom pohybuje mezi 5 - 7 %. Důsledky v ekonomice tohoto onemocnění jsou enormní. Odhaduje se, že náklady, které jsou spojené s léčbou, s důsledky sebevražd a také s narušenou pracovní kapacitou jdou do miliard (RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2001).

## 1.1 Depresivní fáze

Deprese je klinický syndrom charakterizovaný pokleslou náladou, ztrátou zájmu, neschopností prožívat radost a dalšími psychickými i tělesnými příznaky. Nejedná se o pouhou lenost, nedostatek vůle či motivace, nebo dokonce slabošství. Deprese je nemoc, vedoucí k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje, jak toho, kdo touto nemocí trpí, tak i celou jeho rodinu a okolí. Vede k pocitům ztráty smyslu života což může eskalovat v sebevražedné chování. Naštěstí je většinou léčitelná a dnešní moderní doba přináší mnohdy velmi účinné možnosti terapie. Pokud ale deprese léčena není, vede ke ztrátě výkonnosti, izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – například dochází ke snižování obranyschopnosti organismu.

Mnoho lidí, kteří trpí depresí, nehledá pomoc. Může to být proto, že si ani neuvědomují, že trpí depresí, nebo to na druhou stranu vědí, ale stydí se to přiznat a doufají, že depresi sami nějakým způsobem překonají. Nebo se také může stát, že nevěří v jakoukoli účinnou existující léčbu a depresi se nutí překonat silou vůle, což není možné. Bojí se depresi přiznat, jelikož mají pocit, že je to stejné, nebo podobné, jako přiznat určitou slabost, nebo selhání. Zřejmě je ještě stále málo informací, a nedostanou se k těm, kteří je potřebují nejvíce. Svou roli hraje stále přítomná stigmatizace duševních poruch (PRAŠKO et al., 2004).

Postižený přemýšlí o ztrátě smyslu života, o naprostém chybění životního cíle, o ztrátě odvahy žít a potýkat se s obtížemi, které ho potkávají na cestě životem. Dále ho ovládají pocity ztráty vlastní ceny, obavy ze smrtelných nemocí, rakoviny, infarktu nebo ze zešílení. Navíc mohou nemoc provázet neodůvodněné výčitky svědomí a pocity viny (ANDERS, 2012).

Velmi časté jsou myšlenky na sebevraždu, které jsou velmi často jedním z příznaků tohoto onemocnění. Nejsou projevem slabé vůle, nekázně nebo zkaženosti, nýbrž vyplývají z biologických a genetických mechanismů vzniku deprese. Jsou udávány statistiky, že u 10 – 15 % depresivních pacientů je příčinou úmrtí dokonaná sebevražda. Asi polovina z nemocných trpící depresí učiní v průběhu života jeden sebevražedný pokus (DOUBEK et al., 2007).

Nepřiznat si depresi a neléčit ji, je podobně nerozumné, jako nepřiznání si například cukrovky, nebo poruchy štítné žlázy. Neléčený pacient může ukončit svůj život sebevraždou a deprese, která je zanedbávaná, nedostatečně léčená, devastuje jak člověka postiženého, tak i celou jeho rodinu. Samozřejmě se dále i hůře léčí, než když přijde člověk k lékaři včas.

Každý smutek depresi neznamená. I když velmi často lidé mluví o tom, že mají „depku“. Ale tento pojem však spíše zachycuje to, že jsou nespokojeni se svým životem. Nebo také říkají při běžném smutku, že jsou depresivní.

Deprese je jedním z nejčastějších problémů, který v životě lidé zažijí. U každého pátého člověka se objeví alespoň jedenkrát za život klinicky významná deprese. Každý rok onemocnění klinickou depresí 5 % obyvatelstva, a to nezávisle na věku. Dvakrát častěji onemocnění ženy, než muži. Objevuje se i u dětí, je ale častější však u dospělých. Pro obě pohlaví je vrchol výskytu mezi 25 a 44 lety. U žen je častá v období klimakteria a ve stáří, v rámci poruch přizpůsobení na změny v životě, po ovdovění, nebo odchodu do důchodu. U žen je dále rizikovým faktorem šestinedělí, kdy se vrací k normálu hormonální změny spojené s těhotenstvím a mateřská dovolená, kdy žena tráví dlouhý čas v relativní izolaci. K dalším rizikovým faktorům patří chudoba, osamělost, nebo příslušnost k minoritě. Všechna tato období jsou do určité míry spojena se ztrátou. Je však třeba říci, že deprese se nevyhýbá nikomu, žádnému věku, povolání, rase, nebo inteligenci (PRAŠKO et al., 2004).



### 1.1.1 Typy deprese

Deprese může nabývat různých charakteristik. Mimo samotnou afektivní složku, mohou být přítomny poruchy myšlení, v menší míře katathymní myšlení, či bludy, tedy nevyvratná přesvědčení vznikající na patologickém podkladě, které jsou nejčastěji mikromanická, nebo může být deprese spjata s poruchami vnímání - halucinacemi. Z dalších příznaků se může manifestovat typické diurnální kolísání s ranními pessimi (endogenních deprese) nebo naopak večerními pessimi (u neurotických deprese). Časté jsou poruchy spánku (předčasné probouzení či potíže s usínáním), výrazná ztráta chuti k jídlu, neschopnost prožívat radost (anhedonie), může dojít k zpomalení motoriky (stupor), či naopak k agitovanosti (katatonie). Tato forma přichází častěji u starších lidí.

Naopak u mladých pacientů vidíme častěji depresi atypickou, se symptomy vegetativními, zvýšenou chutí k jídlu a zvýšenou spavostí. Pro sezonní poruchu nálady je typické, že se rozvíjí na podzim, přes zimu přetrvává a mizí obvykle na jaře, v souvislosti s délkou bílého dne. O sekundární depresivní poruše mluvíme tehdy, pokud její příčinou je jiná tělesná, nebo duševní choroba, jako je třeba postpsychotická (postschizofrenní) deprese, také ale deprese při zhoubných nádorech, při intoxikacích, nebo při užívání některých léků, jako například léky obsahující reserpin.

U jednoho pacienta může dojít k rozvoji jediné depresivní epizody, pak hovoříme o velké (unipolární) depresivní fázi, vyskytuje – li se opakovaně, klasifikujeme ji jako periodickou (rekurentní) depresivní poruchu. Pakliže dochází ke střídání epizod depresivních a manických, jde o bipolární afektivní poruchu. Depresivní fáze může doprovázet také schizoafektivní poruchu, kde však na rozdíl od bipolární afektivní poruchy stojí v popředí psychotická symptomatika. Výskyt pouze manických epizod u jednoho člověka je velmi vzácný a někteří autoři pochybují o samostatné existenci tohoto syndromu (RABOCH et al., 2006).

### 1.1.2 Příčiny deprese

Příčiny vzniku afektivních poruch, jsou jak biologické, tak psychologické a sociální. Dřívější dělení na čisté reaktivní a čisté biologické poruchy se neukázalo jako plausibilní. Nejčastější etiopatogenezi je kombinace všech tří vlivů. Zátěž biologická bývá nalézána nejčastěji u bipolárních forem, až 25 % příbuzných s maniodepresivitou trpí nějakou formou afektivní poruchy. U deprese unipolární je to jen 20 %, a u osob kontrolních pouze 7 %. Pravidelně je prokazováno, že v mozcích depresivních nemocných je nedostatek jednoho, nebo více biogenních aminů (serotonin, noradrenalin a dopamin a další). Na druhou stranu, mánie je spojena s jejich relativním přebytkem.

Deprese se častěji vyskytují u somatických poruch. Například u některých endokrinopatií (Adissonova choroba, hypotyreóza), dále u infekčních chorob (mononukleóza, hepatitida, endokarditida, pyelonefritida), při degenerativních onemocněních mozku (roztroušená skleróza mozkomíšní, Alzheimerova nemoc, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba a mnoho dalších), při onemocněních zažívacího traktu (pankreatitida, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida) nebo při systémových onemocněních (systémový lupus erythematosus).

V anamnéze pacientů s afektivní poruchou zjišťujeme zvýšený výskyt stresujících a negativních životních událostí, k nimž patří například ztráta blízkého člověka, závažné změny v sociálním statutu, nebo ztráta zaměstnání, s poruchou přízpusobením. Přitom se zdá, že sociální podpora a pozitivní události postiženého, mají opačný směr působení.

Riziko vzniku afektivních obtíží též zvyšují některé charakterové vlastnosti, nebo typy osobnosti (rigidita, dominance, obsedantnost, nebo závislost). Také byl popsán melancholický typ osobnosti, tak zvaní thymopati, kdy bývá zaznamenáván zvýšený smysl pro pořádek, pro výkonnost a je rozvinuta závislost na blízkých osobách (RABOCH et al., 2006).

### 1.1.3 Příznaky a diagnostika deprese

U některých jedinců nemusí být vyjádřeny klasické depresivní příznaky, může však docházet k behaviorálním poruchám, charakterizovaným neobvyklým, někdy až bizarním chováním. Příznaky lze obecně rozdělit na duševní a tělesné (MCKENZIE, 2001).

Typické pro depresivní epizodu jsou poruchy nálad, skleslá nálada, neschopnost prožívat radost (anhedonie), snížení motivace pro jakoukoli aktivitu (abulie), dochází ke ztrátě zájmů a rozvoji úzkosti, nebo disociativní symptomatiky. Poruchy myšlení, nebo vnímání, snížená koncentrace, pocity viny, ztráta sebevědomí, ambivalence a ambivalence, beznaděj, přání zemřít, sebevražedné myšlenky. Dochází k poruše psychomotoriky, jejího tempa (retardace až stupor, nebo agitovnost a nekontrolovatelná hyperaktivita), a behaviorálních projevů (katatonie). Úvahy o ukončení života jsou přítomny až u dvou třetin depresivních jedinců.

Nemocný má velmi často tělesné obtíže. Mohou to být změny základních fyziologických funkcí, jako je snížená tělesná teplota, nespavost nebo naopak zvýšená spavost, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, porucha sexuální apetence a výkonnosti. Též bývá narušena vitalita pacienta, je snížená energie, zvýšená únava a unavitelnost. Rovněž jsou časté somatoformní obtíže jako snížení prahu bolesti, pocity tlaku, zimy, pálení, brnění, necitlivost, pocit těžkých končetin, stejně tak nepříjemné viscerální prožitky z oblasti kardiovaskulární (bušení srdce), pocity dušnosti, gastrointestinální obtíže (zácpa, průjem, dyspepsie, gastroezofageální reflux), či jiné.

Abychom mohli mluvit o depresivní epizodě, obtíže musí být přítomny minimálně dva týdny. Rozlišujeme formy mírné, střední a těžké, a to podle intenzity příznaků (RABOCH et al., 2006).

Je známo, že nedochází ke správné diagnostice až u poloviny postižených depresí, kteří jsou v péči lékaře první linie. Především je to proto, že jak pacient, tak lékař nehovoří obvykle rádi o psychických problémech, ale spíše se soustřeďují na relativně přístupnější a lépe pochopitelné tělesné obtíže. Depresivní pacient má přitom sklon zvýrazňovat své tělesné stesky. U takzvané maskované (larvované) deprese jsou zcela v popředí tělesné symptomy. Zvláště u pacientů, jejichž stížnosti jsou vágní, nevyhraněné, o kterých víme, že ztratili blízkého příbuzného, že se rozvedli v nedávné době, ztratili práci, nebo kteří mají příbuzného trpícího bipolární afektivní poruchou, v tom případě bychom měli podrobně vyloučit přítomnost poruchy afektivní (RABOCH et al., 2006).

Bipolární porucha, její depresivní fáze, byla pokládána v minulosti za onemocnění s nepříznivými vyhlídkami. Tyto představy o malých možnostech terapie bohužel přetrvávají u části veřejnosti i dosud. Přitom průběh choroby a prognóza se díky novým léčebným možnostem v posledních desetiletích výrazně zlepšily (PRAŠKO et al., 2004).

### 1.1.4 Léčba deprese

Cílem komplexní léčby je odstranění příznaků onemocnění, snížení rizika relapsu a obnovení

původní kvality života. K léčbě používáme farmakologické a další biologické metody, jako je například elektrokonvulzivní terapie, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, terapie bílým světlem, metody psychotherapeutické, tedy psychoedukaci, individuální a skupinovou a také rodinnou systematickou psychotherapii.

Léčba depresivních poruch psychofarmaky vychází z předpokládaných patofyziologických mechanismů deprese, to je, že depresivní nálada je spojena s určitými biochemickými změnami v mozku (ANDERS; SKOPOVÁ, 2006).

Předností léků je snadné podávání, rychlejší kontrola nástupu účinků a časová úspora pacienta, středního zdravotnického personálu i lékaře. Nevýhodou je výskyt nežádoucích účinků a mnohdy nutnost monitorování hladin léků v krvi při dlouhodobé profylaktické léčbě (PRAŠKO et al., 2004).

Elektrokonvulzivní terapie je většinou veřejností vnímána jako neobyčejně surové trápení pacientů a je spojována se středověkými způsoby.

Přitom dodnes zůstávají indikace pro tuto léčbu, a v mnohých případech je jedinou možností léčby. Dávka elektrického proudu, který prochází skalpovými elektrodami je velmi pečlivě dávkována, pacient je v krátkodobé celkové anestezii, myorelaxová, přechodně uměle ventilován na masce s kyslíkem. Elektrický proud vyvolává tonicko-klonické křeče, které jsou pro účinek terapie nezbytné, ale jejich intenzita je pomocí léků snížena, aby nedocházelo k nežádoucím zlomeninám obratlových těl a dlouhých kostí. Zodpovědnost za průběh elektrokonvulzivní terapie má psychiatr, za anestezii a péči do plného probuzení pacienta má anesteziolog.

Mezi nežádoucí účinky patří přechodné a plně reverzibilní poruchy paměti, a to zejména krátkodobé autobiografické, bolesti hlavy, tachyarytmie. V literatuře bývá udáváno, že dojde k 1 - 2 úmrtím na 100 000 výkonů, ve většině případů na komplikace spojené s anestezii. Indikace elektrokonvulzivní terapie jsou natolik přísné a provádění natolik zajištěné, že se řadí k nejbezpečnějším terapeutickým postupům vůbec (HONZÁK, 1999).

Transkraniální magnetická stimulace je na rozdíl od elektrokonvulzivní terapie ještě bezbolestnějším postupem, s jehož pomocí lze cíleně aktivizovat, nebo utlumit celou mozkovou polokouli nebo obecně jen určité vybrané oblasti mozku. Denní dávka se pohybuje okolo 1 000 impulsů magnetického pole o intenzitě asi 2 T, po níž může být u mnoha pacientů docíleno znatelného zlepšení. Účinnost se pohybuje okolo 20 – 30 % nad úroveň placebo efektu (DAHLKE, 2006).

Účinek fototerapie je způsobený harmonizací biologických rytmů některých cirkadiálních hormonů (melatonin). Dá se říci, že lidem se sezónní poruchou nálady pomáhá každodenní prodloužení světlé části krátkého zimního dne. Intenzivní světlo, které má intenzitu 2 500 - 10 000 luxů se aplikuje v určitém čase (určeném pomocí speciálního dotazníku) před rozedněním, a to většinou po dobu 30 minut až dvou hodin (PRAŠKO, 2007).

Psychotherapie pomáhá řešit problémy a konflikty pacienta, učí jej zvládat rizikové situace a zlepšuje terapeutický kontakt (PRAŠKO et al., 2004).

Spojením léků a psychotherapie lze u pacienta dospět k lepším léčebným výsledkům než při pouhém podávání léků. Co se týče psychotherapie, je důrazně doporučována v případech, kdy v důsledku choroby došlo ke změnám osobnosti. Mezi druhy psychotherapie patří například psychotherapie interpersonální, kognitivně behaviorální, analyticky zaměřená a další. Závisí na mnoha parametrech, jako osobnostní struktura a povaze pacienta a na kvalitě jeho okolního prostředí i současném výskytu dalších nemocí. Rovněž je důležitá osobnost a erudice psychotherapeuta.

V některých případech je vhodné začít s terapií rodinnou, a to stejně jako poskytnout psychologickou pomoc partnerovi pacienta.

Psychoedukační prostředky, které jsou určeny jak pacientovi, tak i jeho blízkým mají také

pozitivní vliv na další průběh nemoci. Zlepšují jak průběh terapie a kvalitu života pacienta, tak i snižují počet recidiv i délku hospitalizace (GAY, 2010).

Ideálem je komplexní léčba, při které dochází k využití všech přístupů, ale velkou důležitostí zde hraje aktivní přístup pacienta a jeho ochota ke spolupráci.

Léčbu lze rozdělit na akutní a udržovací. Metodou volby v akutní léčbě deprese jsou antidepressiva. Antidepressiva různým mechanismem účinku zlepšují aktivitu neurotransmiterů, čímž cíleně pomáhají snižovat příznaky deprese. O výběru vhodného antidepressiva by měl rozhodovat lékař ve spolupráci s pacientem, po zvážení poměru rizika a zisku. O volbě určitého antidepressiva rozhodují faktory jako rychlost nástupu účinku, výskyt a typ nežádoucích účinků, pohodlnost dávkování, kdy přednost mají léky podávané jedenkrát denně, předchozí zkušenosti s lékem, věk a tělesná nemocnost pacienta a v neposlední řadě i cena a nezbytnost doplácení za lék.

U bipolární poruchy je nutné navíc zvažovat přesmyk do mánie, což je častý jev při monoterapii antidepressivy bez příslušné thymoprofylaxe stabilizátory nálady.

Většina současných antidepressiv (třetí a čtvrté generace) začíná působit během 10 - 14 dnů, častěji až kolem týdnu třetího, ale i později. V současnosti je dostupné velké množství antidepressiv. Terapeutická účinnost jednotlivých antidepressiv je přibližně srovnatelná, rozdíly bývají ve frekvenci a intenzitě nežádoucích účinků.

Třetí generací jsou SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor), což jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, které zvyšují dostupnost serotoninu v mozku. V současné době patří mezi lék první volby v léčbě deprese. Léky této skupiny jsou účinné na všechny formy depresí a také i na úzkostné poruchy. Nežádoucí účinky jsou méně časté a jsou z oblasti zažívacího traktu, a to především v počátku léčby, kdy se může objevit pocit nevolnosti s mírným průjemem. Při těchto obtížích většinou stačí snížit dávku a zvyšovat dávky léku pomaleji. Při léčbě dlouhodobější se mohou objevit potíže v sexuální oblasti, a to především snížení libida, poruchy erekce a ejakulace u mužů. Mezi zástupce této skupiny patří například fluoxetin, escitalopram, citalopram, sertralin, fluvoxamin a paroxetin a další.

Používají se tricyklická a tetracyklická antidepressiva (první a druhé generace), která jsou známa od 60. let. Tyto antidepressiva jsou účinná, ale na druhou stranu jsou zatížena zvýšeným výskytem nepříjemných nežádoucích účinků, k nimž patří suchost sliznic, tachykardie, poruchy močení, zácpa, ospalost, hypotenze a závratě. Jsou indikovány k léčbě těžších, nebo rezistentních forem deprese, a v současné době nejsou lékem první volby. Mezi zástupce patří například melipramin, anafranil, prothiaden, nortriptylin a amitriptylin.

Čtvrtou generaci antidepressiv představují venlafloxin, mirtazapin, milnacipram, reboxetin. Cílem stále pokračujícího vývoje léků je ideální antidepressivum s dobrou účinností a přijatelnými nebo minimálními vedlejšími účinky.

Po volbě adekvátního léku je nutné pokračovat v léčbě dostatečně dlouho a v dostatečné dávce, protože jinak může dojít k vytvoření rezistence na léčbu, což znamená, že léky jsou méně a méně účinné a horší se i prognóza. Jako jiná léčba, tak i léčba antidepressivy má svá pravidla a ta je třeba respektovat. Pro pacienty je náročné čekat na začátek terapeutického účinku léku, a proto je nutnost být informován.

V případech velmi těžkých, špatně reagujících nebo farmakorezistentních depresí, při suicidalitě, nebo odmítání tekutin a stravy, je metodou volby elektrokonvulzivní terapie. Výhodou této terapie je rychlé a účinné působení, na druhou stranu, nevýhodou je nezbytnost celkové narkózy a také negativní společenský postoj chovaný k této léčbě. Pro léčbu závažné deprese v současnosti neexistuje účinnější způsob léčby. Je ale nutné, jako u každé léčby, pacienta a jeho rodinu podrobně

informovat o benefitech a možných rizicích. Mezi nejčastěji zmiňované nežádoucí účinky patří poruchy paměti a poznávacích funkcí, které jsou plně reverzibilní do 2 – 3 týdnů.

Existují i různé alternativní postupy, které se dají při léčbě deprese použít. Avšak jejich účinnost není většinou dostatečně podložena vědeckými studiemi. Výjimkou je léčba jasným světlem, neboli fototerapie, užívaná při sezonních afektivních poruchách. „Podzimní deprese“ je dobře léčitelná třezalkou tečkovanou, též známou jako Jarsin. Tato metoda je velmi rozšířená v sousedním Německu. Rovněž byl prokázán antidepresivní účinek pravidelného cvičení.

Délka udržovací léčby závisí na počtu předcházejících fází deprese. Pokud se jedná o první epizodu, je délka udržovací léčby minimálně půl roku, při dalších epizodách rok. Poté je již můžeme dávku antidepresiva postupně snižovat (PRAŠKO et al., 2004).

Pokud člověk pozná, že někdo v jeho okolí trpí depresí, a nabídne mu pomoc, je to nesmírně cenné. Dotyčný si možná myslí, že moc pro toho druhého neudělal, ale v tu chvíli byla podána pomoc člověku, který je v nouzi a může dokonce zabránit jeho možným sebevražedným úmyslům (MCKENZIE, 2001).

## 1.2 Manická fáze

Terminologie afektivních poruch, hlavních kořenů pojmů mánie a melancholie, pochází od Hippokrata a jsou známy již od starověku. Řeční lékaři předpokládali při melancholii určitý vztah k tak zvané „černé žluči“, který se ale nepotvrdil. Obsah pojmu mánie došel ke změně z původní „zuřivosti a běsnění“, a pozdější agitovanosti na různé chorobné náruživosti, jako je toxikomanie, pyromanie a jiné. Až koncem 19. století se uvádí pojem mánie, jako protiklad melancholie. Postupem času se dospělo k poznání, že tyto protipólní stavy se mohou vyskytovat u jedné a téže osoby, a to v rámci afektivních, nebo emočních psychóz, nynější bipolární poruchy (VAVRUŠOVÁ et al., 2004).

Mánie je závažná psychická porucha, která mění prožívání člověka, a to ve vztahu k okolí i jemu samému. U mánie dochází u člověka k nepřiměřeně nadnesené náladě, která je jak radostná, tak nahněvaná, zlobná. Zpravidla dále dochází k nárůstu aktivity, pocitu nadbytku energie, dochází k tomu, že člověk necítí únavu a nemá potřebu spát, mívá pocity velmi čilého myšlení s obrovským přílivem nápadů (PRAŠKO et al., 2004).

### 1.2.1 Formy mánie

Manická symptomatika může nabývat různých forem. Za hypománii, označujeme její mírnou formu, která nevede k většímu narušení psychosociálního fungování postiženého (RABOCH et al., 2006).

Při hypománii, je typicky trvale nadnesená nálada, pocit nadměrné energie, zvýšená aktivita spojená s vnitřním pocitem dobré kondice a pohody. Velmi obvyklá je nadměrná hovornost (logorhea), hýření nápady, nenucenost. Vesměs postižený nepotřebuje moc spát, a přesto je stále čilý. Lidé, kteří jsou v hypománii snadno navazují kontakt s druhými lidmi. Zvýšení aktivity se projevuje i v sexuální oblasti, a to lehkomyšlným navazováním nových známostí (PRAŠKO et al., 2004).

U simplexní mánie převažuje v klinickém obraze spíše povznesená veselá nálada, logorhea, zvýšená aktivita a čilost. Myšlenkový trysk může dosáhnout takového stupně, kdy dochází k rozvoji amence, stavu zmatenosti. Probleskuje družnost, veselost a bystrost. Manický stav je poměrně řídké děle, bývá označován jako chronická zmatená, konfuzní, forma mánie.

Mania delirans vzniká při masivním nepokoji. U těžkých forem s nadměrným zrychlením a dynamikou, jak motorických, tak psychických funkcí, se jedná o mania acutissima.

S nízkou frekvencí výskytu se setkáváme u manického stuporu, neboli mania stuporosa. Často se u ní vyskytují udržovací postoje (flexibilitas cerea), bizarnosti a stereotypie. V tomto stavu nemocní delší dobu nečinně leží, nemluví a nechají se krmít. Zvláštní dojem blaženosti a spokojený úsměv je odlišuje od pacientů s katatonní formou schizofrenie. Ex post se ukáže, že nemocný registroval vše, co se kolem něj dělo.

Častější je však stav, u kterého se vyskytuje nadřazenost vůči okolí, podrážděnost, nespokojenost, „rýpavost“, zvýšená kritičnost, hádavost až rezonance, kromě dále se vyskytující veselosti, humoru a družnosti. V tomto případě se pravděpodobně jedná o mania resonans. Při této formě dochází k největším problémům pacienta vůči okolí. Co se týče nemocných, neustále si stěžují, dávají podněty k vyšetřování, nezřídka dochází k soudním sporům. Pokud dochází k odmítání jejich stížností, stávají se z nich kverulanti – kverulantská mánie.

Vyskytují se i případy, kdy narůstá nedůvěřivost, vztahovačnost, někdy může být přítomna i chorobná žárlivost, v tomto případě se jedná o mánii paranoidní. Dochází k vymyšlení určitých novot se zvýšeným sebevědomím hraničících někdy s introvertní, či reformatorní paranoiou, tehdy se jedná o introvertní, či reformatorní mánii.

Pro smíšené fáze je charakteristické krátkodobý výskyt depresivních i manických symptomů, při přechodu z jedné fáze do druhé, například při stuporózní, či inhibované mánii, či agitované depresi (VAVRUŠOVÁ et al., 2004).

U psychotické mánie dochází k výskytu poruchy myšlení a vnímání, které ale většinou jsou v soulase s náladou pacienta (syntonní). Bludy u nemocného bývají vyvýšenecké, náboženské, expanzivní i erotomanické. Co se týče halucinací, ty bývají sluchové, nebo zrakové, ve větších případech prchavé, a to extatického, či náboženského charakteru.

Asi u třetiny epizod je současně přítomna, jak manická, tak i depresivní symptomatika. Pak mluvíme o smíšených stavech, nebo o dystrofické mánii (RABOCH et al., 2006).

### 1.2.2 Zevní vlivy a predispozice rozvoje mánie

Navzdory faktu, že začíná onemocnění zdánlivě nečekaně, je možné rozeznat více vlivů působících na konstituční dispozici, které jsou příčinami vyvolávajícími chorobný stav.

Vznik a průběh endogenních psychických poruch je podmíněn rozhodující mírou predispozicemi. Předpokládá se přetvořené patogenní mechanismy, které mohou být různými somatickými a psychickými poruchami mobilizovány. Určitá dispozice se vyskytuje v rodině.

Empiricky byl zjištěn vztah k tělesné konstituci: bipolární formou jsou postiženi výrazně pykničtí jedinci. U depresí se předpokládá, že se jedná o deficit katecholaminů, u mánie je zvýšená jejich koncentrace na synapsích. Hypotéza, podle které se u deprese vyskytuje deficit serotoninu a noradrenalinu na nervových zakončeních předpokládá, že u mánie na druhou stranu působí nadbytek neurotransmiterů, je pokládána za zjednodušující. Předpokládá se disinhibici hypotalamo – hypofýzo - adrenální osy.

Sezónnost fází také svědčí o poruše biologických rytmů, a to zejména na jaře a na podzim. Vlivy sezónnosti jsou u některých jedinců jednoznačné, fáze onemocnění buď začínají, nebo se zhoršují v určitém období. Mánie propuká zejména v letních měsících. Vliv denního rytmu se jeví jako důležitý, výraznější projevy jsou v depresivních fázích onemocnění. Na cyklofrenickou konstituci má podstatný vliv vnitřní hormonální sekrece, zejména pohlavních žláz. Obvykle onemocnění propuká až v pubertě, či někdy až v období klimakteria, v graviditě, nebo po porodu. Výskyt fází nelze považovat za náhodný. Jsou známy i krátké, rychle se střídající, cyklofrenické fáze, které jsou vázané výlučně na menstruační období.

Další vyvolávající příčinou může být i tělesné onemocnění. Není ani výjimkou skutečnost, že rychle se po sobě opakující fáze jsou předzvěstí organického postižení, tedy atrofie centrální nervové soustavy, které se z psychopatologického hlediska ještě klinicky neprojevuje, a to ani výraznější neurologickou symptomatologií.

Lokalizace funkčních změn v mozku je směřována do oblasti do diencefala a limbickém systému (VAVRUŠOVÁ et al., 2004).

### 1.2.3 Příznaky mánie

Při mánii se vyskytují stavy, vyznačující se nadměrně veselou, euforickou, expanzivní a často i rezonantní náladou, se zvýšeným sebevědomím, zrychlenou a zvýšenou aktivitou a celkovou živostí. Pacienti jsou nápadně živí, veselí, až jaksí bujně nevázaní a prostopášní. Nálada je povzneseně expanzivní, rozpínavá. Všechno je pro ně hezčí, radostnější, zasluhuje si více zájmu a lásky, svět se jim jeví v růžových barvách. Nemocní jsou jaksí neotřesitelně optimističtí, na lehkou váhu berou i nepříjemné události. S veselou náladou dochází ke zvyšování jejich sebevědomí, sebedůvěry a sebejistoty. Dochází k tomu, že se cítí schopnější, chytřejší a silnější. Oni jsou ti, kteří mají „pravdu“ a potřebují jí hlásat, mají sklon k sebevychloubání, a to někdy až megalomanickému. Výskyt megalomaničtých bludů je ale spíše sporadický. Lehce podléhají podvodníkům, a to z důvodu narůstajícího sebevědomí, které je doprovázeno i důvěrou k okolí. Nejraději by objali celý svět, bývají družní, s každým se snadno dají do řeči a mají mu co říci. Chovají se často, jako opojeni alkoholem, bývají plni humoru, pohotově vtipkují a žertují, nezřídká velice ostře. Často se smějí, jejich smích je svým způsobem „nakažlivý“ i pro okolí. I jejich pozornost je velice živá, nic jim neunikne, všeho si všímají, o každém vše vědí, a na všechno reagují.

Dochází u nich ovšem k přeskokování z jednoho předmětu zájmu na druhý, lehce odklonitelná je jejich pozornost. Jejich paměť je zvýšená, tak zvaná hypermnézie, vštěpují si lehce nové věci, rychle a lehce si vybavují staré i nové zážitky. Dochází k tachypsichismu, rychlému rození myšlenek, detaily jsou zdrojem dalších nápadů, rozebírá se myšlení a ztrácí jednotlivý cíl. Mají tendenci, k co nejrychlejšímu vyjádření myšlenky, ať už slovně, nebo písemně. Někteří popíší několik papírů, a to často nadměrně velkými písmeny. Zapisují se vše, co je napadne, co dělají, dopisy posílají známým i blízkým, dále píše i různé stížnosti, nebo návrhy na reformy. Někteří dávají své vyjadřování najevo ve verších, jiným je do zpěvu, zpívají hlučně, a to až do exaltace, transu. Fantazie, bývá živá a bohatá. Halucinace nebývají časté. Zejména vzniká nadměrná činnost, hyperaktivita, maničtí pacienti jsou čilí, něco neustále podnikají, jsou agilní, mají mnoho plánů i podnětů, dále přecházejí horečně z akce do akce. Mnoho věcí načnou, ale pouze málokteré dovedou do konce. Pouštějí se lehkovážně do různých akcí, neúměrně nakupují a utrácejí, někteří i štědře rozdávají. Mnoho naslibují, ale slibů splní jen málo. Nemocní většinou málo spí, nebo vůbec, nepocítují potřebu spánku. Úspěšnou činnost mohou rozvíjet na začátku onemocnění, nebo u mírnější formy, ale co se týče těžších forem, jejich produkce bývá málo hodnotná a bezcenná.

Morálka bývá uvolněná, i sexuální podnikavost je častá. Co se týče mužů, vyhledávají náhlé a pochybné styky, naopak ženy přitahují obdivovatele a navazují známosti. Mohou lehce získat pohlavní nemoci a vznikají i nechtěná těhotenství. I perverze se mohou v manickém stavu zjevit, a to i ty, které byly doposud latentní.

Častá je i nadměrná konzumace alkoholu. Tito nemocní se často dostávají do konfliktu s okolím, a to z důvodu své hyperaktivity a zasahování do mnoha věcí. Mají pocity, že okolí je těžkopádnější, pomalejší, že je brzdí a stávají se nezřídká podrážděnými. Počáteční důvěřivost se postupem času mění v podezřívavost, která se může rozrůstat do úkorných bludů. Poté bývají popudliví, zlostní, jsou časté hádky, konflikty i výstupy, ale někteří na ně vzápětí zapomínají a vystřídají je v průběhu krátké doby družnou veselostí.

Na vrcholu onemocnění se zjevuje tak zvaný „myšlenkový trysk“, jinak zvaný logorrhoe, což může působit dojem amence. Francouzi mluví o „manie confuse“. Dále při masivním, až delirantním nepokoji se jedná o tak zvanou „mania delirans“. Nepokoj tohoto druhu může přetrvávat dny a noci a někdy až měsíce. Problémem je, že pacient se necítí nemocný, pocítuje



euforii, vyhláší, že nikdy se necítil tak zdravý, lékařskou pomoc nevyhledá, spíše naopak, je velmi problematické ho dostat k lékaři. Nemocní doslova utýrají své okolí, a to svou nadměrnou činností a neustálým mluvením, dále se do všeho pletou, každému něco vyčítají, něco předělávají, nenechají nikoho na pokoji. I ti, kteří se bavili zpočátku, zanedlouho se unaví, mají přerušovaný denní i noční režim.

Tělesné projevy emocí manických pacientů: vypadají mladší, mají zvýšený turgor vitalis, jejich držení těla je pružné a jejich pohyby jsou čilé. Nálada, která je veselá a povznesená se odráží v jejich živém výrazu tváře a očí, mimika je živá, je častá i přehnaná gestikulace. Zornice pacientů jsou široké, a mají lesklé oči. Svěžím dojmem působí i kůže, u které se až po delším vyčerpání objevuje ochabnutí a vyskytují se projevy únavy. Dále je častá tachykardie, tachyponoe, zvýšené pocení, a převažuje sympatikotonie. Při neohraničené energii je potřeba spánku abnormálně nízká. Bývá vyšší i chuť k jídlu, ale vzhledem ke skutečnosti, že nemocní na jídlo nemají čas, dochází k úbytku hmotnosti. Zvýšené bývá i libido (VAVRUŠOVÁ et al., 2004).

#### 1.2.4 Diagnostika mánie

Manický syndrom je charakteristický triádou: nednesenou náladou, zrychleným myšlením a psychomotorikou. Jedná se o syndromologický tvar, přesahující rámec emočních poruch. Primární je ovšem porucha emotivity, ostatní přidružené fenomény mají sekundární charakter. Porucha nálady trvá u hypománie čtyři dny, u mánie minimálně týden. K určení diagnózy je potřeba nejméně tři dalších příznaků: zvýšená aktivita, nebo neklid, nesoustředěnost až myšlenkový trysk, logorrhea, zvýšená sexuální aktivita, snížená potřeba spánku, nadměrné utrácení, nezodpovědnost, nevhodné chování, zvýšená sociabilita nebo nadměrná familiárnost.

Klinický obraz u dětí může být charakterizován záškoláctvím a asociálním chováním.

Kognitivní a behaviorální změny provázejí poruchu afektivity. Mánie ovlivňuje schopnost koncentrace, myšlení, formulace myšlenek a paměti. Mánie se na rozdíl od schizofrenie kvalitativně liší spíše zrychlenou řečí, myšlenkovým tryskem, velikášstvím a silnou afektivní složkou. U mánie se obvykle bludy projevují až po iniciálním narušení nálady.

Reakční čas a psychomotorika jsou urychlené, rozsah asociací je zvýšený. Nedostatečná soustředěnost, snížená schopnost učení a roztržitost jsou spíše charakteristické pro máni a depresi, než pro schizofrenii. Behaviorální změny a aktivita zahrnují celou škálu projevů, a to od neúnavnosti, verbální agresivity a neústupnosti přes zdánlivě impulzivní, bezcílné chování, až po bizarní projevy, které vzbuzují pohoršení a strach okolí, nemocní si například strhávají šaty, pobíhají nazí na veřejnosti, křičí. Tyto projevy nakonec vedou k nedobrovolné hospitalizaci (VAVRUŠOVÁ et al., 2004).

#### 1.2.5 Léčba mánie

Terapie je opět komplexní. Jak farmakologická, tak psychosociální. Lékem první volby jsou antipsychotika druhé i první generace. Lithiové soli jsou účinné při prevenci relapsů. U agitovaných stavů se podávají ke zklidnění benzodiazepiny. Účinnou metodou je elektrokonvulzivní terapie, která se aplikuje v nejtěžších případech. Velmi důležité u afektivních poruch je, aby všichni zúčastnění byli dostatečně informováni a angažovaně se spolupodíleli na léčbě (PAVLOVSKÝ; MALÁ, 2002).

Léčbu mánie lze rozdělit na akutní léčbu, udržovací a profylaktickou léčbu. K léčbě akutního stavu s nezbytností zklidnění pacienta se používají nejčastěji neuroleptika a nebo benzodiazepiny v poměrně vysokých dávkách. Zvládání akutního stavu je nejčastější během hospitalizace. Vlastní udržovací léčba mánie spočívá v podávání solí lithia. Před zahájením léčby je nezbytné provést vyšetření funkce ledvin, pro stanovení hodnoty clearance endogenního kreatininu. Dále vyšetření funkce štítné žlázy a jiná biochemická vyšetření, a to dle rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Léčba udržovací zvolna přechází do fáze profylaktické, dlouhodobé. Lithium je alkalický kov, který se za určitých okolností může hromadit v organismu – při horečnatých stavech, poruše ledvin, průjmeh a jiných závažných chorobách, z čehož plyne nutnost sledovat pravidelně hladinu lithia v krvi. Zpočátku jedenkrát za měsíc, a později stačí jen jedenkrát za tři měsíce. Při zahájení léčby lithiem se mohou vyskytnout nežádoucí účinky, jako je jemný třes, pocit žízně, průjmy, někdy i náhlé záškuby ve svalech. Tyto příznaky je vhodné konzultovat s ošetřujícím lékařem. Většinou stačí dávku upravit. V profylaxi bipolární afektivní poruchy je lithium používáno od roku 1949, léčba je velmi účinná a nejčastější chybou při dobré snášenlivosti, je předčasné vysazení.

V neposlední řadě profylaktická léčba, která je indikována u nemocných, kteří ve svém životě měli alespoň jednu fázi mánie. Patří mezi léčbu dlouhodobou a celoživotní, ale pacientovi může zaručit dobrou kvalitu života. K léčbě je důležitý aktivní přístup, kdy si každý sám pro sebe musí zvážit, zda chce riskovat další fázi mánie se všemi riziky, nebo léčbou správně vedenou jim zabránit. Vzhledem k tomu, že náš organismus má schopnost se nejen naučit kolísání nálady, ale i zabudovat si ho do genetické výbavy, tak je profylaktická léčba z hlediska dlouhodobé prognózy důležitá.

V profylaxi – thymoprofylaxi – se dále používají antikonvulziva. Pokud je lithium kontraindikováno, tak zahajujeme léčbu karbamazepinem, lamotriginem, nebo valproátem. U těchto léků také sledujeme jejich hladinu v krvi a z akutní fáze léčby přecházíme postupně na dlouhodobou léčbu udržovací a profylaktickou (PRAŠKO et al., 2004).

Jako další lze indikovat elektrokonvulzivní terapii. Průměrná odpověď na léčbu elektrokonvulzí u mánie je udávána až v 80 % (HRDLIČKA, 1999).

V současné době se objevují nové velmi účinné léky, například gabapetin a nimodipin. U lidí, kteří mají kolísání nálady ve svém charakteru a osobnostním základu, a jejich kolísání nálady nemusí být intenzivní, ale zhoršuje jim značně kvalitu života, je účinný lamotrigin. U rychlých cyklérů, mající nejméně čtyři fáze za rok, jsou tyto nové léky také účinnější (PRAŠKO et al., 2004).

## **1.3 Specifický přístup k pacientovi trpícímu bipolární afektivní poruchou**

### **1.3.1 Klinické vedení**

Jestliže pracujeme s pacientem trpícím bipolární afektivní poruchou, je potřebné si uvědomit, v jaké fázi se pacient do naší péče dostává. Jiné přístupy se volí u pacienta v akutní epizodě, nebo máme - li pacienta udržet v dlouhodobé remisi, předcházet relapsům, eventuálně se pokusit v době remise ovlivnit reziduální stavy. Optimální léčba u pacienta je vždy založena na poměrování přínosů a rizik léčby, která je u pacienta zvolena. Míra výhod a rizika mohou být v průběhu pacientova života variabilní, mohou měnit svoji významnost. Například nevýhody konkrétní léčby v mladším věku se s postupujícím pacientovým věkem mohou jevit jako méně podstatné. Základních proměnných, které jsou při léčbě pacienta zvažována: věk pacienta, pohlaví, pravděpodobnost otěhotnění, výchozí hmotnost, životní styl, ekonomické, sociální a společenské zázemí, ochota ke spolupráci, počet doposud proběhlých epizod, suicidální aktivita, případný abúzus psychoaktivních látek a přítomnost doprovázejících tělesných a jiných psychických poruch (LÁTALOVÁ, 2010).

### **1.3.2 Terapeutický kontrakt**

Je dobré si uvědomit, že máme - li v péči pacienty trpící bipolární afektivní poruchou, vyžadujeme po nich, aby dlouhodobě, často i celoživotně užívali léky, které mohou mít nežádoucí vedlejší účinky, a léky, které je do jisté míry také limitují. A to pro pacienty není lehké. Často jsou léčeni kombinacemi léků, dále je žádáme, aby dodržovali pravidelný životní rytmus, vyhýbali se jakýmkoli excesům. V podstatě pacienty omezuje. Takovéto požadavky jsou náročné a lékař i střední zdravotnický personál by neměl brát jako samozřejmost, že pacient se za každých okolností bude řídit jejich doporučeními. Pacientovi argumentovat tím, že je lépe brát léky a nemoc tak kontrolovat je logické, ale mnohdy to nestačí. Pacienti většinou čekají ještě něco víc, a to především podporu, pochvalu, že vytrvali, obdiv, že to zvládli, úctu, pokud neselhali a podobně. Zároveň by na druhou stranu neměli být ostrakizováni za to, že tu a tam „selhávají“.

To jsou důležité principy, které by měly tvořit terapeutický vztah a vést k dlouhodobému efektu. Pokud se nám podaří alespoň rámcově vytvořit terapeutický vztah, můžeme očekávat větší efektivnost léčby, přesnější odhalování prodromálních známek, flexibilnější úpravu terapie a v důsledku kvalitnější léčbu (LÁTALOVÁ, 2010).

### **1.3.3 Účast všeobecné sestry v terapii a rehabilitaci duševně nemocných**

Sestra, v péči o duševně nemocné, zaujímá neobyčejně důležité místo. Především je to ona, která s nimi tráví velkou většinu své pracovní doby, a to v bezprostředním kontaktu, což na její psychické i fyzické síly klade mimořádné nároky. Úzkostný pacient naléhavě vyžaduje její blízkost, uklidňování, ujišťování; zmatený pacient ponechaný bez patřičného dohledu snadno způsobí škodu na zařízení nebo i na věcech, které patří jiným pacientům, neustále vstává z lůžka, hledá únikovou cestu, jak oddělení opustit, snadno se poraní; agresivní pacienti mohou ohrozit jak zdraví

spolupacientů, tak ošetřujícího personálu; jiní zas vyžadují zvýšený dozor vzhledem k nevypočitatelnému chování včetně sebevraždy.

Všechny zmíněné i méně naléhavé stavy znamenají pozornost, že sestra stále musí bdít na takové úrovni, aby kdykoli mohla účinně zasáhnout. K posouzení a zvládnutí určité situace je nutno se vcítit do momentálního rozpoložení pacienta, to znamená mít schopnost empatie a znát problematiku duševních poruch. Nutno je vždy zachovávat psychoterapeutický přístup, snažit se pochopit pacienta, vysvětlit, uklidnit.

Samozřejmě jsou nemocní, kteří vzhledem k povaze a své nemoci, někdy i k charakteru své osobnosti nejsou schopni situaci pochopit, respektive odmítají každé vysvětlování, i pak je nutné potlačit vlastní negativní emoce, negativní protipřenos, zachovat klidnou mysl a jednat a rozhodovat profesionálně. Nesmírně důležitý je již kontakt při příjmu s pacientem, kdy první dojem dokáže ovlivnit jeho další postoje, a to na celou dobu hospitalizace.

Ke zvýšení odbornosti je velmi přínosné absolvovat několikaleté systematické školení v psychoterapii, kterým se získá klasifikace psychoterapeutky, jež opravňuje k samostatnému vedení jak psychoterapeutických skupin, tak i individuální psychoterapie.

Na sestře dále leží i zodpovědnost za správné podávání psychofarmak. U některých nemocných je třeba dohlížet, zda spolknou léky kontrolou úst.

V akutních stavech neklidu pacienta bývá nutné aplikovat injekci i proti pacientově vůli, kdy za ordinaci je odpovědný lékař, sestra je povinna ji realizovat. V těchto situacích se musí přivolat další osoby a injekci aplikovat za fyzické převahy. Pacient má nárok znát název léku, který dostává, dříve se dělávaly zbytečné tajnosti v tomto směru. Ví - li nemocný, jaký lék dostane nebo dostává, může pak někdy velmi užitečně upozornit, že například v minulosti měl po tomto léku alergickou reakci nebo jiný projev, který byl nežádoucí (PAVLOVSKÝ; MALÁ, 2002).

### **1.3.4 Edukace pacienta a jeho rodiny**

Pacienti mají rozdílnou schopnost porozumět samotné nemoci, možnostem její léčby, výhodám i nevýhodám z ní vyplývajícím, pacienti mají rozdílnou úroveň schopností posoudit možné důsledky. Existují pacienti, pro které další epizoda neznamenaá nijak zásadní zásah do jejich životního stylu, na druhé straně, jsou ale pacienti, pro které jen toto riziko vyvolá anticipační úzkost, uvědomění si následků, které by měla epizoda na jejich partnerský, společenský i profesní život.

Všichni pacienti a to bez rozdílu životního stylu, intelektu a životních zkušeností však mají profit z edukace o nemoci, z informací o léčbě, ze zpětných vazeb, které jim rodina či okolí poskytne. Možnost podílet se aktivně na výběru léčby posiluje sebedůvěru a adherenci všech pacientů bez rozdílu.

Musíme ale připustit, že se pacienti liší v míře, v jaké jsou schopni nemoc samotnou akceptovat. Zakoušení pocitu nespravedlnosti, nihilismus a zloba vůči relativně zdravým jsou brzdami k úspěšné léčbě. I proto by měla edukace pacienta a jeho příbuzných pomoci k aktivnímu podílu na léčbě, a to včetně schopnosti rozpoznat subsyndromální a prodromální příznaky nemoci a po té o nich referovat s ošetřujícím psychiatrem. Pokud jsou dostupné, částečně mohou tuto funkci plnit i internetová diskuzní fóra nebo informační letáky či brožury (LÁTALOVÁ, 2010).

### **1.3.5 Spolupráce pacienta na rozpoznání časných příznaků relapsu**

Pacienti, kteří trpí bipolární afektivní poruchou, jsou schopni poměrně úspěšně monitorovat prodromální příznaky (MOLNAR, et al., 1988, SMITH a TARRIER, 1992, ALTMAN et. al., 1992, LAM A WONG, 1977). Jelikož prodromy mohou předcházet rozvoji mánie o týdny, je jejich včasné zjištění důležité. Zásah, který je časný, může zabránit plnému rozvoji mánie.

Psychiatr by měl spolupracovat s pacientem a jeho rodinnými příslušníky na rozpoznávání časných známek a počínajících příznaků nové depresivní či manické epizody. U jednotlivých pacientů se tyto známky liší a často mají velkou individuální prediktivní hodnotu vzhledem k novým epizodám. U řady pacientů je první známkou blížící se další epizody narušení spánkového rytmu. Jiné příznaky mohou být diskrétní a specifické u daného pacienta, jako například častější návštěva restauračních zařízení, nakupování a podobně. Grafické znázornění životních událostí a jednotlivých epizod v minulosti může být užitečné při identifikaci příznaků blížícího se relapsu (LÁTALOVÁ, 2010).

### 1.3.6 Rodina, přátelé a blízcí

To, že blízká osoba onemocněla duševní poruchou je zpočátku vždy vnímáno jako rodinná tragédie, spolu s přesvědčením, že neexistuje žádná pomoc ani řešení. Rodina i blízcí pacienta se cítí v nové a neznámé situaci zmatení, nejsou schopni cokoliv podniknout.

Průvodce na této cestě, jejímž cílem je vyrovnání se s duševní nemocí v rodině, vlastně neexistuje. Sám a po svém si ji projde každý jednotlivec. Jednotlivé etapy u pacientů nejsou ani dobré, ani špatné. Jsou to normální reakce člověka, který ale musí čelit závažné nemoci, která mu zásadním způsobem zasáhla do života. Jednotlivé etapy nemusí vždy přesně navazovat. Mohou se míchat a zaměňovat ve stejnou dobu najednou. Zvláště u bipolární poruchy, která má průběh epizodický, není výjimkou, že rodina a blízcí procházejí v době krizí těmito stadii opakovaně.

Pro rodinu a blízké nemocného s bipolární poruchou je velmi důležité, aby věděli, jak se chovat v krizových situacích, jak blízkému pomoci v návratu do zdraví, co mu pomáhá a co naopak škodí. Jednoduchá a jasná odpověď možná není, protože je třeba se ke každému nemocnému chovat trochu jinak a optimální chování se mění v různých stádiích nemoci.

Příbuzní a blízcí osob s bipolární afektivní poruchou se často cítí ve svých problémech opuštění, málo informováni a málo podporováni druhými lidmi. Velmi často nedostanou blízcí žádnou podporu od svého vlastního okolí a dokonce ani od odborníků. Očekává se od nich zodpovědné chování a přitom jim nikdo neřekne, jak takovéto zodpovědné chování vlastně vypadá. Často mívají pocity viny, stydí se před okolím a nedokáží mluvit ani se svými přáteli o tom, co se děje. Hledání, které je často založeno na pokusech a omylech jim přináší zvýšenou zátěž, stres a častá zklamání (DOUBEK, et al., 2011).

Běžná populace si nedokáže představit, jak značně může život a vztahy ovlivnit bipolární porucha, dokud to nezažijí na vlastní kůži. Poté se dostaví silné emoce, jako je strach, obavy, bázeň, odmítání, nepochopení, zlost, lítost, pocity viny. Někdy člověka mohou zcela pohltnout. Chvillemi jsou odhodláni, že nemocného budou podporovat pomáhat mu, a nešetří soucit ani empatii. Jindy však tak vstřícně nereagují. To je zcela normální. Milovat člověka s bipolární poruchou neznamená, že nemůžeme podlehnout návalům vzteku, sklíčenosti, nebo smutku.

Nikdo nedokáže, a ani by neměl stoprocentně, a to v každém okamžiku ovládat svůj život a své

emoce. Vlastní je totiž člověku chránit sám sebe a také je to jeho právo.

Připustí-li si rodina a blízcí reálnou existenci nemoci, neznamená to ještě, že bude pro ně méně bolestné prožívat jejich další recidivy. Je těžké neztratit odvahu a naději ve chvíli, kdy se vynořují tíživé otázky: „Jaké jsou pacientovy naděje na uzdravení? Jakou roli má hrát? Přehodnotit svou kariéru? Jaká jsou největší rizika nemoci?“ A další podstatné otázky (GAY, 2010).

Obecně se dá říci, že zatímco byla dříve práce s rodinou určována teoriemi, zabývající se vztahy mezi rodinnými příslušníky a zaměřovala se převážně na psychoterapii rodin, nyní se přesunul důraz na proces zvládnání a překonávání. Cílem práce s rodinou je ze začátku na prvním místě snížené zátěže jejich členů, a v druhé fázi vytvoření komunikativní atmosféry, umožňující pozitivní vývoj (KOLEKTIV, 2011).

Čím lépe budou blízcí pacienta schopni rozpoznat své emoce a pochopit jejich podstatu, tím lépe se s nimi vyrovnají a dokážou zmírnit jejich následky (GAY, 2010).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA TRPÍCÍHO BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

### 2.1 Identifikační údaje o nemocném

**Jméno a příjmení:** K. D.

**Pohlaví:** muž

**Datum narození:** 1. 1. 1972.

**Věk:** 41 let

**Rodné číslo:** 720101/0190

**Číslo pojišťovny:** 207

**Adresa bydliště a telefon:** Praha 2

**Adresa příbuzných:** Praha 3

**Vzdělání:** Vystudované SOU – obor elektrická výroba.

**Zaměstnání:** Plný invalidní důchod.

**Stav:** rozvedený

**Státní příslušnost:** Česká

**Datum přijetí:** 13. 2. 2013.

**Typ přijetí:** neodkladné

**Oddělení:** Psychiatrické oddělení, pánský neklid – oddělení 6.

**Ošetřující lékař:** D. D. MUDr.

#### Důvod přijetí udávaný pacientem:

Už nemůže dál, je toho na něj moc... Byl na tom už hůř, vlastně se trochu dal dohromady, ale včera na něj zase ušil boudu taxikář, obral ho o doklady, peníze. Je to strašnej boj mezi taxikářem a muzikantama... Těch věcí, co na něj dolehlo, je víc, měl konflikt se servírkou, zničila mu tričko za 2, 5 tisíce, má potíže pracovní, děti na něj nemají čas...

Na sebevraždu nemyslel, to už má za sebou... Ale nemůže už několik dnů spát, celej se roztřeše, stačí mu málo, všechno se v něm sevře, chce se mu zvracet a taky se třeba pozvrací... Už nemůže dál, potřebuje se zastavit a nadechnout se...

Policii volal proto, že měl strach o dceru, volala mu a on měl pocit, že ji někdo ubližuje, volal 112, než se dovolal, kam potřeboval, úplně se sesypal... Pak policie zavolala k němu sanitu, byl strašně rozrušený a už nevěděl, jak dál... Celkově je v hrozném napětí a nic nezvládá, nesoustředí se a je roztěkanej...

#### Medicínská diagnóza hlavní:

Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžká F 32.3

#### Medicínské diagnózy vedlejší:

Syndrom závislosti na alkoholu F 10.2

Obezita

Hyperlipidémie

Hepatopatie

### Tabulka číslo 1.: Vitální funkce při přijetí:

<b>TK:</b> 135/80 Torr	<b>Výška:</b> 182 cm
<b>P:</b> 79'/min	<b>Hmotnost:</b> 105 kg
<b>D:</b> 17'/min	<b>BMI:</b> 32
<b>TT:</b> 36,3 °C	<b>Pohyblivost:</b> Pohyblivý
<b>Stav vědomí:</b> Při vědomí	<b>Krevní skupina:</b> Ab

### Nynější onemocnění:

Bipolární afektivní porucha – manická fáze

### Informační zdroje:

Zdravotní dokumentace

Rozhovor s pacientem

Rozhovor s lékařem

Rozhovor se zdravotnickým personálem

## 2.2 Anamnéza

### Rodinná anamnéza:

**Matka:** Asthma Bronchiale

**Otec:** Stav po IM, kardiovaskulární onemocnění.

**Sourozenci:** Bratr – o 2 roky mladší, zdrav.

**Děti:** Dvě dospívající dcery – 14, 15 let, zdravý.

### Osobní anamnéza:

#### Překonané a chronické onemocnění:

Syndrom závislosti na alkoholu F 10.2

Hepatopatie

Hyperlipidémie

Obezita

#### Hospitalizace a operace:

Hospitalizace na psychiatrické klinice VFN, jako první záchyt od roku 2004. U pacienta od tohoto roku pravidelné hospitalizace. Nyní je zde hospitalizován po devatenácté. Vždy při vážné změně psychického stavu, s diagnózou bipolární afektivní poruchy. Poslední hospitalizace zde byla končena v prosinci roku 2012.

Dále byl pacient již několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Poslední hospitalizace byla v říjnu, roku 2012. Z důvodu ochranné léčby protialkoholní.



Co se týče operací – stav po luxaci omi l. sin. 10. 12. 2012. - stav po repozici, terapie ortézou. Hospitalizace na traumatologickém oddělení VFN.

### Úrazy:

Stav po opakovaných frakturách HK a DK

Stav po luxaci omi l. sin. 12 / 2011 – stav po repozici, terapie ortézou

Stav po kontuzi lbi se známkami starších hematomů

Stav po dle CT mozku z 29. 1. 2011. tříštivé zlomenině nosních kůstek s dislokací úlomků a s deformací rostální části nosní přepážky

### Transfúze:

Bez transfuzí

### Očkování:

Roku 1987 naposledy očkovan proti Hepatitidě B

Ostatní očkování podstoupil pacient v dětství

### Tabulka číslo 2.: Farmakologická anamnéza – chronická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Valproat Chrono Sandoz	tableta	500 mg	0-1,5-0-1	Antiepileptikum
Agomelatin	potahovaná tableta	25 mg	0-0-1-0	Antidepressivum
Escitalopram Teva	tableta	10 mg	1-0-0-1	Antidepressivum
Biperiden	tableta	2mg	0-0-0-2	Antiparkinsonikum
Abilify	tableta	15 mg	0-0-0-1	Antipsychotikum 2. generace

Pacient po propuštění z poslední hospitalizace medikaci přestal užívat. Tvrdí, že potřebuje nebýt utlumen. Tudíž nebere žádné léky a nechodí ani na kontroly.

V minulosti pacient užíval též Zyprexu 10 mg tbl., Fluaxol 1 mg tbl. i depotní aplikace, Rivotril 0,5 mg tbl., Alprazolam Sandoz 0,5 mg tbl., Sortis 20 mg tbl., Kemadrin tbl., Risperidon Viapharm 1 mg, Apo-Quetiapin 100 mg tbl.

### Alergologická anamnéza:

**Léky:** neguje

**Potraviny:** neguje

**Chemické látky:** neguje

**Jiné:** neguje

### Abúzy:

**Alkohol:** Aktuálně nepije delší dobu, protože v říjnu 2012 byl propuštěn z několika měsíční ústavní ochranné léčby protialkoholní z PL Bohnice, nyní by měl pokračovat v ochranné léčbě

ambulantně. Od dimise údajně abstinenci neporušil (?), nicméně k MUDr. N. K. (Praha 10) také nedochází.

Konzumace alkoholu byla vždy zvýšená v době relapsu psychického onemocnění, tehdy i ranní doušky, palimpsesty. Aktuálně ranní doušky neguje, palimpsesty neguje, neguje odvykací somptomy či deliria, neguje pití v tahu. Ve stavech ebriety a základního onemocnění většinou konfliktní i s projevy brachiální agrese.

**Kouření:** nekuřák

**Káva:** 1-2 kávy denně, a to silnější

**Léky:** Benzodiazepiny či hypnotika nezneužívá, analgetika nenadužívá.

**Jiné drogy:** neguje

### **Psychiatrická anamnéza:**

Opakované pobyty na PK VFN s diagnózou bipolární afektivní porucha. Problematika užívání alkoholu, v ambulantní péči MUDr. K. D., nyní k ochranné protialkoholní léčbě převeden do ambulance Dr. N. K. – od minulého propuštění z naší kliniky na kontrole pacient nebyl.

V minulosti četné manické fáze spíše převažující nad depresivními epizodami, v době manických fází též akcentovná konzumace alkoholu. TS neguje, ECT neměl, sebepoškozování neguje. Poslední hospitalizace na PK VFN ukončena v prosinci 2012 – tehdy dominující depresivní symptomatika a kognitivní oslabení. V únoru 2012 za hospitaizaci u nás psychologické vyšetření – průkazné známky (deficit kognitivních a exekutivních funkcí, emoční nevyrovnanost a afektivní oploštělost, depresivní ladění, vztahovačnost, hypobulie, hypoprosexie, snížené MPT a nevypravnost), které vysoce korelují s příznaky postprocesuálního defektu, který může pacienta limitovat v mnoha (percepčně-kognitivní, emoční, volní a sociální) úrovních.

### **Crimina:**

Anamnesticky vyšetřován pro různé přestupky, i znalecky posuzován, aktuálně, dle lékařské zprávy PL Bohnice (z října 2012) nařízena ochranná ambulantní léčba psychiatrická poté, co absolvoval ochrannou léčbu několikaměsíční protialkoholní ústavně.

### **Urologická anamnéza:**

**Překonané urologické onemocnění:** Pacient v roce 2008 onemocněl zánětem močového měchýře. To po kontrolách, které se snažil dodržovat pravidelně a léčby úspěšně vyléčeno, nyní bez obtíží. Záznamy o jiných onemocněních, kterými by pacient trpěl nejsou, ani je pacient neudává.

**Poslední návštěva u urologa:** roku 2008

**Samovyšetření varlat:** Pacient byl poučen o tomto samovyšetření, pravidelně intervaly ale nedodrжуje. Naposledy tvrdí, přibližně před 3 měsíci.

### **Sociální anamnéza:**

**Stav:** rozvedený

**Bytové podmínky:** Pacient má exekuce, neplatil nájem, dle matky v minulosti hrozilo i vystěhování z bytu. Aktuálně má v bytě odpojený plyn, rodina za něj střídavě splácěla dluhy na nájmu. Rodina však již vysílena. Do bytu si nyní nastěhoval podnájemníky (údajně čerstvě amnestovaní).

**Vztahy, role, a interakce v rodině:** Pacient je rozvedený sedm let. S manželkou nemá dobré vztahy. Má dvě dospívající dcery. S dcerami se pacient vídá málo. S rodiči je v omezeném kontaktu. Ti dost času tráví mimo Prahu. Pacient je nyní bez partnerského vztahu.

**Mimo rodinu:** Pacient stále přátelé, se kterými by se pravidelně stýkal, vídal má malé množství.

Spíše jen na nějaký časový krátkodobý interval. Záleží na jeho aktuálním psychickém stavu, jak a v jakém množství je schopen navazovat kontakty.

**Záliby:** hudba, četba

**Volnočasové aktivity:** hudba v PL Bohnice, návštěvy kina, spíše s dcerami, procházky

### **Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání:** Pacient vystudoval SOU.

**Pracovní zařazení:** Obor elektrická výroba.

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** Pacient od roku 2004 v plném invalidním důchodu.

**Vztahy na pracovišti:** Nyní si pacient přivydělává brigádně, stálé pracoviště nemá.

**Ekonomické podmínky:** nestálé

### **Spirituální anamnéza:**

**Religiozní praktiky:** Pacient neuznává, ani neudává nějaké vyznání, ani podobné praktiky.

## **2.3 Utřídění informací podle teorie Virginie Hendersonové**

**Tabulka číslo 3.:Utřídění informací podle teorie Virginie Hendersonové ze dne**

**4. 3. 2013.**

<b>Asistence, pomoc při potřebě</b>	<b>Objektivně (pozorování sestrou)</b>	<b>Subjektivně (síla, vůle, vědomosti)</b>
<b>1. pomoc při dýchání</b>	<p><b>Dýchání:</b> <b>Frekvence:</b> 19/min. <b>Rytmus dýchání:</b> Pravidelný Pacientovo dýchání je pravidelné, normální, bez obtíží, bez šelestí.</p> <p><b>Kašel:</b> Pacient netrpí kašlem, ani nevykašlává žádné spútum.</p> <p><b>Poloha:</b> Pacient nevyhledává žádnou polohu podporující dýchání, u pacienta není takováto poloha nutná. Pacient bez obtíží, poloha dle potřeby.</p> <p><b>Pomůcky:</b> Pomůcky na udržení polohy pacient taktéž nevyužívá. Žádné pomůcky, na podporu jeho dýchání nejsou zapotřebí.</p> <p><b>Emocionální stres:</b> Pacient pocítuje emocionální stres, který je spojen s mnoha faktory, spolu s jeho duševním stavem. Týkající se jeho rodiny, kde má pacient problematické rodinné vztahy, práce, jeho domácnosti, bytové situace, kdy má pacient nyní exekuce. Pacient je dále zadlužen, má nedostatek financí k pokrytí potřeb. U pacienta je celkově</p>	<p>Pacient si na žádné obtíže, které by se týkaly fyziologických funkcí v tomto směru nestěžuje. Tvrdí, že se mu dýchá dobře, bez obtíží.</p> <p>Na kašel a problémy s ním spojené si taktéž nestěžuje. Pocity zahlenění také neudává.</p> <p>Co se týče jeho polohy, záleží na jeho vlastní potřebě. Neudává zvláštní polohu, kterou by nyní praktikoval při obtížích, týkající se dýchání. Pomůcky, které by on sám užíval, také neudává.</p> <p>Pacient udává mnoho svých problémů, týkající se jak jeho rodiny, práce, domácnosti. Tyto problémy ho trápí, a chtěl by je změnit. Připouští si ale, že ne vše je schopen sám vyřešit.</p>

	<p>nedostatečná péče o vlastní osobu. Pacientovi nabídnuta možná pomoc k řešení jeho problémů.</p> <p><b>Teplota prostředí:</b> Teplota prostředí pacienta je optimální, při potřebě lze umožnit změnu teploty prostředí, což se týče aplikace tepla, chladu i vlhkosti. Pacient se nachází v prostředí, které je bez zápachu, čisté.</p>	<p>V tomto směru pacient neudává žádné obtíže, ani problémy. Prostředí, ve kterém se nachází, mu vyhovuje.</p>
<b>2. přijímání jídla a pití</b>	<p><b>Dieta:</b> Pacient má dietní omezení 3 A, naplánovaná změna dietního omezení, na dietu redukční – 4 A.</p> <p><b>Příjem množství potravy/24hodin:</b> Pacient má chuť k jídlu. Je stravován pravidelnou nemocniční stravou, kterou pacient přijímá bez jakýkoli obtíží. Ve většině případech sní veškerou stravu. Dále má své vlastní jídlo. Tím pádem se pacient stravuje nadměrně. Dopomoc při stravování pacient nevyžaduje. Co se týče parenterální výživy, u pacienta neprobíhá. Přiznává, že jeho hmotnost není optimální. Pacientovi nabídnuta změna dietního omezení, kterou s motivací ke změně přijímá.</p> <p><b>Těžkosti s přijímáním:</b> Bez jakýkoli těžkostí.</p> <p><b>Strava ovlivněná kulturními zvyky:</b> Bez kulturních zvyků.</p> <p><b>Estetika podávání:</b> Normální podávání stravy.</p> <p><b>Intravenózní výživa:</b> Bez intravenózní výživy</p> <p><b>Časový rozvrh stravy v průběhu dne:</b> Pacient přijímá stravu, dle režimu nemocničního zařízení. K této stravě má pacient k dispozici, prozatím i jídlo vlastní. Kdy se stravuje, dle vlastní potřeby. A to v pozdních odpoledních i večerních hodinách.</p> <p><b>Spolupráce s dietetikem:</b> Pacientovi navrhnutá změna dietního omezení, doporučena spolupráce s dietetikem. Aktivní přístup ke změně tohoto problému. Pacient ji ochotně využil, naplánované sezení.</p>	<p>Pacient tvrdí, že mu zde chutná, strava mu vyhovuje. Stravu přijímá s chutí.</p> <p>Má k dispozici i vlastní donesené jídlo. Rád by svou tělesnou hmotnost ale změnil, snížil. Souhlasí s uzpůsobením svého jídelníčku, dietního omezení. Vyžádal si tedy změnu stravy na dietní omezení.</p> <p>Na žádné těžkosti, při přijímání stravy si pacient nestěžuje.</p> <p>Pacient žádné kulturní zvyky neudává.</p> <p>Pacient neudává, nevyžaduje zvláštní estetické dodržování stravy.</p> <p>Pacient udává, že se stravuje stravou nemocniční, i vlastním jídlem. Přiznává, že přijímá stravu v pozdních odpoledních i ve večerních hodinách.</p> <p>Při nabídnutí pohovoru s dietetikem, pacient tuto možnost motivovaně využívá.</p>
<b>3. vylučování</b>	<p><b>Vyprazdňování tlustého střeva:</b> Pacient v tomto ohledu soběstačný, sám si dojde na toaletu, dopomoc nepotřebuje.</p>	<p>Pacient neudává žádné obtíže, v tomto směru je plně soběstačný.</p>

<p>Co se týče stomie, pacient zavedenou nemá.</p> <p><b>Pravidelnost stolice:</b> Stolice je u pacienta pravidelná.</p> <p><b>Obtíže při vyprazdňování:</b> Obtíže, jako je zácpa, nebo průjem pacient neudává.</p> <p>Barva stolice je „normální“ barvy, formovaná, bez jakékoli patologické příměsi, jako je krev, hlen a další.</p> <p><b>Pomůcky k vyprazdňování:</b> U pacienta nejsou využívány žádné pomůcky k vyprazdňování stolice.</p> <p><b>Vylučování moči:</b> Pacient je ve vylučování moči taktéž soběstačný, bez jakýkoli obtíží při močení. Sám si dojde na toaletu. U pacienta není zaveden permanentní močový katetr.</p> <p><b>Odhad množství moči:</b> Přibližně 1 500 ml/24hodin.</p> <p><b>Frekvence:</b> Frekvence močení u pacienta je bez obtíží. Přes den pacient chodí na toaletu dle potřeby, co se týče nočních hodin, přibližně třikrát za noc.</p> <p><b>Obtíže:</b> Obtíže týkající se močení pacient nemá, neudával.</p> <p>Močení je u pacienta bez bolestivé, bez výskytu jakýkoli komplikací, změn týkající se močení.</p> <p>Moč pacienta je bez jakýkoli patologických příměsí, čirá.</p> <p><b>Pomůcky k vyprazdňování:</b> U pacienta nejsou využívány žádné pomůcky k vylučování moči.</p> <p><b>Pocení:</b> Pacient nemá obtíže s pocením. Nepotí se nijak zvlášť přes den, ani v noci. Obtíže týkající se tohoto problému neudával.</p> <p><b>Soukromí a pohodlí v souladu s věkem:</b> Pacientovo pohodlí a potřeby, dle jeho uvážení.</p> <p>Zdravotnický personál pacienta postupně aktivizuje, adaptuje na prostředí, cíleně ho zapojuje mezi spolupacienty, do určitých terapií a aktivit</p>	<p>Prozatím pacient udává pravidelnost stolice, což je přibližně jednou až dvakrát denně.</p> <p>Pacient si na žádné obtíže, týkající se vyprazdňování tlustého střeva nestěžuje.</p> <p>Vše je v pořádku, bez obtíží, jakýkoli zvláštností, bez bolesti.</p> <p>Příměsi ve stolici, ani zvláštní barvu stolice nezpozoroval, neudává.</p> <p>Pacient taktéž žádné pomůcky, týkající se vyprazdňování neudává.</p> <p>Pacient neudává žádné obtíže, v tomto směru je plně soběstačný.</p> <p>Pacient se snaží dodržovat pravidelný pitný režim, což je, jak tvrdí asi 2 litry denně.</p> <p>Pacient udává přibližné množství 1 500 ml, odhadem.</p> <p>Žádné obtíže s frekvencí vylučování moče pacient neudává.</p> <p>Přes den je močení v pořádku, jen mu ale trochu vadí noční močení. Nebere to ale jako problém.</p> <p>Na obtíže spojené s vylučováním moče si pacient také nestěžuje.</p> <p>Přes den chodí na toaletu, dle potřeby, pravidelně. Močení je bez bolestivé, zvláštní barvu, ani příměsi pacient nezpozoroval.</p> <p>Pacient taktéž žádné pomůcky, týkající se vyprazdňování neudává.</p> <p>Při optání, pacient obtíže týkající se pocení neudává.</p> <p>Říká, že se zpotí, jen když hraje ping-pong, při sportu.</p> <p>Tedy bez obtíží, jak přes, tak i v noci.</p> <p>Pacient neudává zvláštní potřeby. Je rád, pokud může využít pracovní terapie a psychologické aktivity v rámci oddělení.</p> <p>Postupně také tráví čas se spolupacienty, kde se snaží nalézt si</p>
--	--

	<p>oddělení. Z důvodu společenských problémů, nedostatku blízkých osob, přátel.</p> <p><b>Zvyky:</b> Pacient neudává, nepraktikuje žádné určité zvyky.</p> <p><b>Pokožka:</b> Pacient má šupící se ložisko v levé podkolenní jamce, které je příčně lehce zarudlé, délky přibližně 7 cm. Dále má hematom na vnitřní straně levého kolene. Hematom je oválný, průměru přibližně 5 cm. U pacienta vše bezbolestivé, bez obtíží, jako je pálení, svědění a jiné. Dále má pacient hyperpigmentaci v tříslech bilaterálně, kde jsou strupy po puchýřcích, které jsou ale již zhojeny. Celkově pokožka pacienta v pořádku, bez dalších jiných kožních obtíží.</p> <p><b>Ošetřování:</b> U pacienta prováděno pravidelné ošetřování, dle ordinace lékaře a kontroly ložiska. Vše je prováděno za aseptických podmínek, snaha o zabránění rizika vzniku infekce.</p>	<p>přátelé.</p> <p>Co se týče určitých praktik, zvyků, pacient žádné neudává. Ani nikdy nic podobného nedodržel.</p> <p>Pacient tvrdí, že problémy s pokožkou, ani jiné kožní obtíže nemá. Po chvíli ale poukazuje na levou dolní končetinu, kterou si poranil při pádu. Bolesti, ani jiné obtíže, jako je pálení, svědění neudává. Tvrdí, že to nic není, za chvíli se vše zhojí. Nad hyperpigmentací se nijak nepozastavuje.</p> <p>Pacient si na obtíže, týkající se ošetřování ložiska nestěžuje, jen mu to přijde zbytečné.</p>
<p><b>4. při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy</b></p>	<p><b>Lůžko pacienta:</b> Pacient má vhodnou postel, matraci i povlečení. Postel pacienta je v normální výšce, matrace i povlečení též bez zvláštností. V tomto směru pacient nepotřebuje žádnou zvláštní péči, pomoc, ani při změně polohy, sezení, ležení, pacient zcela soběstačný.</p> <p><b>Držení těla a chůze:</b> Držení těla i chůze je u pacienta taktéž bez obtíží.</p> <p><b>Stolička, křeslo:</b> Vše má pacient u lůžka, k dispozici, bez zvláštností. Využívá samostatně, dle své vlastní potřeby. Dále bez jakýkoli pomůcek, ohledně neuromotorické nezávislosti. Nevyužívány žádné další potřebné prostředky.</p> <p><b>Výměna ložního prádla, jak často:</b> Dle potřeby. Obvykle čtyřikrát do týdne, pokud není vyžadováno častěji. Pravidelně prováděny kontroly čistoty ložního prádla pacienta. Pacient je udržován v čistotě a suchu. Při potřebě výměny ložního prádla, schopen požádat zdravotnický personál.</p> <p><b>Spolupráce s fyzioterapeutem:</b> Bez spolupráce, není potřeba.</p>	<p>Pacientovi lůžko vyhovuje, zvláštnosti nevyžaduje. Pacient dopomoc při žádné z těchto aktivit neudává, nevyžaduje. Je zcela soběstačný, bez obtíží v tomto směru.</p> <p>Držení těla i chůze je u pacienta taktéž bez problémů.</p> <p>Pacient také žádné zvláštnosti v tomto směru neudává.</p> <p>Pacient udává, že pokud bude potřebovat čisté ložní prádlo, ví kde si vyžádat o nové. Pro pacienta vyhovující. Pacient ví, kde si o výměnu ložního prádla zažádat. Ložní prádlo je u pacienta v pořádku.</p> <p>Pacient neudává žádné obtíže, při kterých by byla potřebná docházka fyzioterapeuta.</p>

<p><b>5. při odpočinku a spánku</b></p>	<p><b>Spánek:</b> Pacient netrpí nijak častými obtížemi, týkající se spánku. Jen někdy, což bylo přibližně čtyřikrát za hospitalizaci, měl obtíže usnout. Pozdním usínáním, probouzením se během spánku, nebo brzkým probouzením pacient netrpí. Tudíž bez obtíží, jako je celkově kratší doba spánku, nebo výskyt spánkového deficitu. Po probuzení se cítí pacient vyspalý. Během dne je schopen plně fungovat.</p> <p><b>Zvyky při usínání:</b> Pacient žádné zvyky neudává.</p> <p><b>Léky:</b> Pacient má při nespavosti naordinované Dormicum 15 mg 1 tabletu per os, pro které si při obtížích může kdykoli zažádat. Využívání této medikace není nijak časté. Pokud je pacientovi tableta podána, má efektivnost. Edukován o časovém intervalu podávání medikace na nespavost.</p> <p><b>Odpočinek:</b> Přes den pacient vyžaduje odpočinek, spánek ve většině případů spíše po obědě, stačí mu přibližně tři hodiny. Během dne je schopen plně fungovat.</p> <p><b>Ložní prádlo:</b> Ložní prádlo pacienta je udržováno v čistotě a suchu. Umožněno pro klidný spánek a odpočinek.</p> <p><b>Hygiena:</b> Pacient nedodržuje pravidelnou osobní hygienickou péči. Zuby si čistí nepravidelně, jedenkrát denně, někdy i méně častěji. Hygienu těla a vlasů, dle vlastní potřeby, což je u pacienta přibližně třikrát až čtyřikrát do týdne. Proto nutná edukace a pravidelné kontroly pacienta. Tudíž hygienu před spánkem vykonává, dle své vlastní potřeby. U pacienta nutná změna, motivace ke změně v přístupu k osobní hygieně, která je nedostatečná.</p>	<p>Pacient časté obtíže týkající se spánku neudává. Jen někdy se mu stane, že nemůže usnout.</p> <p>Pacient žádné zvyky nepraktikuje.</p> <p>Pacient sděluje, že při potřebě, ví kde, a do kolika hodin si o medikaci má zažádat.</p> <p>Pacient udává, že se přes den necítí nijak unaven. Jen si rád lehne po obědě.</p> <p>Pacientovi ložní prádlo vyhovuje, jak pro spánek, tak i odpočinek.</p> <p>Pacient tvrdí, že hygienu, že dodržuje, jaksi pravidelně. Dle jeho potřeby. Nepřipadá mu jeho osobní hygienická péče nedostatečná.</p>
<p><b>6. při výběru oblečení, oblékání a svlékání</b></p>	<p><b>Dopomoc:</b> Pacient vyžaduje částečnou dopomoc při výběru osobního prádla, ve smyslu čistoty. Dopomoc při převlékání ani svlékání nevyžaduje. V tomto směru je soběstačný. Pacientovo osobní prádlo je občas špinavé, nevyprané. Pacient je neupravený. Tedy u pacienta je nedostatečná péče o</p>	<p>Pacient tvrdí, že má dostatek osobního prádla, myslí si, že chodí oblékán v pořádku a relativně čistý. Dopomoc při převlékání, ani svlékání osobního prádla nevyžaduje.</p>

	sebe sama.	
<b>7. při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot</b>	<p><b>Tělesná teplota:</b> Pacient nemá obtíže týkající se tělesné teploty. Pacient schopný uvědomit si změnu okolní teploty, vše vnímá, schopen přizpůsobit se. Rozezná, přizpůsobí se změně prostředí. Není potřeba pacienta v tomto směru kontrolovat.</p> <p><b>Měření tělesné teploty:</b> Měření tělesné teploty je u pacienta jen při obtížích. Tudíž měření tělesné teploty u pacienta není nijak pravidelné.</p> <p><b>Specifika péče:</b> Specifika péče o tělesnou teplotu pacienta, ani jiné pomůcky nejsou potřebné.</p>	<p>Pacient žádné obtíže neudává. Pacient schopný se přizpůsobit, vnímá okolní podmínky v normě.</p> <p>Pacient taktéž nic podobného neudává.</p>
<b>8. při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky</b>	<p><b>Hygienická osobní péče:</b> Pacient má k dostupnosti osobní hygienické péče sprchu, schopen provádět osobní hygienu samostatně.</p> <p><b>Celkově osobní hygienická péče:</b> Co se týče česání vlasů, čištění nosu, umývání zubů, úpravy nehtů, tuto péči i celkovou osobní hygienu pacient zanedbává, nepravidelná hygiena. Nedodržuje pravidelnou hygienickou péči. Zuby si čistí nepravidelně, jedenkrát denně, někdy i méně často. Hygienu těla a vlasů, dle vlastní potřeby, což je u pacienta přibližně třikrát až čtyřikrát do týdne. Tudíž je u pacienta potřebná edukace a pravidelné kontroly, týkající se péče o sebe sama, která je u pacienta nedostatečná.</p>	<p>Pacient schopný provádět celkovou osobní hygienu samostatně.</p> <p>Pacient udává, že hygienu dodržuje pravidelnou. Co se týče celkové hygieny, péče o zuby, vlasy i nehty. Jak přes den, tak před ulehnutím do lůžka. Nijak se nad tímto nepozastavuje. Tato osobní hygiena pacientovi vyhovuje, přijde mu v pořádku. Při nabídnutí změny k přístupu v celkové osobní hygieně, osobního prádla, pacient po chvíli rozmyšlení přistupuje.</p>
<b>9. při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou</b>	<p><b>Náboženství:</b> Pacient neuznává žádné náboženství, nepraktikuje žádné zvyky.</p> <p><b>Rizika, ochrana pacienta:</b> Dle režimu oddělení, se kterým je pacient seznámen, je potřeba aby ve své blízkosti neměl žádné ostré, skleněné, jinak nebezpečné předměty, jako je opasek, provázek a podobně. Dále látky, jako jsou louhy, spreje a jakékoli léky. Podobné osobní věci, které u sebe pacient měl, vše bylo uloženo na sesternu, do osobních věcí pacienta, pod dohledem zdravotnického personálu. Kdy pacient s úschovou osobních věcí souhlasil, podepsal Souhlas o úschově cenností. Co se týče léků, jsou uloženy na lékárně sester, vše podrobně popsáno a uzamčeno. Pacient k lékům přístup nemá.</p>	<p>Pacient neudává vyznávání jakéhokoli náboženství.</p> <p>Pacient udává, že si je vědom a je seznámen s režimem oddělení. Ví, jaké předměty by u sebe neměl mít a neměly by se tak vyskytovat i v jeho okolí. S úschovou cenností souhlasil. Také dodává, že on by tyto předměty nijak nepoužil vůči své osobě, ani okolí.</p>



	<p>Prostředí pacienta a opatření z toho vyplývající jsou takové, aby při hospitalizaci nedošlo k žádnému ublížení si na vlastní zdraví, sebedestrukci, nebo k ohrožení okolí, jak spolupacientů, tak zdravotnického ošetřujícího personálu.</p> <p>Snaha o zmírnění jakýkoli těchto rizik.</p> <p>Na oddělení je dále potřeba, mít zamčené veškeré vchody, nevyužívající se pro pacienty, zajištěná okna.</p> <p>Při akutním neklidu pacientů jsou na oddělení k dispozici kurty.</p> <p><b>Opatrovník:</b> Co se týče opatrovníka, pacient žádného nemá.</p> <p><b>Prevence akutních virusových onemocnění:</b> Tato prevence není u pacienta potřebná. Onemocnění neprokázány.</p>	<p>Opatrovnictví pacienta nikdy nebylo v neřešení.</p> <p>Pacient neudává žádné z těchto onemocnění.</p>
<b>10. při komunikaci</b>	<p><b>Komunikace s okolím:</b> Pacient z rodiny je v kontaktu se dvěma dospívajícími dcerami a svými rodiči. S manželkou je rozvedený, bez kontaktu. Ovšem komunikace, kontakt a vídání s nimi je omezen.</p> <p>Pacient se málo stýká s lidmi s rodiny. Má problematické vztahy v rodině.</p> <p>Tudíž jsou u pacienta problémy týkající se osamělosti, osamocení, smutku.</p> <p>Proto je potřebná dopomoc v komunikaci s rodinou, změna v osobních vztazích. Snaha kontaktovat blízké pacienta.</p> <p>Vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta je jeho komunikace obtížná. Nadměrná, místy nereálná.</p> <p>Proto nutnost dodržování pravidelně ordinované medikace, kontrol pacienta.</p> <p>Pacienta při potřebě vyslechnout, pomoci.</p> <p>V případě nutnosti, profesionálně odklonit.</p>	<p>Pacient přiznává, a je mu líto, že se s rodinou málo vídá.</p> <p>Co se týče manželky, s tou prý komunikuje, jen když jde o řešení nějakých problémů, vztah s ní dobrý nemá.</p> <p>Jde hlavně o jeho dcery, tvrdí, že na něj mají málo času. Chtěl by se s nimi vídat častěji. S rodiči se také moc často nevídá.</p> <p>Rád by tyto věci změnil, cítí se sám.</p>
<b>11. při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla</b>	<p><b>Vyznání:</b> Pacient neuznává, žádné duševní potřeby. Tudíž nevyžaduje žádné podmínky s tímto spojené, ani určité rituály.</p>	<p>Pacient tvrdí, že žádné náboženství, ani jiné praktiky neuznává.</p> <p>Ani nikdy neuznával.</p>
<b>12. při práci a produktivní činnosti</b>	<p><b>Režim oddělení:</b> Pacient je pravidelně zapojován do každodenního režimu oddělení, a to cíleně. Pacient tento režim pravidelně dodržuje.</p> <p>Dostatečně edukován na ranních komunitách o náplni dne.</p> <p>Při dotazech, nepochopení, potřeby vlastního vyjádření, snaha pacientovi vyhovět.</p>	<p>Pacient tvrdí, že chápe a dodržuje režim oddělení.</p> <p>Ranní komunity pacientovi vyhovují.</p> <p>Pacient se také prý rád zapojuje do služby na oddělení.</p>

	<p>Pacient spolupracuje, komunikuje se zdravotnickým personálem.</p> <p>Určena týdenní služba na oddělení, snaha zapojit pacienta do každodenní činnosti.</p> <p><b>Pracovní terapie, psychoterapeutické aktivity, aktivity:</b></p> <p>Dle týdenního rozvrhu, během dne, je umožněna pacientovi tělesná výchova, ergoterapie, arteterapie, psychoterapie.</p> <p>Během dne jsou také možné aktivity se spolupacienty, což je hraní ping - pongu, karet...</p> <p>Těchto aktivit pacient plně využívá, za účelem začlenění se do kolektivu, nacházení si nových přátel.</p> <p>Z důvodu problému společenských interakcí, osamělosti.</p>	<p>Pacient je rád, a pravidelně spolu s ostatními pacienty dochází na tělesnou výchovu, aktivně se zapojuje do ergoterapie, arteterapie.</p> <p>Pacienta tyto činnosti baví. Je rád mezi ostatními lidmi.</p> <p>Snaží se komunikovat se spolupacienty, nalézt si přátele.</p> <p>Tvrdí, že na oddělení se zatím nenudí. Je rád, že se může zapojovat do jakýkoli činností.</p>
<p><b>13. při odpočinkových ( rekreačních ) aktivitách</b></p>	<p><b>Možnosti aktivit:</b> Pacient seznámen s pravidelným režimem oddělení.</p> <p>O rozvržení pracovních terapií, psychoterapeutických aktivit. Pacientovi umožněny, dle jeho aktuálního stavu.</p> <p>Pacient je aktivní, motivován, částečně seberealizován v tomto směru.</p> <p>Dále je pacientovi umožněno vypůjčení si knih na oddělení, posezení ve společenské místnosti. Pacient se dle své potřeby může dívat se spolupacienty na televizi.</p> <p>Je mu také k dispozici kuřárna, kde alespoň může posedět se spolupacienty.</p> <p>Při potřebě nákupu, či jiných věcí, toto pacientovi poskytnuto.</p> <p>Pacient se pohybuje po oddělení, snaží se trávit čas i na pokojích jiných spolupacientů.</p>	<p>Pacient se rád odreaguje při pracovních terapiích a psychoterapeutických aktivitách.</p> <p>Při potřebě si jde vypůjčit knihu, dívá se spolupacienty na televizi, tráví čas ve společenské místnosti.</p> <p>Stížnosti, ani jiné problémy v tomto směru nemá. Pacientovi vyhovují tyto možnosti.</p> <p>Při potřebě nákupu, pacient ví, na koho se má obrátit.</p>
<p><b>14. při učení</b></p>	<p><b>Edukace:</b> Pacient byl dostatečně při příjmu, i během hospitalizace edukován o péči, která u něj probíhá a bude následovat.</p> <p>O zdravotním stavu a probíhající i probíhající léčbě. Při dotazech je pacientovi umožněn pohovor s lékařem.</p> <p><b>Životní styl:</b> Pacient nabádán, edukován, motivován ke změně svého životního stylu, režimu.</p> <p>A to z důvodu jeho rodinných, společenských, sociálních i pracovních problémů. Ke kontaktu s rodinou, začlenění se do společnosti, celkového zlepšení jeho vztahů.</p> <p>Řešení pracovních a osobních problémů. Jeho duševního stavu.</p> <p>V tomto pacientovi snaha v rámci možností pomoci.</p>	<p>S režimem oddělení je pacient seznámen, není tu poprvé.</p> <p>Při jakékoli potřebě, ví kde shánět lékaře a zdravotnický personál.</p> <p>Pacient přijímá fakt, že je potřeba změnit svůj životní styl, režim.</p> <p>Také změnu vztahů v rodině, které ho trápí. Celková změna společenských vztahů. Je to pro něj důležité.</p> <p>Avšak z mnoha věcí má obavy, že nezvládne. K určitým rolím, které by měl pacient plnit nepřístupuje úplně plně s motivací, s cílem, že budou splněny.</p>

	<p><b>Po ukončení hospitalizace:</b> Dále byla pacientovi nabídnuta možnost, pravidelného docházení do stacionáře, následné pracovní terapie, aktivity.</p> <p>Edukován o nutnosti docházení k ambulantnímu psychiatrovi.</p> <p>Pacientovi celkově dodávána podpora, motivace, přístupováno empaticky, profesionálně.</p>	<p>Tvrdí také, že se po ukončení hospitalizace bude snažit využívat stacionář, aktivity.</p> <p>Co se týče ambulantního psychiatra, k této povinnosti pacient moc velký ohled nebere.</p>
--	--	---

**Při získávání informací o pacientovi byly zjištěny tyto problémy:**

- Problémy spojené s celkovým životním stylem pacienta. Týkající se jeho osobních, duševních, rodinných, společenských, finančních, pracovních obtíží i zázemí.

Celkové selhávání pacienta v těchto oblastech.

- Problémy spojené s nadměrnou stravou pacienta, tudíž spojené s obezitou, kterou pacient trpí.
- Problém spojený s porušením kožní integrity pacienta.
- Problém s komunikací pacienta, vzhledem k jeho aktuálnímu duševnímu stavu.

## 2.4 Medicínský management

**Ordinovaná vyšetření:** Biochemické vyšetření, krevní obraz.

**Výsledky:** Výsledky vyšetření pacienta se nachází v přílohách.

**Konzervativní léčba:**

**Dieta:** 3 A (prozatím)

**Pohybový režim:** „A“ - vycházky bez doprovodu

**RHB:** arteterapie, ergoterapie, psychoterapie

**Výživa:** Pravidelná perorální strava, naplánovaná změna dietního omezení.

**Medikamentózní léčba:**

**Tabulka číslo 4.: Medikace per os:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Valproat Chrono Sandoz	tableta	500 mg	0-2-0-1	Antiepileptikum
Abilify	tableta	15 mg	0-0-0-1	Antipsychotikum 2. generace

**Intra venózní:** bez intravenózní aplikace

**Per rectum:** bez aplikace per rectum

**Jiná:**

**Při nespavosti:** Dormicum 15 mg tablety per os.

**Při úzkosti:** Rivotril 2 mg per os, maximálně 3krát za den po 6 hodinách.

**Při neklidu:** Zyprexa 10 mg suspenze - 1 ampule i. m., maximálně 2krát za den po 6 hodinách.

**Chirurgická léčba:** Pacient je bez chirurgické léčby.

## 2.5 Situační analýza

Pacient opakovaně hospitalizován na PK VFN. Přivezen dne 12. 2. 2013. na doporučení PČR. Poslední hospitalizace ukončena u v prosinci 2012, kdy u pacienta nařízena ochranná ambulantní léčba psychiatrická pro problematiku závislosti na alkoholu, ale noncompliantní. Pacient je sociálně zcela selhávající (dluhy, exekuce), již kognitivně oslaben v terénu z důvodu primárně afektivní poruchy. Probíhá řízení o přezkoumání způsobilosti k právním úkonům.

Pacient přijat na Psychiatrickou kliniku, oddělení číslo 6. - pánský neklid, z důvodu těžké depresivní fáze s psychotickými příznaky.

Vstup pacienta dobrovolný, ale 15. 2., nutná změna na nedobrovolnou hospitalizaci. Pacient přesunut na pokoj intenzivního dohledu. Kdy u pacienta probíhající klinicky manický syndrom. Přítomno megalomanické bludné ladění, nestabilní afektivita, až rezonance. Při vyhovění požadavkům, zvýšená nabídka nápadů, naléhavost, společensky desinhibovaný, projev a kolísavá IP tenze, pacient výrazně kognitivně oslaben. U pacienta probíhá sociální šetření.

Po týdnu v uzavřeném režimu u pacienta zklidnění, není dystrofický, kontakt pacienta je přátelský, nadále však manický, totálně agonistický, kontakt s realitou oslaben, spánek dostatečný, neagresivní.

Ve druhém týdnu u pacienta zvýrazněna farmakosedace, dopoledne již nižší aktivita, i pospává, hypobulický, ale nadále hypomanický a nekritický, anosognostický, postprocesuální defekt osobnosti. Dále redukce BZD.

## 2.6 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

V bakalářské práci jsou ošetřovatelské diagnózy uspořádány dle priorit.

Ošetřovatelské diagnózy jsme sestavovali s pomocí informací ze zdravotnické dokumentace pacienta, z anamnézy, v rámci komunikace s pacientem samotným a také při komunikaci se zdravotnickým personálem.

### Ošetřovatelská diagnóza číslo 1.:

Myšlení porušené, z důvodu duševní poruchy, projevující se náhlou změnou psychického stavu, emoční změnou, nepřiměřeným myšlením, nezakládajícím se na realitě, kognitivním nesouladem.

#### Cíl:

##### Cíle krátkodobé:

Pacient se během tří dnů adaptuje na nové prostředí.

Pacient bude užívat pravidelnou ordinovanou medikaci každý den, pod dohledem zdravotnického personálu. Pacient bude rozebírat své pocity a trápení, dávat najevo své myšlenky.

Pacient se adaptuje, během čtyř dnů na dodržování pravidelného režimu oddělení, bude se

aktivně zapojovat do pracovních terapií a psychoterapeutických aktivit, spolu se zdravotnickým personálem.

#### **Cíle dlouhodobé:**

U pacienta se během hospitalizace alespoň částečnělepší jeho psychický stav, týkající se poruchy myšlení. Dojde ke zlepšení pacientova kognitivního nesouladu. K ustálení jeho emotivity, k ohledu na jeho aktuální stav.

Pacient se bude během hospitalizace lépe orientovat v prostředí, ve kterém se nachází.

Pacient bude během celé hospitalizace spolupracovat při ranních vizitách. Bude pravidelně komunikovat a spolupracovat se zdravotnickým personálem.

#### **Priorita: Střední**

#### **Výsledné kritéria:**

Pacient vypíše do tří dnů na papír pět nejdůležitějších věcí ve svém životě.

Pacient se během čtyř dnů pravidelně zapojuje do pracovních terapií a psychoterapeutických aktivit.

Pacient během celé hospitalizace pravidelně komunikuje se zdravotnickým personálem o svých pocitech, obtížích, myšlenkách.

Pacientovi se během hospitalizacelepší alespoň částečně jeho duševní stav.

#### **Plán intervencí:**

Během celé hospitalizace se co nejvíce zajímej o aktuální stav pacienta – sestra ve službě, sanitář

Pravidelně, několikrát během dne s pacientem komunikuj, všímej si, jak pacient vnímá sebe sama a okolí. Jak komunikuje, vyjadřuje se. Jakékoli změny u pacienta pravidelně zaznamenávej – sestra ve službě

Probírej s pacientem jeho potíže, pocity, myšlenky. Edukuj pacienta o nutnosti informovat zdravotnický personál o jakýmkoli problému, individuální potřebě. K pacientovi přistupuj empaticky – sestra ve službě

Zapojuj pacienta do režimu oddělení, pracovních terapií a dále dle harmonogramu oddělení do terapií a psychoterapeutických aktivit – sestra ve službě, sanitář

Informuj lékaře o stavu pacienta. Dodržuj medikace, dle ordinace lékaře – sestra ve službě

#### **Realizace ze dnů 4. 3. - 7. 3. 2013.:**

Během hospitalizace pravidelně kontrolujeme pacientův aktuální stav. S pacientem několikrát během dne pravidelně komunikujeme, všímáme si jeho vnímání sebe sama a okolí, jeho vyjadřování při komunikaci.

Jakékoli změny ve stavu pacienta pravidelně zaznamenáváme. Rozebíráme s pacientem jeho pocity, trápení, myšlenky. Edukujeme pacienta o důležitosti informování zdravotnického personálu, při jakékoli potřebě.

Zapojujeme pacienta aktivně do režimu oddělení, dle harmonogramu do každodenních pracovních terapií a psychoterapeutických aktivit. K pacientovi přistupujeme empaticky. Dodržujeme pravidelné medikace, dle ordinace lékaře. Lékaře informujeme o stavu pacienta.

#### **Hodnocení dne 7. 3. 2013.:**

##### **Cíle krátkodobé:**

Cíle krátkodobé byly splněny, dle naplánovaných intervencí. Pacient se během dvou dnů zadaptoval na nové prostředí. Pravidelně dodržoval režim oddělení a aktivně se zapojoval do

pracovních terapií a psychoterapeutických aktivit. Snažil se se zdravotnickým personálem rozebírat své pocity, trápení a myšlenky. Pacient užíval pravidelnou ordinovanou medikaci pod dohledem zdravotnického personálu.

#### **Cíle dlouhodobé:**

Cíle dlouhodobé byly splněny dle plánovaných intervenencí ve větším množství částečně. Celkový psychický stav pacienta se pomalu zlepšil. U pacienta došlo ke zlepšení, týkající se jeho myšlení i kognitivního nesouladu. Emotivita pacienta byla ustálenější. Jeho orientace vzhledem k jeho myšlení, se také pozitivně měnila.

Co se týče aktivní spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem, bylo splněno, dle plánovaných intervencí.

#### **Ošetrovatelská diagnóza číslo 2.:**

Bezmocnost, z důvodu dlouhodobého duševního stavu, projevující se interpersonálními interakcemi, životním stylem, vyjádřením neschopností vykonávat dřívější úkoly, neschopností vykonávat životní role, pochybností nad efektivním plněním rolí, opuštěností, nezvládnutím optimálního životního režimu.

#### **Cíl:**

##### **Cíle krátkodobé:**

Pacient se během dvou dnů zamyslí nad svými životními prioritami, nad životním stylem, plněním svých životních rolí.

Pacient se postupně začlení do kolektivu spolupacientů, naučí se s nimi spolupracovat, změna jeho společenské interakce.

Pacient zkontaktuje do tří dnů svou rodinu. Pacient bude motivován.

Do čtyř dnů bude mít pacient pohovor, sezení se sociální pracovnící.

##### **Cíle dlouhodobé:**

Pacient během hospitalizace bude mít alespoň částečně uspořádaný svůj náhled na život a řešení k jeho zlepšení. Bude částečně chápat své životní role, uvědomění si povinností a souvislostí s nimi spojených, jejich reálné očekávání. Najde alespoň částečné řešení jeho problémů.

Pacient bude během hospitalizace v kontaktu s rodinou.

Během hospitalizace si najde pár přátel do budoucna, pozitivní přístup a zlepšení jeho společenských interakcí.

Dále bude mít dostatečný přístup a motivaci k pravidelnému docházení k ambulantnímu psychiatrovi.

Pacientův pocit bezmocnosti, osamocení se během hospitalizace částečnělepší.

#### **Priorita: Střední**

#### **Výsledné kritéria:**

Pacient se během dvou dnů zamyslí nad svým životním stylem, jeho životních rolí a životními prioritami.

Pacient do tří dnů vypíše, dle priorit jeho pět cílů, které by chtěl dosáhnout v nejbližší době.

Pacient se do tří dnů setká s rodinou, snaha probrat důležitosti spojené s tímto problémem.

Pacient se zúčastní nejpozději do pěti dnů sezení, pohovoru se sociální pracovnící.

Pacient každý den rozebere jeden ze svých problémů se zdravotnickým personálem, spolu s jeho alespoň částečným výsledným řešením.

Pacient bude během hospitalizace v kontaktu s rodinou.

Pacient bude během hospitalizace dostatečně motivován, ochoten změnit svůj dosavadní život, spolu s částečným řešením jeho problémů.

Pacientovi se během hospitalizace pozitivně zlepší společenská interakce.

Pacient si během hospitalizace alespoň částečně uvědomí jeho postavení rolí v jeho životě.

Pacient bude během hospitalizace motivován, ochoten plnit určité povinnosti a očekávání od daných rolí.

### **Plán intervencí:**

Prober s pacientem jeho životní styl, režim. Vysvětlí pacientovi důležitost řešení jeho problémů a obtíží s tím spojených – sestra ve službě, sanitář

Vysvětlí pacientovi důležitost přístupu ke svému onemocnění, a nutnost dodržování pravidelných kontrol, medikací a dalších podstat s tím spojených – sestra ve službě

Edukuj dostatečně pacienta o jeho rolích, které v jeho životě má plnit, jejich povinnost, reálné očekávání. Spolu s nutností jejich plnění. Pacienta adaptuj na tyto role – sestra ve službě

Každý den s pacientem probírej jeden z jeho problémů, všímej si pacientovi ochoty, motivace jej řešit. Jeho celkový přístup k těmto směrům. Pacienta začleňuj, co kolektivu spolupacientů, do aktivit s nimi – sestra ve službě

Pacienta motivuj. Vysvětlí pacientovi rizika s tím spojené. Kontaktuj sociální pracovníci, vysvětlí jí stav pacienta, nejpozději do pěti dnů dohodni sezení, pohovor s pacientem – sestra ve službě

Pravidelně vše zaznamenávej, všímej si změn, týkajících se pacientova přístupu. Informuj lékaře. Pravidelně podávej ordinovanou medikaci – sestra ve službě

### **Realizace ze dnů 4. 3. - 7. 3. 2013.:**

S pacientem během hospitalizace pravidelně komunikujeme, probíráme s pacientem jeho životní styl, jeho postavení se k jeho problémům. Všímáme si motivace, ochoty pacienta, celkového přístupu, jak řešit tyto problémy. S pacientem jeho problémy probíráme postupně.

Snažili jsme se pacientovi vysvětlit důležitost změny jeho dosavadního života. V době hospitalizace jsme se pacientovi dostatečně, postupně snažili vysvětlit role, které by měl pacient splňovat, jejich nutnost plnění. Jejich určité očekávání, a povinnosti v souvislosti s nimi. Pacienta jsme se pokusili na tyto role adaptovat a motivovat jej.

Probrali jsme s ním jeho onemocnění a přístup, který není správný. Vysvětlili jsme mu rizika s tím spojené. Pacienta jsme zapojovali do kolektivu spolupacientů, adaptovali ho. Pacienta dostatečně motivujeme.

Dohodli jsme pacientovi pohovor se sociální pracovníci. Vše pravidelně zaznamenáváme, informujeme lékaře, spolu s pravidelným dodržováním ordinované medikace.

### **Hodnocení dne 7. 3. 2013.:**

#### **Cíle krátkodobé:**

Cíle krátkodobé byly splněny, dle plánovaných intervencí částečně. Pacient se aktivně zamyslel nad svým životním stylem, ochota změnit jej. Přemýšlel, nad svými životními rolími. Postupně se snažil zapojovat se mezi ostatní spolupacienty a komunikovat s nimi. Pacient se začleňoval do kolektivu spolupacientů, spolupracoval s nimi. Pacient se pokusil zkontaktovat svou rodinu, avšak rodina nespolupracuje. Pohovor se sociální pracovníci se uskutečnil 7. 3. 2013.

### **Cíle dlouhodobé:**

Cíle dlouhodobé byly splněny dle naplánovaných intervencí částečně. Pacient se pokusil uspořádat, dle priorit svůj budoucí náhled na život, s jeho řešením problémů, avšak ne zcela realisticky a na určité množství jeho osobních problémů neměl úplné řešení. Pacient si důležitost i určité očekávání i povinnosti v souvislosti rolí uvědomuje. Avšak také si připouští fakt, že vše nebude schopen plnit.

Snaha změnit, alespoň částečně očekávání jeho rolí je zjevné, motivace částečná. Avšak pacient je v tomto směru spíše pesimistický. S rodinou pacient v kontaktu není.

Pár přátel mezi spolupacienta si pacient do budoucna našel, společenská interakce u pacienta zlepšena. Avšak motivace k pravidelnému docházení k ambulantnímu psychiatrovi u pacienta není dostatečná, nemá k tomuto pozitivní přístup. Jeho pocity bezmoci a osamocení se zmírnili.

### **Ošetrovatelská diagnóza číslo 3.:**

Péče o sebe sama nedostatečná, z důvodu snížené, chybějící motivace, projevující se nepřiměřenou celkovou osobní hygienickou péčí, týkající péčí o celé tělo, zuby, vlasy, nehty, osobního prádla, úpravou zevnějšku.

#### **Cíl:**

##### **Cíle krátkodobé:**

Pacient bude mít do dvou dnů k dispozici všechny potřebné pomůcky k vykonávání celkové hygienické péči, spolu s čistým osobním prádlem.

Pacient si během tří dnů pokusí osvojit své pravidelné dodržování celkové osobní hygieny, úpravy zevnějšku. Pacient bude tyto činnosti provádět k tomu přizpůsobenému prostředí.

Pacient bude během těchto dnů co nejvíce motivován ke zlepšení celkové péče o sebe sama.

##### **Cíle dlouhodobé:**

Pacient si během hospitalizace osvojí celkové osobní návyky v péči o sebe sama i úpravy zevnějšku. Pacient je schopen tyto návyky a péči vykonávat samostatně o celou dobu hospitalizace.

Pacient bude v době hospitalizace čistý, v čistém osobním prádle.

Pacient bude motivován k této změně v péči o sebe sama i po propuštění z hospitalizace.

#### **Priorita: Střední**

#### **Výsledné kritéria:**

Pacient se do tří pokusí osvojit své osobní hygienické návyky a úpravu zevnějšku.

Pacient se po dobu celé hospitalizace bude snažit provádět celkovou pravidelnou osobní hygienu.

Pacient bude po dobu hospitalizace chodit oblékán v čistém a voňavém osobním prádle.

Pacient po celou dobu provádění dostatečné péče o sebe sama, bude dostatečně motivován a ochoten změnit tento přístup, a to po propuštění do domácího prostředí.

#### **Plán intervencí:**

Po dobu hospitalizace edukuj pacienta o nutnosti dodržování pravidelné hygienické celkové osobní péči, jak při hospitalizaci, tak i v domácí péči – sestra ve službě

Dopřej pacientovi klidné prostředí pro vykonávání této péče. Při potřebě, pacientovi poskytni dostatečné pomůcky. Při nutnosti, pacienta pravidelně kontroluj. Motivuj pacienta ke změně přístupu v péči o sebe sama – sestra ve službě, sanitář



Prober s pacientem jeho postavení se k tomuto a jeho přístup. Vše pravidelně zaznamenávej – sestra ve službě, sanitář

### **Realizace ze dnů 4. 3. - 7. 3. 2013.:**

Pacienta jsme se dostatečně snažili během hospitalizace edukovat o nutnosti provádění pravidelné celkové osobní hygieny, úpravy zevnějšku. Pacienta jsme dostatečně motivovali ke změně v péči o sebe sama.

Dopřáli jsme pacientovi klidné prostředí při provádění této péče, dále pomůcky. Pacientovi jsme umožnili dostatek čistého osobního prádla. Ze začátku jsme pacienta pravidelně kontrolovali.

Veškeré změny a podstatné věci jsme pravidelně zaznamenávali. Všimli jsme si ochoty a motivace pacienta změnit tento přístup v péči o sebe sama.

### **Hodnocení dne 7. 3. 2013.:**

#### **Cíle krátkodobé:**

Cíle krátkodobé tohoto problému, byly splněny, dle naplánovaných intervencí. Pacient se ochotně snažil pravidelně, do tří dnů osvojit celkové hygienické návyky i péči o zevnějšek. Pacient měl dostatečné množství pomůcek, které si vyžádal. Spolu s čistým osobním prádlem, kdy si vyžádal o jeho vyprání.

Tyto činnosti prováděl v prostředí, tomu přizpůsobeném. Pacient k tomuto problému přistoupil pozitivně, motivován, ochoten toto změnit.

#### **Cíle dlouhodobé:**

Cíle dlouhodobé byly u pacienta splněny, dle plánovaných intervencí. Pacient si během hospitalizace osvojil celkové osobní návyky péči o sebe sama i úpravy zevnějšku, pravidelně. Pacient tyto činnosti prováděl zcela samostatně, bez dopomoci, nutných kontrol.

Pacient po celou dobu chodil čistý, v čistém osobním prádle. Péče o sebe sama u pacienta dostatečná. Dle pacienta, tento přístup bude dodržovat i po propuštění.

### **Ošetrovatelská diagnóza číslo 4.:**

Komunikace verbální porušená, z důvodu poruchy vnímání, projevující se psychickou bariérou, poruchou sebekoncepcce, nefungující verbalizací, nepřetržitě volnou asociací myšlenek, používáním mimoslovních prostředků.

#### **Cíl:**

#### **Cíle krátkodobé:**

Pacient si během dvou dnů pokusí uspořádat své myšlenky a pocity, které jsou nutné, důležité pro komunikaci, jak pro pacienta samotného, tak i zdravotnický personál.

Pacient se během tří dnů bude snažit postupně omezovat nadměrnému používání mimoslovních prostředků. Naučí se přizpůsobit dané situaci.

Pacient se během čtyř dnů adaptuje na dodržování každodenního pravidelného režimu. Pacient se během této doby naučí komunikovat, spolupracovat se spolupacienty.

Pacient bude každý den užívat pravidelnou medikaci, pod dohledem zdravotnického personálu.

#### **Cíle dlouhodobé:**

U pacienta se během hospitalizace alespoň částečně zlepší jeho komunikace s lidmi kolem sebe, upraví se pacientova celková verbalizace.

U pacienta dojde během hospitalizace ke snížení jeho volné asociace myšlenek, upraví se

vnímání pacienta.

Pacient se během hospitalizace naučí minimalizovat používání mimoslovních prostředků.

Pacient se denně zapojuje do pracovních terapií a psychoterapeutických aktivit, na kterých může vyvíjet svou energii.

**Priorita:** Střední

**Výsledné kritéria:**

Pacient si alespoň částečně během dvou dnů uspořádá důležitost, nutnost svého aktuálního sdělování myšlenek a bude se snažit i tak chovat

Pacient se během tří dnů pokusí o postupné snižování mimoslovních prostředků.

Pacient se během dne po dobu celé hospitalizace bude snažit zapojovat do činností, pracovních terapií a psychoterapeutických aktivit oddělení.

Pacientovi se během hospitalizace alespoň částečně upraví jeho celková komunikace, verbalizace.

U pacienta dojde během hospitalizace k částečnému snížení jeho volné asociace myšlenek, spolu s úpravou vnímání pacienta.

Pacient se během hospitalizace přizpůsobí režimu oddělení, a po celou dobu jej bude dodržovat.

**Plán intervencí:**

K pacientovi přistupuj profesionálně. Vcit' se do stavu pacienta. Buď vůči pacientovi ohleduplný – sestra ve službě, sanitář

Vyslechni pacienta, při jeho potřebě, avšak vysvětli pacientovi důležitost a pravidelnost sdělování jeho myšlenek a nápadů v dané situaci zdravotnickému personálu. Při nutnosti, pacienta verbálně odkloň, tak aby to pacient dostatečně pochopil, z důvodu jeho aktuálního duševního stavu – sestra ve službě, sanitář

Pacienta během dne, co nejvíce zapojuj do terapií a aktivit oddělení. Veškeré informace o pacientovi během dne pravidelně zaznamenávej – sestra ve službě, sanitář

Informuj lékaře o stavu pacienta. Pravidelně podávej ordinovanou medikaci – sestra ve službě

**Realizace ze dnů 4. 3. - 7. 3. 2013.:**

K pacientovi jsme se snažili po dobu hospitalizace přistupovat profesionálně, empaticky, a to vzhledem k jeho aktuálnímu stavu. Při potřebě jsme pacienta vyslechli. Edukovali jsme ho o důležitosti komunikace, sdělování jeho myšlenek a nápadů, jejich pravidelnosti. Při potřebě jsme pacienta verbálně odklonili což bylo s částečným efektem.

Pacienta jsme během dne zapojovali do terapií, aktivit oddělení. Aktuální stav jsme pravidelně zaznamenávali. Dodržovali jsme pravidelně ordinovanou medikaci, lékaře jsme informovali o stavu pacienta.

**Hodnocení dne 7. 3. 2013.:**

**Cíle krátkodobé:**

Splnění krátkodobých cílů tohoto problému, dle naplánovaných intervencí bylo částečné. Pacient se pokusil, měl snahu zamyslet se nad důležitostí komunikace při jeho sdělování nepřetržitých myšlenek a pocitů, avšak s minimálním výsledkem. Stále u pacienta probíhá jaksi na toto adaptace.

Pacient se postupně během tří dnů snažil omezovat mimoslovní prostředky, což se mu úspěšně, vzhledem k jeho aktuálnímu stavu dařilo. Dané situaci a chování v ní, se stále snaží učit.

Se spolupacienty pacient aktivně komunikoval a spolupracoval, splnění s efektem.

Ordinovanou medikaci pacient také pravidelně, pod dohledem zdravotnického personálu užíval.

### **Cíle dlouhodobé:**

Splnění dlouhodobých cílů, vzhledem k tomuto problému, dle plánovaných intervencí bylo spíše s efektem. U pacienta během hospitalizace došlo k částečnému zlepšení jeho komunikace i úprava verbalizace.

Volná asociace myšlenek se u pacienta taktéž postupně snižovala, spolu s úpravou jeho vnímání. Používání mimoslovních prostředků pacient s úspěchem minimalizoval.

Aktivně a motivovaně se pacient denně zapojoval do pracovních terapií a psychoterapeutických aktivit.

## **2.7 Zhodnocení ošetrovatelské péče**

Pacient byl přijat na psychiatrické neklidové oddělení pro bipolární afektivní poruchu, ve středně těžké fázi, kdy u pacienta probíhala klinicky depresivní fáze tohoto onemocnění. U pacienta byl podepsán dobrovolný vstup o hospitalizace. Při hospitalizaci pacienta došlo během tří dnů ke klinickému manickému syndromu. Kdy byl pacient přeložen na pokoj intenzivního dohledu, a dále u pacienta odfaxována detence k Obvodnímu soudu pro Prahu 2 a změna na nedobrovolnou hospitalizaci.

Postupně, v rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se stav pacienta zlepšil. Opět by zpět přesunut do přední části oddělení, kde postupem času vzhledem k jeho stavu došlo ke změně hospitalizace na dobrovolnou, zmírnění režimu a také možnosti vycházek pacienta. U nemocného při podávání pravidelné ordinované perorální medikace, došlo ke klinickému zlepšení.

U pacienta se nadále pokračuje v pravidelné ordinované perorální medikaci, psychologických sezení a terapií dopomáhající podpořit duševní stav pacienta. U pacienta proběhl pohovor se sociální pracovníci, který je pro pacienta velmi důležitý a bude nadále i pokračovat. Dále bylo provedeno základní hematologické vyšetření, jaterní a také toxikologické vyšetření na průkaz noxy Valproátu, které u pacienta vyšlo v hodnotách normy. U pacienta probíhali pravidelné pracovní terapie a psychoterapeutické aktivity, které taktéž pozitivně podpořili duševní stav pacienta. Také pravidelná komunikace se zdravotnickým personálem. Důležitá aktivizace a adaptace mezi ostatní pacienty a budování nových přátelských vztahů.

Ošetrovatelská péče probíhala podle stanoveného ošetrovatelského plánu. Hospitalizaci pacient snášel dobře, spolupracoval s ošetrovatelským personálem, v rámci jeho možností. Pacient na spoustu důležitých věcí, které se vyskytují v jeho životě, a které je potřeba změnit, změnil názor. Avšak zatím nemá sílu, nebo si nepřipouští alespoň částečnou možnost vyřešení všech těchto problémů. Jedna z důležitých věcí, je po propuštění pravidelné docházení k ambulantnímu psychiatrovi, k čemuž pacient zatím úplně motivován není. Dále mu také není dodávána podpora, kterou by od rodiny velmi potřeboval a prospěla mu.

U pacienta je velmi důležité, jak se po propuštění postaví k pokračující a léčbě, a také na jeho síle vyřešit spolu s možnou pomocí všechny jeho problémy. S pacientem byla spolupráce a komunikace velmi dobrá a určitě poučná. Je velmi podstatné a velmi důležité takového člověka poznat a mít tu možnost mu alespoň částečně pomoci v jeho obtížích.

Naším cílem bylo, aby se dokázal poprat se svým nelehkým životem, obtížemi s ním spojené a konečně byl šťastný.

## ZÁVĚR

Práce je věnována ošetrovatelské péči o pacienta trpící bipolární afektivní poruchou. Jedním z nejdůležitějších předpokladů pro fungující život těchto lidí je jejich vlastní ochota a motivace léčit se, ale také velká podpora a dopomoc od jeho rodiny a nejbližších.

Ošetrovatelské cíle u pacienta byly dle plánovaných intervencí splněny téměř ve většině případů částečně. Práce měla upozornit na specifika ošetrovatelské péče u pacienta trpící bipolární afektivní poruchou, kde velmi důležitou roli hraje také individuální a velmi empatický přístup k pacientovi.

### Doporučení pro praxi

Důležitost dodržování léčebného režimu u pacienta je dostatečná edukace nejen o onemocnění, léčebném režimu samotném, ale také rizik s ním spojených, při jeho nedodržování. Ale také samozřejmě podpora a motivace. Předpokladem je, že pacient, který má podporu, rodinu a blízké lidi kolem sebe, kteří ho mají rádi, motivují ho, bude spolupracovat aktivněji a dodržovat dané opatření.

Důležitým podnětem pro dlouhodobou a pravidelnou léčbu, jsou pravidelné návštěvy ambulantního psychiatra a pravidelné dodržování ordinované medikace. Je-li toto z pacientovi strany zanedbáno a nedodržováno, velmi často se stává, že dojde ke zhoršení duševního stavu a v lepším případě opětovná hospitalizace na psychiatrickém oddělení.

## Seznam použité literatury

1. ANDERS, M. 2012. *Depresivní porucha*. Praha: Maxdorf, 2012. 20 s. ISBN 978-80-7345-283-4
2. ANDERS, M., SKOPOVÁ, J. 2006. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Praha: Galén, 2006. 41 s. ISBN 80-7262-396-6
3. DALKE, R. 2006. *Deprese jako řeč unavené duše*. Olomouc: Fontána, 2006. 368 s. SBN 978-80-7336-666-7
4. DOENGES, M., MOORHOUSE, M. 2001. *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
5. DOUBEK, P. a kolektiv. 2007. *Deprese a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2007. 32 s. ISBN 978-80-7345-136-3
6. DOUBEK, P. a kolektiv. 2011. *Průvodce bipolární poruchou*. Praha: Maxdorf, 2011. 64 s. ISBN 978-80-7345-265-0
7. GAY, CH. 2010. *Bipolární porucha*. Praha: Portál, 2010. 135 s. ISBN 987-80-7367-668-1
8. HERMAN, E. a kolektiv. *Bipolární porucha a její léčba*. Praha: Mediformum, 2004. 81 s. ISBN 80-7345-051-08.
9. PRAŠKO, J. a kolektiv. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Maxdorf, 2004. 107 s. ISBN 80-7345-002-X
10. LÁTALOVÁ, K. 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-3125-4
11. HONZÁK, R. 1999. *Deprese*. Praha: Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-85824-95-7
12. HRDLIČKA, M. 1999. *Elektrokonvulzivní terapie*. Praha: Galén, 1999. 167 s. ISBN 80-7262-004-5
13. MCKEINIE, K. 2011. *Deprese*. Praha: Grada, 2011. 96 s. ISBN 80-247-0093-X
14. NĚMOVÁ, J. a kolektiv. 2012. *Překlady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea, 2012. 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5
15. OSTERGAARD, S. D., BERTELSEN, A., NIELSEN, J., MORS, O., PETRIDES, G. 2012. The association between psychotic mania, psychotic depression and mixed affective episodes among 14,529 patients with bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 2012. 147 (2013): 44-50. ISBN 0165-0327
16. PAVLOVSKÝ, P., MALÁ, E. 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0
17. PRAŠKO, J. 2007. *Co je to deprese a jak se léčí*. Praha: Triton, 2007. 31 s. ISBN 978-80-7387-065-2
18. RABOCH, J. a kolektiv. 2006. *Psychiatrie*. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1
19. RABOCH, P., PAVLOVSKÝ, P. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Triton, 2001. 207 s. ISBN 80-7254-156-0
20. VAVRUŠOVÁ, L. 2004. a kolektiv. *Bipolární porucha*. Martin: Osveta, 2004. 202 s. ISBN 80-8063-136-0

21. VOKURKA, J., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2007. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3

## **Internetové zdroje**

1. KOLEKTIV. O problematice duševních poruch [online]. [cit. 17. července 2011]. Dostupný z WWW: <[http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/O\\_problematice.html](http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/O_problematice.html)>.

## Seznam příloh

Příloha A – Laboratorní výsledky	I-IV
Příloha B - Souhlas s hospitalizací	V-VI
Příloha C - Záznam o souhlasu s poskytováním informací	VII
Příloha D - Oznámení o převzetí do ústavní péče	VIII
Příloha E - Oznámení o dodatečném omezení pacienta	IV
Příloha F - Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu (revers)	X-IX
Příloha G - Žádost o součinnost	XII
Příloha H - Plná moc	XIII
Příloha I - Žádanka na toxikologické vyšetření	XIV-XV
Příloha J - Redukční dieta	XV-XX

## Příloha A

**Ordinovaná vyšetření:** Biochemické vyšetření, krevní obraz

### Výsledky:

Centrální laboratoř: ze dne 28. 2. 2012. - 09:47 hodin

Sérum + plazma

Vyšetřovaný materiál – sérum

### Jaterní testy:

Jaterní testy	Výsledek	Rozměr	-	Referenční meze	+	Referenční meze
Bilirubin celkový	8,8	umol/l		*		2,0 – 17,0
ALT	0,64	ukat/l		*		0,10 – 0,78
AST	0,5	ukat/l		*		0,10 – 0,72
GGT	0,49	ukat/l		*		0,14 – 0,84
ALP	0,7	ukat/l		*		0,66 – 2,20

Toxikologická laboratoř: ze dne 28. 2. 2013. - 08:15 hodin

### Toxikologické vyšetření na hladinu Valproátu – průkaz noxy Valproátu:

Název vyšetření	Výsledek	Referenční interval	Toxická hranice
Valproát	99,2 ug/l	(40.0 ... 150.0)	od 150 – 250 ug/ml



**Krevní obraz:**

**Krevní obraz - periferní krev**

<b>Krevní obraz periferní krev</b>	<b>Výsledek</b>	<b>-</b>	<b>Referenční meze</b>	<b>+</b>	<b>Referenční meze</b>	<b>Rozměr</b>
Leukocyty - WBC	3,46	*			4,10 - 10,20	10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty - RBC	5,25		*		4,19 - 5,75	10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin - HGB	167		*		135 - 174	g/l
Hematokryt - HCT	0,48		*		0,390 – 0,510	l
Stř. obj. erytr. - MCV	91,2		*		82,6 – 98,4	f
Barvivo erytr. - MCH	31,9		*		28,0 – 34,6	pq
Stř. barev. kon. - MCHC	350		*		329 - 364	q/l
Distr. křiv. ery - RDW	13,7		*		12,1 – 15,0	%
Trombocyty - PLT	114	*			142 - 327	10 <sup>9</sup> /l
Stř. Obj. trombo - MPV	9,5		*		7,0 – 10,8	f
Tromb. hematokryt - PCT	0,11	*			0,127 – 0,277	l
Distr. křiv. tr. - PDW	17		*		15,5 – 17,6	%

### Diferenciální strojově relativní – periferní krev


Dif. stroj. relativní – periferní krev	Výsledek	-	Referenční meze	+	Referenční meze	Rozměr
Neutrofilý - NE	46,2	*			50,0 – 75,0	%
Lymfocyty - LY	34,8		*		25,0 – 40,0	%
Monocyty - MO	17,8			*	3,0 – 8,0	%
Eozinofily - EO	0,2	*			1,0 – 5,0	%
Bazofily - BA	1		*		0,0 – 1,0	%

### Diferenciální strojově absolutní – periferní krev

Dif. stroj. absolutní periferní krev	Výsledek	-	Referenční meze	+	Referenční meze	Rozměr
Neutrofilý abs. - NE	1,6	*			1,80 – 7,00	10 <sup>9</sup> /l
Lymfocyty abs. - LY	1,2		*		1,00 – 4,80	10 <sup>9</sup> /l
Monocyty abs. - MO	0,6		*		0,10 – 0,80	10 <sup>9</sup> /l
Eozinofily abs. - EO	0		*		0,00 – 0,45	10 <sup>9</sup> /l
Nbazofily abs. - BA	0		*		0,00 – 0,20	10 <sup>9</sup> /l


## Diferenciální manuál – periferní krev

Diferenciální manuál – periferní krev	Výsledek	-	Referenční meze	+	Referenční meze	Rozměr
Nutrofilní segmenty	36	*			50 - 70	%
Neutrofilní tyče	15			*	1,0 – 5,0	%
Lymfocyty	32		*		25 - 40	%
Monocyty	13			*	3,0 – 8,0	%
Eozinofily	1		*		1,0 – 5,0	%
Bazofily	1		*		0,0 – 1,0	%

	<p style="text-align: center;"><b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, tel. 2 2496 1111 IČ: 00064165</p>	<p>F-VFN-100 Verze 9 Strana 1 / 2</p>
<b>Psychiatrická klinika odd.6</b>		
<b>SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ</b>		
<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>r. č.:</b>	
<b>Bydliště:</b>		
<p>Beru na vědomí, že podle zákona jsem při poskytování zdravotních služeb jako pacient povinen/na</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ dodržovat navržený individuální léčebný postup,</li> <li>➤ řídit se vnitřním řádem, se kterým jsem byl seznámen,</li> <li>➤ uhradit nemocnici cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mi budou poskytnuty s mým souhlasem,</li> <li>➤ pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,</li> <li>➤ nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetření za účelem prokázání, zda jsem nebo nejsem pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.</li> </ul>		
<p>Prohlašuji, že <b>nebude-li mně poskytnutá zdravotní péče uhrazena z veřejného zdravotního pojištění, ani proplacena ze smluvního pojištění, zavazuji se uhradit tuto péči</b> přímo VFN. Beru na vědomí a souhlasím s tím, že úhrada za zdravotní péči bude vyúčtována jako součin počtu bodů vykázaných v souladu s aktuálním zněním příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR, s připočtením příslušné režie, a maximální hodnoty bodu dle aktuálního cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR. Byl/a jsem rovněž poučen/a o tom, že k takto vyúčtované částce budou připočteny částky za spotřebované léčivé přípravky a/nebo použitý zdravotnický materiál, a to ve výši určené způsobem, kterým se stanoví výše úhrady za tyto léky (materiál) pro účely jejich úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění.</p>		
<p>Byl/a jsem poučen/a o režimu podávání léčivých přípravků na oddělení a o tom, že bez vědomí a svolení lékaře VFN nemůžu užívat léky, které jsem si přinesl/a. Beru na vědomí, že mám tyto léky odevzdat v originálním balení zdravotnickému personálu s tím, že mi budou podávány pouze jejich prostřednictvím.</p>		
<p>Potvrzuji, že jsem byl/a při přijetí do ústavního ošetřování ve VFN poučen/a o tom, že VFN <b>neručí za klenoty, hodinky a jiné cennosti, platební karty, vkladní knížky apod. a že je určeno místo k odkládání takových věcí</b>, kterým je hlavní pokladna VFN/detašované pokladny pracoviště. Peníze přesahující částku vyšší než 1000,- Kč je třeba uložit do hlavní pokladny VFN; z peněz v takové úschově mohou čerpat i prostřednictvím sociální pracovnice pracoviště. Prohlašuji, že jiné klenoty a cennosti, než které jsem odevzdal/a do úschovy, částku vyšší než 1000,- Kč a věci osobní potřeby v celkové hodnotě přesahující 1000,- Kč nemám při sobě. Dále beru na vědomí, že na lůžková oddělení VFN je zakázáno vnášet a ukládat zbraně, střelivo a nebezpečné látky a že audiotechniku, televizory, přenosné počítače lze používat jen se souhlasem ošetřujícího lékaře a způsobem, při kterém nebudou rušeni ostatní pacienti. Dále prohlašuji, že peněžní prostředky do 1000,- Kč, doklady a techniku výslovně povolenou ošetřujícím lékařem, včetně počítače nebo mobilního telefonu, kterou jsem neodevzdal/a do úschovy, budu řádně opatrovat. Zároveň beru na vědomí, že po dobu, kdy nebudu moci tyto peníze a věci sám/sama opatrovat (např. po dobu poskytování zdravotních služeb), je na příslušném oddělení určeno místo k jejich odložení, a prohlašuji, že jsem byl poučen/a o tom, že VFN odpovídá za škodu na těchto věcech, jsou-li uloženy na tomto určeném místě a do výše stanovené příslušnými právními předpisy.</p>		
<p>Beru na vědomí, že s výjimkou v zákoně uvedených případů mám právo vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu a že mohu určit, které osobě má být podána.</p>		
<p>Beru na vědomí, že mohu určit osoby, které mohou</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) být informovány o mém zdravotním stavu</li> <li>2) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu</li> <li>3) pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů</li> <li>4) vyslovit souhlas/nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb v případě, kdy nebudu moci s ohledem na můj zdravotní stav tento souhlas/nesouhlas vyslovit (dále jen zástupný souhlas)</li> </ol> <p>Beru na vědomí, že mohu vyslovit zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu určité osobě. Beru na vědomí, že určení osoby nebo vyslovení zákazu mohu kdykoli odvolat.</p>		



Příloha C

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, IČ 00064165, tel. 224961111 <b>Záznam o souhlasu s poskytováním informací</b>	<b>F-VFN-107</b> <b>Strana 1 z 2</b> Verze číslo: 4
	Pracoviště	

**Jméno a příjmení:** \_\_\_\_\_ **r. č.:** \_\_\_\_\_  
**Bydliště:** \_\_\_\_\_

Zdravotnický pracovník, který záznam zpracoval:  
*(jméno, příjmení, titul)*

Já, níže podepsaný beru na vědomí, že mohu určit osoby, které mohou

- 1) být informovány o mém zdravotním stavu
- 2) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu
- 3) pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů
- 4) vyslovit souhlas/nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb v případě, kdy nebudu moci s ohledem na můj zdravotní stav tento souhlas/nesouhlas vyslovit (dále jen zástupný souhlas)

Dále beru na vědomí, že mohu vyslovit zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu určité osobě a že určení osoby nebo vyslovení zákazu mohu kdykoli odvolat.

Jméno, příjmení, vztah, adresa, telefon Rozsah informace (vše/specifikace rozsahu)	Poskytnutí informace o zdravotním stavu (1)	Nahlížení do ZD (2)	Kopie, výpisy (3)	Zástupný souhlas (4)
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souhlasím, aby informace o mém zdravotním stavu byly osobám uvedeným výše sdělovány

osobně  jinou formou (písemně, telefonicky, faxem, e-mailem, SMS).....

**Zakazují poskytovat informace o mém zdravotním stavu níže vedeným osobám**

Jméno, příjmení	adresa	telefon

V Praze dne .....

.....

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2 IČ 00064165, tel. 224961111 <b>Oznámení o převzetí do ústavní péče</b>	<b>F – PSYCH – 05</b> Strana 1 (celkem 1) verze 2
---	---	---

<b>Psychiatrická klinika VFN</b> Ke Karlovu 11, Praha 2 prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.
<b>Oddělení 6</b> MUDr. Tereza Uhrová, tel: 224 965 354

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>r. č.:</b>	<b>Čís. chorob.:</b>
<b>Bydliště:</b>		

**Obvodní soud pro Prahu 2**

Francouzská 19  
120 00 Praha 2  
fax: 224 262193

**Oznámení o převzetí do ústavní péče**

Výše uvedený pacient byl převzat bez písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v ustanovení § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu na uvedené pracoviště VFN.

Výše uvedený pacient (\* zaškrtněte jednu možnost) :

- není schopen výslechu,
- je schopen výslechu.

Výše uvedený pacient (\* zaškrtněte jednu možnost) :


- není schopen chápat obsah rozhodnutí,
- je schopen chápat obsah rozhodnutí.

Datum a hodina přijetí:

Ošetřující lékař:

V Praze dne:

.....  
Podpis lékaře a razítko

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2 IČ 00064165, tel. 224961111	<b>F-VFN-121</b> <b>Strana 1 z 1</b> Verze číslo: 1
<b>Oznámení o dodatečném omezení pacienta</b>		

Pracoviště
------------

**Jméno a příjmení:**

**r. č.:**

**Čís. chorob.:**

**Bydliště:**

**Obvodní soud pro Prahu 2**

Francouzská 19

120 00 Praha 2

fax: 224 262193

datová schránka: eksab3e

### **Oznámení o dodatečném omezení pacienta**

**dle ust. § 40 odst. 1) písm. b) z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**

Výše uvedený pacient byl omezen ve volném pohybu při poskytování zdravotních služeb takto:

- úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem,
- omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,
- umístění pacienta v síťovém lůžku,
- umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu,
- ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta,
- psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo
- kombinaci prostředků uvedených v předchozích větách.

Datum a hodina použití omezujících prostředků:

Ošetřující lékař:

V Praze dne


.....

Podpis lékaře

razítko



## Příloha F

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2 IČ 00064165, tel. 224961111 <b>Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu (revers)</b>	<b>F – PSYCH – 04</b> Strana 1 (celkem 2) verze 1
---	--	---

<b>Psychiatrická klinika VFN</b> Ke Karlovu 11, Praha 2 prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.
<b>Oddělení 6</b> MUDr. Pavel Doubek, tel: 224 965 354

**Jméno a příjmení:**

**r. č.:**

**Čís. chorob.:**

**Bydliště:**

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebném zdravotním výkonu:

Já, níže podepsaný tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o svém zdravotním stavu a potřebných výkonech. Byl jsem výslovně informován o tom, že v rámci řádné péče o mé zdraví je třeba, abych se podrobil:

*(specifikovat přesně co pacient odmítl - hospitalizaci, transfúzi, operaci...)*

Lékař mi náležitě vysvětlil, že odmítání uvedené péče může mít pro můj další život, zdraví a zdravotní stav tyto následky:


*(zde uvést co nejpodrobněji a zcela otevřeně, jaké následky mohou při odmítnutí doporučené péče vzniknout - úmrtí, výrazné zhoršení zdravotního stavu spočívající v .....)*

Prohlašuji, že jsem měl možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. Přes shora uvedené vysvětlení, které jsem plně pochopil a vzal na vědomí, prohlašuji, že nadále odmítám lékařem doručenou zdravotní péči, což při plném vědomí a zcela svobodně a vážně potvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

V Praze dne                      hodina

.....  
*podpis pacienta*

.....  
*jméno, příjmení, titul a podpis lékaře, který poučení a náležité vysvětlení podal*

	<p style="text-align: center;"><b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b>          U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2          IČ 00064165, tel. 224961111</p> <p style="text-align: center;"><b>Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu (revers)</b></p>	<p><b>F – PSYCH – 04</b>          Strana 2 (celkem 2)          verze 1</p>
---	---	--

**Jméno a příjmení:**  
**Bydliště:**

**r. č.:**

**Čís. chorob.:**

Jako zákonný zástupce (\* zaškrtněte jednu možnost) :

- nezletilého pacienta,  
 pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo  
 pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

.....  
*Podpis zákonného zástupce*


Pokud pacient/zákonný zástupce nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá podepsat revers:

Důvod, pro než pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka:

.....  
*podpis svědka (svědků)*

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, IČ 00064165, tel. 224961111 <b>Žádost o součinnost</b>	F-VFN-122 Strana 1 z 1 Verze číslo: 1
---	---	---

Jméno a příjmení:

r. č.:

Bydliště:

Policie ČR  
OŘ Praha II – MOP Nové Město  
Vyšehradská 1711/20  
120 00 Praha 2  
Fax: 974 852 718

**Na základě ustanovení § 71 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákona) žádáme zjištění**

- adresy místa pobytu výše uvedeného zemřelého pacienta,
- adresy místa pobytu výše uvedeného pacienta, u něhož sdělení tohoto údaje neumožňuje jeho zdravotní stav,
- adresy místa pobytu výše uvedeného pacienta, kterému je nutné poskytnout informaci týkající se jeho zdravotního stavu, jejímž včasným neposkytnutím může dojít k ohrožení nebo poškození zdraví pacienta nebo ohrožení zdraví jiných osob,
- adresy místa pobytu žijícího manžela nebo žijícího dítěte pacienta, u něhož sdělení tohoto údaje neumožňuje jeho zdravotní stav,
- adresy místa pobytu zákonného zástupce výše uvedeného pacienta, který je nezletilou osobou nebo osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům, a který s ohledem na svůj zdravotní stav nebo věk není schopen sdělit údaje potřebné k vyhledání zákonného zástupce, anebo zemřelého pacienta, který byl nezletilou osobou nebo osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům.

K požadovaným osobám máme tyto identifikační údaje:

**Účel, ke kterému jsou údaje požadovány:**

- sdělení informace o hospitalizaci bez souhlasu podle ust. § 38 odst. 6 zákona,
- vyžádání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb dle ust. § 34 odst. 8 zákona,
- informace o svévolném opuštění ZZ lůžkové péče dle ust. § 45 odst. 4 písm. a) zákona,
- vyžádání souhlasu zákonného zástupce nezletilého s poskytnutím zdravotních služeb dle ust. § 35 odst. 2 zákona,
- informace o úmrtí dle ust. § 86 odst. 1 zákona.

O sdělení údajů žádá (název pracoviště):

Jméno, příjmení a titul zdravotnického pracovníka:

Pracovní zařazení:


Telefon:

V Praze dne

.....  
Podpis zdravotnického pracovníka

razítko

## Příloha H

	<p>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U Nemocnice 2, 128 00 Praha 2</p> <p><b>Plná moc</b> pro udělení souhlasu rodičem s poskytnutím zdravotních služeb</p>	<p>F-VFN-123 Strana 1 z 1 Verze číslo: 1</p>
---	--	--

**Jméno a příjmení nezletilého pacienta** (dále jen dítě): .....

**bydliště:** .....

**rodné číslo:** .....

Já, níže podepsaný/á

**Jméno a příjmení:** .....

**Datum narození:** .....

**Bydliště:** .....  
(uved'te jen, pokud se liší od bydliště dítěte)

uděluji plnou moc druhému rodiči výše uvedeného dítěte

**Jméno a příjmení:** .....

**Datum narození:** .....

**Bydliště:** .....  
(uved'te jen, pokud se liší od bydliště dítěte)

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mému dítěti podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel/a informaci o zdravotním stavu dítěte a o navrženém individuálním léčebném postupu a na jejich základě udělil/a písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které podle zákona mohou být poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí do odvolání.

V ..... dne: .....

.....  
podpis rodiče dávajícího plnou moc

-----  
Prohlašuji, že tuto plnou moc udělenou výše uvedeným druhým rodičem přijímám.

V ..... dne .....

.....  
podpis rodiče přijímajícího plnou moc



Vyplňte dvojmo!

STATIM

# TOXIKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Ústav soudního lékařství a toxikologie VFN a I.LF UK  
 Toxikologická laboratoř, Ke Karlovu 2, 128 08 Praha 2  
 Telefon (fax): 224 911 267

Příjmení _____ Jméno _____ Dg. _____ . _____ R.č. _____ Poj. _____ Jiná úhrada: <input type="checkbox"/> faktura, <input type="checkbox"/> hotovost, <input type="checkbox"/> kód náhrad Bydliště: ..... .....	<b>ŽADATEL</b> <b>Telefon:</b> ..... Razítko, adresa lékaře (zodpovědné osoby): Jmenovka + podpis:  IČP _____ Odbornost _____
---	---

<b>ODESLANÝ MATERIÁL</b>		<i>Moč na drogy nutno odebírat pod dohledem!</i>	
Moč 100 ml	datum odběru: .....	čas odběru: .....	
Žaludeční obsah 50 ml	datum odběru: .....	čas odběru: .....	
Krev 10 ml	datum odběru: .....	čas odběru: .....	
Jiné: .....			
Datum a čas (rozmezí) pravděpodobného požití: .....			

**Klinický stav a okolnosti případu:**  intoxikace,  abusus drog,  kontrola terapie,  jiné.....  
 výrazná acidoza ..... mioza ..... bezvědomí ..... dysrytmie ..... vysoké JT ..... anurie ..... jiné: .....

**Terapie před odběrem (včetně chronické):**

**VYŠETŘENÍ, která jsou dostupná 24 hodin denně**  
*(další může zvolit toxikolog dle klinických údajů a telefonické konzultace)*

Průkaz noxy	Screening MOČ	KREV	Kvantita KREV
<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <b>LÉČIVA</b> (žaludeční obsah, moč, tablety, tekutiny) <input type="checkbox"/> <b>DROGY</b> (moč) <input type="checkbox"/> <b>TĚKAVÉ LÁTKY</b> (moč, krev, žalud. obsah, tekutiny) <input type="checkbox"/> <b>GLYKOLY</b> (krev, moč) <input type="checkbox"/> <b>HOUBY a ROSTLINY</b> (plodnice, části rostlin, pokrm, žaludeční obsah, vysoké klyzma)	<input type="checkbox"/> BAR (barbituráty) <input type="checkbox"/> BZD (benzodiazepiny) <input type="checkbox"/> THC (kanabinoidy, marihuana) <input type="checkbox"/> OPI (morfinové opiáty) <input type="checkbox"/> AMP (pervitin, extáze,....) <input type="checkbox"/> COC (kokain s metabolity) <input type="checkbox"/> PCP (fencyklidin, angeldust) <input type="checkbox"/> METD (metabolit metadonu) <input type="checkbox"/> LSD (lysergamid) <input type="checkbox"/> BUP (buprenorfin, Subutex) <input type="checkbox"/> KOT (kotinin = metab.nikotinu) <input type="checkbox"/> EtGlu (etylglukuronid = pozdní metabolit etanolu)	<input type="checkbox"/> TAD (tricyklická antidepressiva) <input type="checkbox"/> BAR <input type="checkbox"/> BZD	<input type="checkbox"/> Etanol <input type="checkbox"/> COHb ( <i>citrátová krev</i> ) <input type="checkbox"/> Etylenglykol <input type="checkbox"/> Metanol <input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Phenytoin <input type="checkbox"/> Valproát <input type="checkbox"/> Salicyláty <input type="checkbox"/> .....
	<i>Orientační záchyty nutno potvrdit specifickými metodami (TLC, GCMS, LCMS)</i>		<i>mnohé další pouze po dohodě (nestatim)</i>



**Toxikologická laboratoř**  
Ústav soudního lékařství a toxikologie VFN a I.LF UK  
Ke Karlovu 2, (dříve Na Bojišti 3)  
tel. 224 91 1267 nebo 224 96 7188



## POKYNY K TOXIKOLOGICKÉMU VYŠETŘENÍ

### Odběr materiálu

a) **Vzorky:** optimálně zasílejte všechny dostupné, v dostatečném množství, tj.:

100 ml **moče (minimálně 50 ml!)**

50 ml žaludečního obsahu

10 ml srážlivé krve bez přísad

5 ml nesrážlivé krve s citrátem na stanovení COHb

2 g novorozenecké smolky

nalezené tablety (i prázdné blistry), prášky, tekutiny, houby či plody, doličné předměty...

**Odběry moče na vyšetření drog je nutno provádět pod dozorem zodpovědné osoby!**

### Odběrové nádoby:

moč a žaludeční obsah do skla nebo plastu většího objemu (cca 100 ml)

krev: zkumavky skleněné nebo *Vacutainer BD s červenou zátkou* nebo *Sarstedt Neutral*

na stanovení *COHb Vacutainer BD s modrou zátkou* či jinou zkumavku na sedimentaci

(jiné obsahují gely či zbytky monomerů a těkavých látek, které mohou interferovat)

**Skladování a transport:** biologické vzorky uchovávejte v chladu (4-8 °C).

*Materiál na kanabinoidy (THC), který nelze dodat do 12 hod po odběru, nutno zamrazit.*

### ŽÁDANKY

Formulář „Toxikologické vyšetření“ F-VFN-065 (lze nouzově nahradit libovolnou žádankou) uvádí pouze výběr nejčastějších STATIM analýz, další požadavky lze konzultovat předem telefonicky.

Prosíme, věnujte pozornost řádnému vyplnění všech údajů:

**Telefon** na ošetřujícího lékaře uvádějte vždy, i když nejde o statim vyšetření.

**Časové údaje** (hodina odběru, odhad doby od požití) rozhodují o správné interpretaci výsledků.

*Krev na paracetamol odebírat nejdříve 4 hod po požití!*

**Klinické údaje a okolnosti případu** pomáhají zvolit či doplnit nejvhodnější metody vyšetření.

**Terapie před odběrem** včetně chronické, není-li včas sdělena, komplikuje a prodlužuje analýzy.

### TELEFONICKÉ KONZULTACE

**A. Toxikologická laboratoř tel. 224 911 267** - konzultovat v následujících případech:

- volba vhodných analýz u předem neznámé noxy (rychlost a dostupnost nerutinních analýz)
- speciální požadavky na vyšetření, neuváděná na žádance
- konzultace o vhodných náběrech, nelze-li získat doporučené množství materiálu
- avízo u vybraných statim analýz (glykoly, metanol, novorozenecká smolka - příprava přístrojů)
- doplnění anamnestických údajů (později nalezené zbytky léčiv, zjištění jiné příčiny bezvědomí..)
- významná změna klinického stavu (rušení nebo naopak požadavek statim analýzy).

**B. Toxikologické informační středisko tel. 224 91 92 93 (54 02)**

podává informace o toxicitě látek a terapeutických postupech při akutních otravách. Není součástí našeho pracoviště, ale Kliniky pracovního lékařství.

## Příloha J

### Redukční dieta

Je základní léčbou při nadváze či obezitě. Je obecně známo, že lidé obézní a lidé s nadváhou jsou častěji nemocní a trpí různými poruchami. Doslova každý kilogram, o který se sníží celková hmotnost, může znamenat podstatné zlepšení zdravotního stavu. Redukce váhy o pouhých 5 - 10 %, sníží například v průměru výskyt nemocí kardiovaskulárního systému o 20 %. Lidé s nadváhou mají častěji cukrovku, zhoubná onemocnění ale i některé choroby pohybového aparátu. Kdy už máme nadváhu a co snít, se můžete dočíst v následujícím textu ...

Hubnout je možné buďto pomalu, nebo rychle. Obojí má své výhody a nevýhody.

Pomalé hubnutí znamená redukci asi o 2 - 4 kg/měsíc, a sice omezením příjmu energie v dietě o 500 - 1000 kcal za den. Střední omezení je dieta 1000 kcal/den. Ta představuje snížení denního příjmu energie o 1000 - 1500 kcal a vede ke ztrátě 4 - 6 kg/měsíc. Krátkodobě (asi měsíc) se připouštějí i velmi přísné redukční diety - kolem 500 - 800 kcal - které "nastartují" redukci a zlepší sebedůvěru natolik, že je možné pokračovat v hubnutí pomaleji. Tyto diety vyžadují při delším dodržování dodávku vitamínů a iontů. V nemocnici je možné vyzkoušet v těžkých případech obezity u diabetiků i krátkodobou hladovku (trvajících 2 - 5 dní).

Roli hraje nejen celková energie, ale i nutriční složení redukčních diet. Tuky v dietě mají větší tendenci se ukládat do tukové tkáně než sacharidy a bílkoviny, a proto jsou vhodnější redukční diety s větším množstvím vlákniny a složených sacharidů a menším množstvím tuku.

Jak určit přiměřenou hmotnost

Při redukční dietě je vhodné stanovit si krátkodobý reálný cíl, jaké hmotnosti chcete dosáhnout, a nesnažit se ihned o hmotnost ideální. Proto se zavádí pojem "rozumná hmotnost", to je taková, které jste schopni dosáhnout, udržet si ji a na které se dohodnete se svým lékařem. Může to být např. hmotnost jen o 5 - 10 kg nižší, než máte.

Naproti tomu může být hmotnost "ideální" a "přijatelná". Ty se vypočítávají z tělesné výšky dvěma způsoby:

Jednodušší "Brocův index", BI, v procentech vypočítáte následujícím způsobem:

$BI (\%) = \text{hmotnost (kg)} : \text{výška nad } 100 \text{ (cm)} \times 100$ . Za ideální se pokládá Brocův index 90 - 110 %, za přijatelné hodnoty do 115 %, nadváha až lehčí obezita je pak mezi 115 - 130 % a těžká obezita nad 130 %.

Složitější, ale v odborných kruzích více používaný "index tělesné hmotnosti" tzv. body mass index, BMI, v  $\text{kg/m}^2$  se vypočítá následujícím způsobem:

$BMI (\text{kg/m}^2) = \text{hmotnost (kg)} : \text{výška}^2 (\text{m})$  Za ideální se pokládá BMI do 24 u žen a do 25 u mužů, za přijatelné BMI do 26 žen a 27 u mužů nadváha až lehčí obezita je pak mezi 27 - 30 těžká obezita nad 30.

Za neméně důležité a v jistém smyslu někdy i za důležitější než hmotnostní indexy se pokládá rozložení tělesného tuku, vyjádřené indexem pas-boky (W/H, weist-hip ratio). Tzv. mužský typ obezity, který se ale může vyskytovat i u žen, znamená větší ukládání tuku na břicho. Je-li index pas-boky vyšší než 1, existuje větší riziko srdečně-cévních nemocí. Ženský typ obezity je takový, při kterém se tuk ukládá více v dolní polovině těla (na stehnech), index pas-boky je nižší než 1 a riziko srdečně-cévních nemocí je menší.

Chcete-li tedy posoudit svoji hmotnost, spočítejte si Brocův index a případně i index tělesné hmotnosti a dohodněte se se svým lékařem na hodnotách, kterých byste měli dosáhnout.

Nezapomeňte také posoudit způsob rozložení tělesného tuku změřením objemu kolem pasu a kolem boků. Je-li jejich poměr větší než 1, zamyslete se, jak dosáhnout zmenšení objemu pasu (někdy stačí omezit počet denních piv).

Rady pro snazší hubnutí a udržení tělesné hmotnosti.

Hubnout neznamená jen naučit se počítat redukční dietu, ale také změnit své stravovací zvyklosti.

Jídlo nemůže být hlavním prostředkem pro uklidnění, "drogou", které nelze odolat, ale denní

příjemnou záležitostí, kterou dokážete regulovat.

Někdy nejde zvládnout všechny změny samostatně. Pak byste měli mít možnost poradit se s dietní sestrou, lékařem nebo i s psychologem. Osvědčuje se také hubnutí "ve skupině", která se schází nebo je v kontaktu každý týden nebo každé dva týdny, a to po dobu alespoň 4 - 5 měsíců.

Několik dalších rad pro snazší hubnutí a udržení zredukované hmotnosti:

Jezte vždy u stolu pravidelně podle plánu (snídaně oběd, večeře případně svačinky).

\*Nedojíďte se mezi jídly, např. u televize.

Používejte menší talíře a předem si odměřte přiměřené množství jídla.

Nepoužívejte na stole servírovací mísy.

Snažte se co nejméně evakovat pro ostatní.

Při velkém hladu mezi jídly nebo během jídla pijte dostatek vody nebo nekalorických tekutin.

Vyhýbejte se "povinnému" nebo spedečenskému jídlu, zvláště nadměrnému množství alkoholu.

Používejte jídla, která jsou nízkokalorická a přitom objemná, například celé ovoce a zeleninu místo džusů.

Mějte připravený například zeleninový salát v lednici, kdy vás přijde hlad.

Odměřte potraviny na lžice (např. množství příloh), v odměrných nádobách (např. mléko, drobné ovoce, tekutiny, mouka, nevařená rýže a luštěniny) a po kusech (ovoce, brambory apod.)

Nejezte nekontrolované množství "dietních" potravin, často obsahují nadbytek kalorií.

\*Nakupujte a skladujte potraviny pro vás vhodné (zapojte nejlépe do racionální stravy celou rodinu).

Osvědčuje se nákupy a plánování jídelníčku v týdenních intervalech.

Používejte deník pro záznamy o změnách hmotnosti.

Při intenzivní redukci se važte denně, při pomalejší redukci alespoň dvakrát týdně.

Pokud začnete přibírat, zpřísňte dietu, malý přínustek váhy se dá mnohem snáze shodit.

\*Osvědčuje se také zapisovat si všechna jídla a nápoje, která jste snědli a vypili. Večer si můžete sami zhodnotit, jaké jste udělali v dietě chyby a proč.

Dietu doplňte cvičením.

Odměňte se za dobré výsledky v redukci (kupte si něco nového na sebe, jděte do kina apod.)

Rady pro zvýšení fyzické aktivity:

Vhodná je rychlá chůze, jízda na kole, plavání, vytrvalostní běh. Každý týden by se mělo zvýšenou fyzickou aktivitou vydat alespoň 1000 kcal, což znamená pětkrát týdně hodinovou svižnou chůzi nebo 20 minut vytrvalostního běhu nebo půl hodinu plavání nebo 45 minut průměrně rychlé jízdy na kole.

S cvičením je dobré začít postupně, dávky pozvolna zvyšovat. Cvičení vede nejen ke "spalování" nadbytečných kalorií, ale zvyšuje psychickou pohodu a snižuje nadměrnou chuť k jídlu a zlepšuje dodržování diety.

"Tři zlatá pravidla", která pomáhají při hubnutí:

Z vody se netloustne.

Zelenina jako hlavní jídlo, maso jako příloha.

Vyvarujte se tučných jídel a alkoholu.

Výběr potravin při redukční dietě - co je vhodné, co omezit a čemu se raději vyhnout

Při všech redukčních dietách nezapomínejte pít dostatek tekutin, nejméně 1 - 2 l denně, při intenzivních redukcích i 2 - 3 l denně. Zpomalení redukce může být sice způsobeno zadržením tekutin, to ale není důvod k jejich omezení.

Při redukční dietě je třeba velkou pozornost věnovat výběru potravin. Potraviny vybíráme s nízkou energetickou hodnotou nebo s vysokým objemem, jako je zelenina a luštěniny.

Potraviny zakázané:

Cukr, med, džem, cukrářské výrobky, zmrzlina, moučníky, plnotučné mléko, kondenzované mléko,



šlehačka, smetana, tučné sýry, smetanové jogurty; tučná masa - bůček, krkovička, ovar, skopové, husa, kachna, játra; tučné uzeniny - uherský, poličan, špekáčky, tlačěnka; tučné ryby - úhoř, losos, ryby v oleji; mandle, mák, lískové a vlašské ořechy; živočišné tuky - sádlo, slanina, anglická slanina, luj; veškeré nápoje s obsahem alkoholu - destiláty, pivo, víno; veškeré nápoje s obsahem sacharidů - mošty, džusy, limonády; rostlinné tuky - rostlinné máslo, oleje.

Potraviny vhodné v omezeném množství:

Mlýnské a pekárenské výrobky, celozrnné pečivo a chléb; přílohy - rýže, těstoviny, brambory; libová masa - kuře, králík, telecí, libové hovězí, libová vepřová kýta, rybí filé, kapr; z uzenin drůbeží šunka; vejce (nemáte-li sklon k vysokým tukům v krvi); mléko, podmáslí, jogurt, kefír.

Potraviny doporučené:

Zelenina, zeleninové saláty, nepříliš sladké ovoce; netučný tvaroh, nízkotučné mléko, sýry do 30 % tuku; z nápojů voda, sodovka, káva, čaj, neslazená minerální voda. Sladidla doporučujeme nekalorická. Koření povolujeme v omezeném množství.

Chcete-li získat přehled o tom, kolik můžete jíst jednotlivých druhů potravin při redukční dietě (např. 1000 kcal za den), pomůže vám následující tabulka.

Potravina = 100 kcal	gramů	objem
banán	110	jeden kus
brambory	110	2 brambory velké jako vejce
broskve	210	
biokys	150	
čočka	30	
ementál	25	
fazole	30	
grapefruit	225	asi jeden kus
hovězí maso	70	
hrách	30	
hrušky	160	dva kusy
chleba	40	jeden krajíček 1 cm silný
jablka	175	jeden větší kus
jahody	270	asi 1,5 dvoudecové sklenice
kapr	95	
kapusta	215	
kuře	80	
květák	360	3/4 kusu o průměru 10 cm
měkký tvaroh	95	
meloun	400	
mléko 2 % tuku	200	
mrkev	240	asi 6 mrkví 10 cm dlouhých
okurky	670	
papriky	385	
párek dietní	30	3/4 nožičky
pomeranč	220	asi 2 kusy
rajčata	400	
rybí filé	130	
rybíz červený	130	
rýže	30	
ředkvičky	400	

suchary	25	dva kusy
špenát	400	
šunka	30	2 plátky
šunkový salám	50	5 plátků
švestky	150	
tavený sýr	50	
těstoviny	30	
třešně	170	
vánočka	28	
vepřová játra	75	
vepřové maso	65	
víno hroznové	150	hrozen
zelí kysané	360	1,75 dvoudecové sklenice
žemle	30	3/4 kusu
žervé	50	

Redukční dieta 1000 kcal  
(120 g sacharidů, 30 g tuků, 80 g bílkovin )

#### Snídaně

1 malý šálek (12,5 dkg) mléka, 1 cm silný plátek z kilové večky (4 dkg) chleba, 1 rovná kávová lžička (1 dkg) rostlinného másla, 5 dkg netučného sýru nebo tvarohu nebo libového masa nebo libové uzeniny

#### Přesnídávka

10 dkg ovoce nebo 10 dkg zeleniny

#### Oběd

(0 tuku 0 mouky)

\*1/4 vejce 10 dkg libového masa nebo libové uzeniny, tvaroh, netučného sýru

\*10 dkg brambor nebo 3 pol. lžíce (13 dkg) bramborové kaše nebo 1 plátek (3 dkg) knedlíku nebo 2 pol.lžíce (3 dkg) rýže nebo 2 pol.lžíce (3 dkg) vař.těstovin nebo 2 pol.lžíce (3,5 dkg) vařených luštěnin nebo 3/4cm silný plátek z kilové večky (3,5 dkg) chleba

\*15 dkg zeleniny nebo 10 dkg ovoce

#### Svačina

malý šálek (15 dkg) mléka, 1/2 cm silný plátek z kilové večky (2 dkg) chleba nebo 1/2 kusu (2 dkg)žemle

#### Večeře

(0 tuku 0 mouky)

\*1/4 vejce 10 dkg libového masa nebo libové uzeniny, tvaroh, netučného sýru

\*10 dkg brambor výměna viz oběd

\*15 dkg zeleniny nebo 10 dkg ovoce

#### Redukční dieta 500 kcal

(přibližně 50 g sacharidů (S), 10 g tuků, 60 g bílkovin )

#### Snídaně

hořký čaj s citronem 20 g chleba nebo žemle, 50 g libového masa nebo 50 g netučného sýra nebo 1 vejce nebo 50 g netučného tvarohu

### Přesnídávka

50 g ovoce nebo 100 g zeleniny

### Oběd

bez polévky, 100 g zeleniny nebo 50 g ovoce, 100 g libového masa nebo tvarohu nebo netučného sýru, 1 pol. lžíce vařených (50 g) brambor nebo 1 pol. lžíce vařených (15 g) těstovin nebo 1 pol. lžíce (20 g) vařených luštěnin nebo 20 g chleba.

### Svačina

hořká káva

### Večeře

stejná jako oběd. Doporučujeme rozdělit do pěti denních dávek. Na přesnídávku a svačinu můžeme zařadit hořký čaj s citronem nebo černou neslazenou kávu.