

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

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

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTÝNA KOUDELKOVÁ

Praha 2014

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

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

Bakalářská práce

KRISTÝNA KOUDELKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová, PhD

Praha 2014



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

Koudelková Kristýna
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s bipolární afektivní poruchou

Nursing Process for Patients with Bipolar Affective Disorder

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Kymrová, PhD.

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce. Prohlašuji, že veškeré použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním ke studijním účelům.

V Praze dne: 26. 3. 2014

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce, paní PhDr. Evě Kymrové PhD., za cenné rady a připomínky a odborné a kvalitní vedení práce.

ABSTRAKT

KOUDELKOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelský proces u pacientky s bipolární afektivní poruchou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová, Ph.D. Praha 2014. Stran 41.

Téma této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s diagnózou bipolární afektivní porucha. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na popis této nemoci, dále na faktory jejího vzniku, farmakoterapii a reakci blízkých osob u pacientů trpících tímto onemocněním. Praktická část popisuje ošetrovatelský proces u pacientky s bipolární afektivní poruchou. Pro vypracování ošetrovatelského procesu byl použit systémově - behaviorální model dle D. E. Johnsonové a následně sestaven ošetrovatelský plán podle NANDA Taxonomie II.

Klíčová slova: Bipolární afektivní porucha. Deprese. Koncepční model Johnsonové. Mánie. Ošetrovatelský proces. Pacientka.

ABSTRACT

KOUDELKOVÁ, Kristýna. *Nursing Process for Female Patient with Bipolar Affective Disorder*. Medical College, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Eva Kymrová, PhD. Prague 2014. 41 pages.

The thesis of this bachelor thesis is the nursing process for patients diagnosed with bipolar affective disorder. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the description of the disease. Furthermore, this part focuses on the factors of its formation, pharmacotherapy and reaction of patient's relatives to bipolar affective disorder. The practical part of this bachelor thesis describes the nursing process for a patient suffering BAD. The nursing process was used according systemically-behavioral of D. E. Johnson's model for analysis and nursing plan care according to NANDA Taxonomy II.

Key Words: Bipolar Affective Disorder. Conceptual Model of D. E. Johnson's. Depression. Mania. Nursing Process. Patient.

PŘEDMLUVA

Bipolární afektivní porucha začíná být v dnešní společnosti téma, o kterém se často diskutuje, ale bohužel se o něm mnoho neví. Jako předmluvu předkládám dopis ženy, která žije s mužem, který trpí bipolární afektivní poruchou.

„Miláčku,

objevil ses v mém životě ve chvíli, kdy se mé dny začaly hrozivě podobat jeden druhému. Projížděla jsem skrze dny a roky jako v rychlíku. Důležitý pro mě byl jen cíl. Čas na obdivování krajiny jsem si udělat nedokázala. Bylo to jak přival štěstí – přinesl jsi mi radost ze života, barvy, chuti, vůně, a především lásku. Zrušil jsi moje komplexy, zbořil moje tabu a pomohl jsi mi znovu najít, co to znamená být živou bytostí. V zrcadle tvého pohledu jsem se dokázala mít ráda, protože se v něm zračilo tolik lásky, kolik jen milující srdce může dát.

Nemohli jsme jeden bez druhého být. Pouhých pár hodin bylo k nevydržení. Říkal jsi mi, že si zasloužím být šťastná, přesvědčoval jsi mě, že mě celý život budeš ochraňovat, že mě zahrneš štěstím, že mě zbavíš všech mých bolestí.

A pak jednoho dne už nebylo nic.

Už jsi tu nebyl, už jsi mě nemiloval, anebo jsi to už prostě nedokázal. Potřeboval jsi prostor, volnost, nová setkání, své staré kamarády, svou motorku. Řekl jsi mi:

„Začneš znovu, tak jako všichni ostatní.“

Nechápala jsem to, byla jsem zdrcena. Zlomilo mi to srdce a duši jsem měla na kousky. A v hlavě mi strašila otázka: „Copak bych vůbec mohla jít dál – uprostřed noci?“

To se stalo před šesti lety.

Od té doby se se mnou rozešel a zase se ke mně vrátil... celkem čtrnáctkrát. A já tu byla stále. Moje láska k tobě překoná všechno. Zašla jsem na psychiatrii, abych tě mohla lépe chápat. Verdikt byl jasný – bipolární porucha. Poučili mě, jak ti co nejlépe pomáhat. Dokonce jsem se přizpůsobovala tvým vzletům a pádům. Během tvé manické

fáze jsem pokaždé zhubla, nejedla jsem ani nespala. A při každé depresi jsem přibrala a ochabla. Podvědomě jsem nechtěla, aby sis připadal jiný. Byla bych udělala cokoliv, abych měla bipolární poruchu místo tebe...

Pořád ještě nechápeš, proč jsem stále tady s tebou. Po všech těch hádanicích, podvádění a slzách... Dal jsi mi toho během našich šesti let tolik, že tohle je to nejmenší, co mohu já pro tebe. Má láska k tobě bude vždy silnější, protože ty za to nemůžeš. Nezáleží na tom, co mě to bude stát. V životě je vždycky něco za něco.

Děkuji ti za to, že jsi, a za nádhernou lekci lásky, kterou jsi mi dal.

Sabina“ (GAY, 2010, s 12).

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH KRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	9
1 HISTORIE BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	10
1.1 ARETAEUS Z KAPPADOKIE	10
1.2 FARLET A BAILLAGER.....	10
1.3 KRAEPELIN	11
1.4 SOUČASNOST	12
2 CHARAKTERISTIKA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	14
2.1 EPIZODY BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	14
2.2 DRUHY BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	15
2.3 FAKTORY VZNIKU BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	17
2.3.1 SUICIDALITA U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	18
2.3.2 VÝSLEDKY STUDIÍ MORTALITY	18
2.4 LÉČBA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY A JEJÍ FORMY	19
2.4.1 DENÍK NÁLADY	19
2.4.2 FARMAKOTERAPIE	21
2.4.3 PSYCHOTERAPIE	21
2.5 BAP V TĚHOTENSTVÍ.....	23
2.5.1 LÉČBA BAP V TĚHOTENSTVÍ	23
2.5.2 PLÁNOVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ.....	24
2.6 REAKCE BLÍZKÝCH OSOB NA BIPOLÁRNÍ PORUCHU	24
2.6.1 EMOCE DOLÉHAJÍCÍ NA BLÍZKÉ OSOBY	24
3 OŠETŘOVATELKSÝ PROCES U PACIENTKY S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU	27
3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE	27
3.2 ANAMNÉZA	29

3.3 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY ZE DNE: 6. 1. 2015.....	32
3.4 ZHODNOCENÍ PACIENTKY DLE MODELU D. E JOHNSONOVÉ ZE DNE: 6. 1. 2014.....	33
3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	35
3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA	37
3.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II (S POUŽITÍM NANDA INTERNATIONAL, OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY. DEFINICE A KLASIFIKACE 2012 - 2014) ZE DNE:6. 1. 2014.	38
3.8 CELKOVÉ HODNOCENÍ.....	43
ZÁVĚR.....	46

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BAP..... bipolární afektivní porucha

Tbl tablety

BMI..... body mass index

DK..... dolní končetina

DM..... diabetes mellitus

HK..... horní končetina

SOU střední odborné učiliště

(VOKURKA a kol., 2011)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání, zneužívání

Antiepileptika – léky užívané k léčbě epilepsie

Apendektomie – chirurgické odstranění „slepého střeva“

Bronchiální astma – průduškové astma

Cyklotymní – typ osobnosti, která je nestálá, respektive střídá smutné nálady a nálady veselé.

Diabetes mellitus – úplavice cukrová

Gestační diabetes - diabetes mellitus vznikající při těhotenství

Elevovaná fórie - zvedlá nálada

Etnikum - společnost lidí, kteří mají stejnou národní příslušnost

Hypertenze – zvýšený krevní tlak nad 140/90 mmHg

Heterogenita - různorodost

Hypobulie – snížená vůle

Intoxikace – otrava

Kognitivně – behaviorální – psychotherapeutický tým, který kombinuje nácvik chování s nácvikem změny úrovně myšlení

Mortalita - úmrtnost

Profylaktická medikace – profylaxe je mající charakter

Prolaktin – hormon, řídící tvorbu mléka v době kojení

Psychoterapie – léčba psychologickými prostředky jako například muzikoterapie, výtvarné umění, skupinová léčba apod.

Rektální - anální

Srdeční anomálie – vada, při které dochází k poruše průtoku krve srdce.

Stabilizátor nálady – léky, které vyrovnávají náladu

Sucidita – sebevražda

Toxicita - jedovatost

Úzkost – neopodstatněný strach, bez hmatatelných podkladů

(VOKURKA a kol. 2011).

ÚVOD

V této bakalářské práci se zabýváme ošetrovatelským procesem u pacientky s bipolární afektivní poruchou. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část je dělena do dvou kapitol. První kapitola popisuje stručnou historii tohoto onemocnění. V druhé kapitole teoretické části se seznamujeme s pojmem bipolární afektivní porucha, jsou zde popsány její druhy, faktory vzniku a léčba bipolární afektivní poruchy. V neposlední řadě jsme se zde zaměřili na reakci blízkých osob a rodinných příslušníků u pacienta trpícího tímto onemocněním.

V praktické části jsme na základě získaných informací z anamnézy a klinického vyšetření vytvořili ošetrovatelský proces, kde jsme následně sestavili a rozpracovali ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II.

Bipolární afektivní porucha je velmi závažné onemocnění, které dokáže člověku znepříjemnit život. V bakalářské práci se snažíme upozornit na to, jak moc závažné toto onemocnění je a jak velký obdiv mají nemocní, jejich příbuzenstvo, i zdravotnický personál, který o ně pečuje. Pro člověka, který trpí tímto onemocněním, to většinou znamená celoživotní břemeno.

Cílem bakalářské práce je blíže seznámit s touto problematikou nejen zdravotní personál, ale i širokou veřejnost.

1 HISTORIE BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

Již ve starověkém Řecku byly známy stavy ztřeštěného blouznění, které je provázeno povznesenou až bujarou náladou. V prvním století před naším letopočtem poprvé použil Soranus termín mánie. Poukázal také na to, že mánie jsou někdy střídány stavy takzvané melancholie, při níž pacienti pocítují slabost, únavu, jsou smutní a cítí beznaděj. Také popsal situaci, při které pacienti pocítují současně hněv i radost. Tento stav dnes označujeme termínem smíšená fáze.

1.1 ARETAEUS Z KAPPADOKIE

Aretaeus z Kappadokie (v roce 150 n.l.) vyjádřil přesněji vztah mezi dvěma hlavními náladami, tedy mánii a melancholií. Byl přesvědčen, že melancholie vždy předchází mánii a stává se tak její součástí. Euforii popsal tak, jak jí zná dnešní psychiatrie: „Má sice mnoho forem, ale jedná se o jedno onemocnění. Pacienti jsou hraví, veselý, smějí se, tančí dnem i nocí, domnívají se, že dokáží cokoli. Vše je u nich korunováno pocitem nekonečného vítězství. Věří, že jsou výjimeční v astronomii, filozofii i poezii“ (LÁTALOVÁ a kol., 2010, str. 15)

Popsal ale i závažnější formu psychotickou mánii, kde mohou být pacienti vzrušeni, podezřívaví a podráždění. Mohou vnímat zostřeně zvuky, slyšet bzukot nebo hlasy nebo mít zrakové halucinace, nezvladatelnou sexuální touhu, velmi často mohou dostat vztek, nakonec mohou naprosto zešilet a zabít své ošetřovatele nebo násilí obrátit proti sobě a zabít sebe.

Charakterizoval mánii jako onemocnění dospívajících a mladých mužů, kteří jsou občas náchylní k opilství nebo chlípnotem. Tyto mladíky bychom dnes nejspíše zařadili mezi cyklotymní nebo hyperthymní osobnosti. Porucha nálady je základním příznakem mánie (LÁTALOVÁ a kol. 2010)

1.2 FARLET A BAILLAGER

O sedmnáct staletí později byla objevena souvislost mezi mánii a melancholií Farletem, který popsal „cirkulující mánii“ a Baillagerem, který poprvé publikoval mánii dvojí formy. V Paříži došlo během 18. století k jisté humanizaci v péči o duševně

nemocné, při níž byla prováděna pečlivá klinická pozorování a vedeny podrobné chorobopisy.

Pokračování humanizačních reforem v Evropě v průběhu 19. Století učinilo z dříve neléčebné mánie či melancholie onemocnění s lepší prognózou.

1.3 KRAEPELIN

Kraepelinovým jedinečným přínosem pro světovou psychiatrii bylo to, že stanovil principy validního sledování. Zmínil, že různé formy onemocnění mají společnou dědičnost.

Stanovil následující principy validního sledování. Vyzoroval, že různé formy onemocnění mají společnou dědičnost, což znamená výskyt deprese v rodinách, kde byli maničtí pacienti, a naopak. Dále četnost přesmyků z mánie do deprese a naopak v podmínkách dlouhodobého sledování. Depresivní i manické rysy mohou být současně přítomny v jedné epizodě, což dnes nazýváme smíšená fáze. Ve většině případů zpozoroval periodický průběh onemocnění.

Tyto principy umožnily vytvořit koncepci takzvaného maniodepresivního šílenství, která nemusela být pro jeho vrstevníky úplně přijatelná. Její problematika tkvěla v asymetrii. Kraepelin pracoval s velmi širokou maniodepresivní skupinou a se skupinou depresivních nemocných (dnes unipolární deprese), která nemá protipól. (LATÁLOVÁ a kol., 2010).

Tabulka 1 - Vývoj konceptu bipolární porucha (upraveno dle Baldessariny)

150 n. l.	Aretaeus	melancholie→mánie
1854	Farlet a Baillarger	cirkulující a dvojitě šílenství
1867	Griesinger	jedno onemocnění
1882	Kahlbaum	cyklothymie
1899	Kraepelin	maniodepresivní psychóza

1960	Angst, Perrin, Winokur	rozdíly mezi unipolární a bipolární depresí
1976	Dunner a spol.	bipolární porucha II
1976	Mendels	pseudounipolární deprese
1978	Pope a Lipinski	přítomnost „schizofrénních“ symptomů v manické fázi
1983	Akiskal	koncept bipolárního spektra
1990	Goodwin a Jamison	maniodepresivní onemocnění

(LATÁLOVÁ A KOL., 2010 str. 19).

1.4 SOUČASNOST

Přibližně od poloviny minulého století bylo zjištěno, že depresivní porucha bez epizod mánie nebo hypománie (unipolární) se výrazně liší od deprese normální, která nastupuje v mladším věku a při níž se tyto epizody vyskytují, tedy bipolární deprese.

Existují unipolární pacienti s bipolárními předky. Zde se předpokládá, že se potvrdí společný genetický základ bipolární i unipolární deprese. Unipolární a bipolární deprese jsou sice rozlišitelné klinicky, ale podle rodinných anamnéz se v posledních letech začínají objevovat oblasti, kde se tyto jednotky překrývají a mohou být označeny jako pseudounipolární.

10-20 % pacientů s depresivní poruchou v průběhu následujících let prožije hypomanickou nebo manickou epizodu, tak by tudíž měli být reklasifikováni na bipolární afektivní poruchu I. nebo II. typu. Pokud k tomuto případu dojde, stává se tak průměrně šestý měsíc po první depresivní epizodě.

V současnosti je velmi kladen důraz na heterogenitu bipolární poruchy, která zahrnuje ne jednu, ale více odlišných klinických jednotek. (LATÁLOVÁ a kol., 2010).

Tabulka 2 rozdílné charakteristiky bipolární a unipolární deprese (dle Herman a kol., 2003)

	Bipolární	Unipolární
Anamnéza mánie/hypománie	ano	ne
Poměr pohlaví	1:1	Ženy > muži
Věk nástupu onemocnění	Dospívající 13-20, 20-30 let	Kolem 30., 40., 50. Roku věku
Poporodní epizoda	často	Méně často
Vznik epizody	Často pozvolný	Náhlý, zákeřný
Trvání epizod	3-6 měsíců	3-12 měsíců
Psychomotorická aktivita	Retardace více než agitovanost	Agitovanost více než retardace
spánek	Hypersomnie více než insomnie	Insomnie více než hypersomnie
Rodinná anamnéza		
Bipolární deprese	Spíše ano	Spíše ne
Unipolární deprese	Spíše ano	Spíše ano
Odpověď na psychofarmaka		
antidepresiva	Indikují hypománii/ mánii	Indikují hypománii/mánie vzácně
Soli lithia	Akutní antidepresivní efekt	Obecně bez efektu

(LATÁLOVÁ a kol., 2010, str. 17).

2 CHARAKTERISTIKA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

Bipolární porucha, neboli označovaná BAP, která byla v minulosti nazývána maniodepresivní nemoc nebo psychóza je biologicky způsobené psychické onemocnění. Tato nemoc je charakterizována výraznými výkyvy nálady, myšlení, tělesné a psychické aktivity a chování. Při závažné formě postihuje bipolární afektivní porucha jedno až dvě procenta populace a v lehčích formách dvakrát až třikrát více osob. Bipolární afektivní porucha patří podle údajů Světové zdravotnické organizace mezi 10 nejdražších onemocnění s nejhorsími výsledky (world health organisation). (RABOCH a kol., 2012).

O bipolární afektivní poruchu se jedná tehdy, pokud se u pacienta rozvinula minimálně jedna manická epizoda. Začátek onemocnění se typicky dostavuje v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. U mužů je to kolem osmnáctého roku a u žen kolem dvacátého roku (DOUBEK a kol., 2004).

Bipolární afektivní porucha je propojena tvořivostí a nevšedním talentem. Bipolární afektivní poruchou trpěla řada známých osobností světové kultury i politiky. Na jednu stranu jim tato nemoc přinášela velkou psychickou trýzeň, na druhé straně pomohla dosáhnout úspěchu ve společnosti. (HERMAN a kol., 2004).

Téměř šedesát procent pacientů je závislých na drogách a to jejich úzkostné stavy ještě umocňuje.

2.1 EPIZODY BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

- **Bipolární afektivní porucha I**

Kromě depresivní epizody musí být vždy přítomna alespoň jedna plně rozvinutá manická epizoda. Bipolární afektivní porucha I. odpovídá dříve popisované klasické maniodepresivní chorobě.

- **Bipolární afektivní porucha II**

U tohoto druhu se kromě depresivní epizody rozvine pouze hypománie. V průběhu nemoci není přítomna plně vyjádřena manická epizoda. Bipolární afektivní

porucha II. představuje mírnější podobu než bipolární afektivní porucha I. typu svým průběhem i reakcí na léčbu. (HERMAN a kol., 2004).

2.2 DRUHY BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

- **Mánie**

Porucha nálady je základním příznakem mánie neboli manické epizody. Nálada bývá povznesená, expanzivní nebo podrážděná. Tato nálada trvá minimálně týden. Pacient má pocit, že dokáže všechno, mívá sníženou potřebu spánku bez pocitu vyčerpání. Mívá zrychlené myšlení, rychlejší tempo řeči, než je u nich obvyklé, často činí náhlé a ukvapené rozhodnutí. Bez rozmyslu utrácí peníze, zadluží sebe i rodinu. Má pocit, že mu nikdo nerozumí a všichni se od něj odvrací a kritizují ho. Velmi nepříjemné je také to, že slyší hlasy osob, které nejsou přítomny nebo nereálné zvuky. Typickým rysem v tomto období bývá také zvýšená fyzická a psychická aktivita. (HERMAN a kol., 2004)

Málokdy sám pacient vyhledá ambulantního psychiatra, pokud se cítí podnikavý, hravý, aktivní. Velmi důležité u afektivních poruch je, aby všichni velmi důležité je, aby byli zúčastněni angažovaní a spolupodíleli se na léčbě. (PAVLOVSKY a kol., 2002)

- **Hypománie**

Charakteristické pro hypománii je trvale mírně povznesená nebo nadnesená nálada, která je provázena nárůstem energie a aktivity. Pocit dobré pohody, fyzické a duševní výkonnosti je pro pacienty typický. Mají zvýšenou sexuální energii a sníženou potřebu spánku. Dále jsou zvýšeně sociabilní a hovorní ? dopsat. Tyto symptomy ovšem nejsou výrazné do té míry, aby vedly k sociální izolaci. Hypománie není spojena s halucinacemi nebo bludy. Tato epizoda má rychlý rozvoj, dle diagnostiky by měla trvat nejméně čtyři dny, obvykle do týdne zmizí, výjimečně však trvá i několik týdnů nebo měsíců. Hypománie odpovídá na rozdíl od mánie mírnější manické epizodě bez závažnějších psychosociálních konsekvencí. (HERMAN a kol., 2004).

- **Deprese**

Snížená nálada je označovaná jako depresivní. Pacient vidí černě a může přemýšlet i o sebevraždě (HÖSCHL a kol., 1996).

Typické fáze mohou být v lehké, střední nebo těžší formě. Po každé minimální námaze se objevuje únava. Pro depresivní fázi je charakteristická smutná nálada, pocit beznaděje a bezmoci, ztráta životní energie, bezradnost, neschopnost se rozhodnout, pomalost myšlení, útlum motivace a přesvědčení, myslí si, že nic nemá cenu. Pocity zmaru, beznaděje a zoufalství jsou pro deprese typické. (KŘIVOHLAVÝ., 2003).

Není možné pacienty přimět k lepší náladě. Zhoršená nálada nereaguje na okolní změny. Takzvané somatické symptomy jsou pro období deprese typické. Ráno se pacienti probouzí o několik hodin dříve, než před obvyklou hodinou. Nejhorší stav deprese je obvykle ráno. Vyskytují se pocity smutku, které nemají jasnou příčinu. U pacientů sledujeme výrazně sníženou nebo zvýšenou chuť k jídlu, stejně jako nápadné přibírání nebo hubnutí. Pacient má problémy rozhodovat se v drobných věcech, které jsou pro zdravého člověka naprosto drobné a jednoduché k vyřešení. Pacienti se cítí naprosto bezvýznamní, cítí pocity viny a také mají sníženou sebedůvěru. Tělesné bolesti, bolesti hlavy, nevolnost od žaludku nebo bolesti hlavy nejsou vysvětlitelné tělesnou nemocí (GAY a kol., 2010).

Trvalým nedostatkem vhodných podnětů může vzniknout deprivace, tedy vážný psychický stav. (ČECHOVÁ A KOL., 2004).

Frustrace i deprivace jsou pociťovány jako stav neřešitelného duševního napětí, křivdy, viny nebo odmítnutí. Reakce na frustraci je většinou afektivní a emocionální se všemi psychosomatickými důsledky. (KYMROVÁ, 2011).

Bohužel ale mnoho lidí, kteří trpí depresí, nehledají pomoc, protože si nejspíše ani neuvědomují, že depresí trpí anebo si to uvědomují, ale stydí se za to a doufají, že deprese nějakým způsobem překonají. Stává se také, že nevěří v žádnou existující léčbu a pokouší se deprese překonat silou vůle. (PRAŠKO a kol., 2004)

- **Remise**

U remise dochází k normalizaci psychických pochodů, normální reaktivitě, realistické soudnosti, schopnosti pracovat, koncentrovat se, nebo navazovat vztahy. Je charakterizována adekvátní dobrou náladou, normalizací psychických stavů, realistickou soudností, schopností koncentrovat se, pracovat a navazovat vztahy. Je to u

bipolárních pacientů období mezi epizodami poruchy nálady. Tato nálada se nazývá euthymie. (HERMAN a kol., 2004).

- **Relaps**

Znamená návrat akutních příznaků epizody bipolární afektivní poruchy, tedy těch potíží, které již byly jakoby vyléčené. Podle statistik má bipolární afektivní porucha vysokou frekvenci relapsů, jedná se o 60-80 % pacientů, kteří během prvního roku od léčení epizody bipolární poruchy neužívají preventivně léky. Zejména při snižování dávky či medikace, je riziko relapsu vyšší. Přiměřená medikace sníží riziko na 10 až 15 % relapsu v prvním roce po odléčení epizody. Při pozorném sledování stavu pacienta se mu lze téměř vyhnout. Pokud se preventivní léčba vysadí příliš brzo, prodělá relaps téměř každý pacient.

Léčba relapsu patří k velmi kritickým klinickým problémům. Při dlouhodobé léčbě vznikají akutní epizody buď zvýšením intenzity choroby, jako například následek biologického nebo psychologického stresu. Jako další akutní epizoda je, pokud selhává kontrola nemoci léčbou, což znamená pokud nemocný redukuje nebo přerušuje efektivní léčbu. Pacient málokdy sám vyhledá ambulantního psychiatra, pokud se cítí šťastný, je podnikavý, aktivní, má hlavu plnou nápadů.

2.3 FAKTORY VZNIKU BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

Přesný příznak vzniku bipolární poruchy není dosud znám, předpokládá se však, že je způsobena nerovnováhou biochemickou látek v mozku, a to neurotransmiterů, především noradrenalinu, serotoninu, dopaminu, kyseliny gamaaminomáslelné (GABA) a glukotamátu. BAP je jednoznačně biologicky podložená nemoc, podobně jako je například bronchiální astma nebo diabetes. Rozhodně nejde o rozmar, životní nekázeň nebo osobnostní slabost.

Na rozvoji bipolární afektivní poruchy se rovněž podílí stres. To ovšem neznamená, že pouze stres je příčinou této poruchy. Tomuto onemocnění většinou předchází vrozené nebo dědičné dispozice. Nadměrný stres ovšem bývá spouštěčem bipolární afektivní poruchy. Malé stresy vedou zpočátku k drobným výkyvům nálady, ty ovšem ještě nejsou pravými depresemi (LATÁLOVÁ a kol., 2010).

2.3.1 SUICIDALITA U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

Myšlenky na sebevraždu jsou často jedním z příznaků bipolární poruchy. Jako první příznak nemoci jsou odhaleny sebevražedné sklony v období deprese. Sebevražedný pokus může být buď výsledkem pečlivého plánování, nebo náhlého impulzivního zkratu. Riziko pro spáchání sebevraždy u osob trpících bipolární poruchou je až 15x vyšší než u osob zdravých. Asi 50 % bipolárních pacientů učiní v průběhu života alespoň jeden sebevražedný pokus a až 15% bipolárních pacientů zemře sebevraždou.

Riziko sebevraždy je vysoké zejména v průběhu depresivní epizody, objevuje se ale bohužel i při mánii nebo smíšené epizodě.

Myšlenky na sebevraždu vyplývají z genetických a biologických mechanismů, nejsou tedy rozhodně projevem slabé vůle. Souvisejí stejně jako ostatní příznaky bipolární afektivní poruchy s narušením rovnováhy biochemických látek, především serotoninu. Pacienti, kteří trpí bipolární afektivní poruchou často trpí pocity bezvýchodnosti. Hledají únik z trýznivých pocitů psychické bolesti. Sebevražda se zdá být pro nemocného jediným východiskem. Pacientovi chybí životní cíle, přemýšlí o ztrátě života. Ovládají ho pocity ztráty vlastní ceny a potýká se s obtížemi, které ho potkávají na cestě životem. Velmi často má obavy ze smrtelných nemocí, rakoviny, zešílení nebo infarktu. Nemoc mohou také provázet výčitky svědomí a pocity viny, které jsou neodůvodněné.(ANDERS, 2012)

2.3.2 VÝSLEDKY STUDIÍ MORTALITY

Výsledky klinických a epidemiologických studií nasvědčují tomu, že pacienti trpící bipolární afektivní poruchou mají ve srovnání s běžnou populací vyšší riziko úmrtí jak z přirozených (většinou kardiovaskulárních), tak nepřirozených (suicidálních) příčin. Pacienti s bipolární afektivní poruchou ve srovnání s běžnou populací umírají dříve a nejčastější příčinou jejich úmrtí je sebevražda (MARANGELL a kol., 2006, LEVERICH a kol., 2003).

Celoživotní riziko suicidia u pacientů s bipolární afektivní poruchou se pohybuje mezi 10-15 %, což je třicetkrát výše než u běžné populace. Toto riziko je stejně vysoké u bipolární poruchy I (mánie a deprese) a II (hypománie a deprese).

Nálezky z různých studií se však mohou trochu lišit. Goodwin a Jamison (1990) uvádějí, že dokonce až 18,9 % bipolárních nemocných ukončí svůj život suicidiem. Vysoké uváděné procento se patrně týká těžších, neléčených pacientů. Další práce (Rihmer,1990.) hodnotila 100 pacientů, kteří se pokusili spáchat sebevraždu v rámci již předtím diagnostikované depresivní poruchy. Bylo zjištěno, že 53 % pacientů ze souboru splňovalo kritéria pro bipolární afektivní poruchu (46% pro BAP II, 1% pro BAP I). Tento jev autoři vysvětlují tím, že pacienti s bipolární afektivní poruchou II mají často komorbidní poruchu osobnosti, abúzus psychoaktivních látek a další doprovodné psychické poruchy“ (LATÁLOVÁ a kol.,)

2.4 LÉČBA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY A JEJÍ FORMY

Neléčená bipolární afektivní porucha má devastující vliv na pacienta i jeho rodinu devastující vliv. V současné době je farmakologická léčba jak v akutní, tak dlouhodobé fázi léčby zásadní. Významný vliv mají psychoterapeutické postupy a další léčebné metody, v naprosté většině případů však k účinné léčbě bipolární afektivní poruchy musí být zařazena i farmakoterapie.

2.4.1 DENÍK NÁLADY

Při léčbě bipolární afektivní poruchy se využívá deník nálady užitečným nástrojem, jak odhalit jisté pravidelnosti nálad i její kolísání nebo také zákonitosti situace, které ke kolísání nálady přispívají. Pacient zaznamenává užitou medikaci, prodělanou psychoterapii, počet hodin spánku v noci, závažné životní události, podrážděnost, úzkost, nejlepší a nejhorší náladu dne.

Medikace					Měsíc rok	0=žádná 1=mírná 2=střední 3=výrazná	Nálada Pro každý den zaznamenejte nejlepší a nejhorší náladu									
							Deprese			Norma	Hypománie					
Lék mg/den	Lék mg/den	Lék mg/den	Lék mg/den	Lék mg/den	Psychoterapie	Denní	Podrážděnost	Úzkost	Počet hod. spánku	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
						1										
						2										
						3										
						4										
						5										
						6										
						7										
						8										
						9										
						...										
						...										
						...										

						Hmotnost =												
--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.4.2 FARMAKOTERAPIE

- **Depresivní epizoda**

Mírné depresivní příznaky se léčí pouze optimalizací (většinou zvýšením dávky) dlouhodobě podávaných stabilizátorů nálady s antidepresivním účinkem (lamotrigin, lithium, olanzapin). Až při výraznějších depresivních příznacích se podávají antidepresiva, pokud možno vždy se stabilizátorem nálady. Samostatné podávání antidepresiv v depresivní epizodě BAP bez stabilizátoru nálady může být pro pacienta rizikové. U některých nemocných vede k přesmyku nálady do opačné, manické epizody nemoci. Tomuto přesmyku brání stabilizátor nálady.

- **Hypomanická epizoda**

Zde je stejně jako u depresivní epizody snaha léčit příznaky optimalizací a to zvýšením dávky dlouhodobě podávaného stabilizátoru nálady, který má antimanické účinky jako lithium, vaproáty nebo olanzapin, méně často přidáním antidepresiva.

- **Manická epizoda**

Tato epizoda se léčí antimanickým účinkem, opět nejlépe v kombinaci s dlouhodobě podávaným stabilizátorem nálady některé jako lithium, valproáty nebo olanzapin mají antimanické účinky, některé z nich ovšem mohou vést k přesmyku. Podáváním stabilizátoru nálady můžeme před tímto přesmykem chránit (DOUBEK kol., 2004).

2.4.3 PSYCHOTERAPIE

V roce 1954 se objevily první zmínky o možnosti psychoterapie u bipolární afektivní poruchy.

Pojem psychoterapie je forma léčby, při které se používají psychologické poznatky. Podpora zdravých částí osobnosti je jádrem všech psychoterapeutických postupů. Rozlišujeme individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Těžiště může být

v umělecké práci, dramatizaci, rozhovoru, psychogymnastice, nácviku dovedností nebo hraní rolí. Psychoterapie má za úkol obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním. Terapeut pomáhá postiženému porozumět tomu, co se děje, podpořit a rozvinout vše zdravé, najít cesty, jak překonat současné životní problémy atd. (COHEN a kol., 1954).

U více než 50 % pacientů se dosáhne remise onemocnění po 1,3 roku. Pozitivními prognostickými známkami jsou schopnost dále například nadání nebo talent pro některou dovednost, atraktivní vzhled a vnitřní disciplína (LATÁLOVÁ a kol., 2013).

- **Individuální psychoterapie**

Pomáhá obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevnou vztahovou osobu, které můžeme důvěřovat v krizových situacích. Individuální psychoterapie poskytuje přátelskou atmosféru, přijetí a pochopení, do ničeho nenutí. K léčbě bipolární porucha samotná psychoterapie nestačí, v kombinaci s psychofarmaky může být velmi vhodnou volbou. Volbu svého psychoterapeuta má pacient ve svých rukou. Musí se dbát na to, aby se svým terapeutem cítil dobře a musí cítit, že je přijímán takový, jaký je. Pokud se necítí se svým terapeutem dobře, je na místě najít si jiného. Ne každý se cítí s každým dobře, to je přirozené. Extrémní je ale situace u pacientů, kteří stále mění terapeuty, protože nejsou zejména pro nejistotu a podezřívavost spokojeni s nikým (DOENGES a kol., 2001).

- **Skupinová psychoterapie**

Skupinová terapie pomáhá pacientovi uvědomit si, že druzí prožívají mnohdy podobné věci, učí se od nich, jak se s onemocněním vyrovnat a jak řešit každodenní problémy. Psychoterapie pomáhá pacientovi svou důvěrnou atmosférou ujasnit si svoji situaci ve světě, dále porozumět způsobům, jakými se člověk vztahuje k druhým a také si uvědomit formy chování, které vedou ke stresu. (HERMAN a kol., 2004)

Skupinová terapie probíhá běžně ve skupině 8-12 osob. Vzhledem k nedostatku terapeutů terapii jeden terapeut, doporučováno je ale vést skupinu dvěma terapeuty a to v nejlepší případě mužem a ženou. Každé sezení trvá kolem 1,5 hodiny. Při skupinové terapii je důležité otevření jednotlivých členů, to má za následek vznik atmosféry

důvěry, otevřenosti, sympatie a spoluúčasti. V uzavřené skupině je složení skupiny konstantní a mezosobní interakce jsou hlubší. Do otevřené skupiny jsou průběžně přijímáni noví pacienti (LATÁLOVÁ a kol., 2010).

- **Rodinná psychoterapie**

Při psychoterapii i farmakoterapii je důležité, aby do léčby byli zainteresováni i rodinní příslušníci. Hledání viny je nesmyslné, protože škodí jak rodině tak pacientovi samotnému při hledání viny se z pacienta ztrácí z centra pozornosti skutečná pomoc.

Spekulace o tom, že nemoc zavinila matčina nadměrná péče, rodinné vztahy nebo otcova nadměrná přísnost, mohou velmi ztížit vztahy mezi rodinou, pacientem a terapeutem. Dodnes se bohužel s pojmem rodinná terapie automaticky spojuje představa nápravy rodinných příslušníků, proto má rodina často strach do rodinné terapie vstoupit. Rodina ale zpravidla znamená úlevu a možnost psychického vývoje pro každého člena rodiny. (HERMAN a kol., 2004).

Lehčí epizody nemoci se léčí bez hospitalizace buď ambulantně, nebo v denním stacionáři. Pokud je pacient hospitalizován, většinou se vrací do původní rodiny. Příbuzní potřebují od profesionálů podporu, informace, rady nebo psychoterapii. Edukační kurzy pro rodiny jsou velmi významné (DOUBEK a kol., 2004).

2.5 BAP V TĚHOTENSTVÍ

Pokud se rozhodujeme, zda zahájit terapii BAP, musíme si uvědomit, zda pacientka si přeje otěhotnět nebo zda již těhotná je. Vždy musíme porovnávat rizika mezi lékovým poškozením plodu a rizika, která vyplývají z neléčení BAP. Šance na otěhotnění se snižují s podáváním antipsychotik. (LATÁLOVÁ a kol., 2014).

2.5.1 LÉČBA BAP V TĚHOTENSTVÍ

- **Antipsychotika**

Pacientky, které plánují otěhotnět vždy informujeme o tom, že antipsychotika zvyšující hladinu prolaktinu šanci na otěhotnění snižují. Musíme tedy zvažovat jiné alternativy. Pokud se předepisuje olanzapin, musí se zvážit riziko vzniku gestačního diabetu a riziko zvýšení hmotnosti, v úvahu bereme rodinnou anamézu, aktuální hmotnost a etnikum.

- **Stabilizátory nálady těhotenství**

Pro stabilizaci nálady u těhotných se používají stejné skupiny farmatik jako u jiných pacientů (antiepileptika, lithium, antipsychotika). Velmi důležité je znát míru rizika, kterými jsou jednotlivé stabilizátory nálady zatíženy, abychom mohli porovnat všechny pro a proti.

I když je lamotrigin doporučován jako stabilizátor první volby, je lepší tuto medikaci ukončit. Zvažujeme raději přechod na alternativní medicínu (antipsychotika). (GAY a kol., 2010)

2.5.2 PLÁNOVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ

U nutné antimanické medikace volíme nízké dávky antipsychotik první generace nebo antipsychotika druhé generace. Pokud se po vysazení profylaktické medikace vyskytne deprese, je prvním krokem kognitivně-behaviorální terapie.

- **V průběhu těhotenství**

Jako udržovací terapii volíme antipsychotikum, pokud je psychický stav stabilní, ale bez medikace by hrozil relaps onemocnění. Pokud pacientka otěhotněla neplánovaně a léčba lithiem byla zastavena, zvažujeme jako udržovací terapii také antipsychotikum.

Období relapsu se po porodu zvyšuje na 70% (Kember a Gamba, 2006). Ihned po porodu zvažujeme nasazení nebo znovu nasazení medikace, pokud víme, že hrozí velké riziko vzniku akutní epizody (GAY a kol., 2010).

2.6 REAKCE BLÍZKÝCH OSOB NA BIPOLÁRNÍ PORUCHU

Blízcí pacienta si nedokážou představit, jak značně by mohla bipolární porucha jejich vztah ovlivnit, dokud to nezažijí na vlastní kůži. Po zjištění se dostaví silné emoce, jako je například nepochopení, strach...

2.6.1 EMOCE DOLÉHAJÍCÍ NA BLÍZKÉ OSOBY

Blízké okolí pacienta prožívá jeho nemoc nejintenzivněji.

- **Strach**

S nevědomostí je strach velmi spjat, je totiž těžké nevědět.

„Bojím se ho, má jiný pohled; už to není on“.

„Byl tak hodný, a teď nás týrá“.

„Dělá si z nás legraci“.

„Už neví, co dělá“.

„Začala pít, už to není ona“.

„Nikdy s námi takhle nemluvil“.

„Nevydrží chvíli na jednom místě“ (GAY a kol., 2010 str. 52).

- **Zlost**

Zlost patří mezi běžné citové projevy v blízkém okolí pacienta. Zlost je ale svým způsobem pochopitelná, její důvod pramení z pochopitelného vyčerpání, blízká osoba je zmatená, bojí se, že musí vše zařizovat pro nemocného a neví, jak situaci zvládne. Říká si, že léky jsou úplně zbytečné a lékaři jsou naprosto neschopni.

U příbuzných vyvolává hlavně v období pacientovi deprese vyčerpanost stejně jako jejich pasivita. Podobné pocity jsou vyvolány i u manické epizody, protože výstředností bipolárních pacientů jsou zdrojem mnoha konfliktů.

V této situaci je vhodné vyhledat psychologa, který pomůže určit příčiny zlosti a příbuzného uklidní. Není jednoduché přihlížet v klidu závislosti na alkoholu nebo drogách, opakovaným odchodům z domova nebo nulovým ohledům na blízké. Na bankovním účtu se dostávají do mínusu, což je také pro příbuzné velmi děsivé, rozhodně se nejedná o malé částky (GAY a kol., 2010).

- **Sebeobviňování**

Je přirozené, že člověk cítí vinu, když je sám zdravý a jeho příbuzný nebo partner je nemocný. Mnoho partnerů se obviňuje, že nemoc vypukla vzájemnou hádkou apod., ovšem událost, která zdánlivě odstartuje začátek epizody, bývá často náhodná. Hodnotit, co stalo a kde je kámen úrazu, je velmi problematické.

Dalším bodem, kdy dochází k pocitu viny je, že člověk má pocit, že toho nedělá pro svého partnera dostatečně a neposkytuje mu dostatek lásky a laskavosti. Pocity viny jsou absolutně největší, pokud dojde k myšlenkám na sebevraždu, nebo dokonce pokusu o ni. (GAY a kol., 2010).

- **Permanentní úzkost**

Úzkost, způsobená nemocí svého partnera nebo příbuzného trvá mnohem déle a škodí více než strach. Důvěra v medicínu je narušena a nastupují pochybnosti. Pokud jsou pacientovi blízcí sami spíše úzkostlivý o to hůře prožívají danou situaci (GAY a kol., 2010).

Nejtěžší je samotné přijetí nemoci, příbuzní se ovšem postupně učí. Vytrénují si „šestý smysl“, kterým včas rozpoznají příznaky v jejich zárodku, tudíž i přes řadu nejistot převládne pocit, že svého blízkého lépe pochopí poté si začnou vážit jeho odvahy.

Příbuzní si uvědomí, že i jim, dobrým lidem se dějí špatné věci. Není to ničím vina. Je to smutná věc a také nelehká ale musí si říci, že se s tím poperou a vše zvládnou. (HERMAN a kol., 2004).

Příbuzným je doporučeno podporovat pacienta jak psychicky, tak fyzicky a snažit se o různorodé aktivity aby se opravdu cítil jako člen rodiny a ne jako černá ovce. (CALLAGHAN a kol., 2006).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

Pacientka, 28 let přijata dne 3. 1. 2014 na psychiatrické oddělení z důvodu toho, že byla nalezena v kolejišti metra, kam spadla poté, co tancovala na okraji nástupiště. Tvrdila, že je nesmrtelná. Naštěstí si jí všimli dva muži, kteří ženě pomohli z kolejiště vylézt. Poté zavolali záchranou službu, která ženu dovezla na akutní příjem psychiatrické léčebny. S bipolární afektivní poruchou se u svého psychiatra léčí již druhým rokem. Léčbu zde na psychiatrii podstoupila už před rokem a půl, z důvodu toho, že se pokusila o sebevraždu. Pacientka občasně vysazuje léky, hlavně v období mánie.

3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Jméno a příjmení: X. Y

Datum narození: XX. XX. XXXX

Věk: 28

Pohlaví: žena

Adresa bydliště a telefon: XX

Adresa příbuzných: X

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Číslo pojišťovny: 111

Stání příslušnost: ČR

Datum přijetí: 3. 1. 2014

Typ přijetí: Akutní

Oddělení: Psychiatrie – uzavřené oddělení

Ošetřující lékař: XX

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Jsem tady kvůli doktorovi z akutního příjmu, protože se mu moc líbím a vím, že by to tu měl beze mě těžké, protože já jsem přesně ta, která se o něj postará. Rozhodně nepocit'uji, že bych měla být hospitalizovaná, naopak bych sem poslala jiné, kteří nesdílejí mé názory. Hlavně se vůbec necítím unavena, absolutně nechápu, co tady budu dělat, ale ok, asi chápu, že ten doktor z příjmu po mě touží“.

Medicínské diagnózy vedlejší: 0**Vitální funkce při přijetí:**

TK (krevní tlak): 120/70

P (pulz): 88'

D (dechová frekvence): 18

TT (tělesná teplota): 36,7°C

Stav vědomí: při vědomí

Výška: 176 cm

Hmotnost: 60 kg

BMI (body mass index): 19.37 – normální váha

Pohyblivost: plně mobilní

Krevní skupina: A - Rh pozitivní

Nynější onemocnění:

Bipolární afektivní porucha.

Informační zdroje:

Chorobopis, ošetrovatelská dokumentace, zdravotnický personál, pacientka.

3.2 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: 50 let, léčba alkoholismu y důvodu problémů v rodině, které psychicky nezvládala, nyní 15 let abstinuje. Jako důvod uvádí komplikované manželství a mužem, který trpí bipolární afektivní poruchou. Byly dny, kdy vůbec nechodil domů a potuloval se po městě a zadlužoval se. Vztah s dcerou v pořádku, prodělala běžná dětská onemocnění. Před pěti lety jí byl zjištěn benigní nádor prsu, nyní dochází pravidelně na kontroly. Má střední vzdělání, pracuje jako asistentka ředitele stavební firmy, kde je velmi spokojená.

Otec: 55 let, zjištěna bipolární afektivní porucha již před 20 lety, medikaci užívá, vztah s dcerou je komplikovaný, neprodělal žádná závažná onemocnění. Kvůli svému onemocnění je v plném invalidním důchodu. Nyní je stabilizován, manželka mu pravidelně každý den kontroluje medikaci. Byla mu zjištěna Diabetes Mellitus, před každým jídlem si píchá inzulin.

Sourozenci: Bratr, zdravý, prodělal běžná dětská onemocnění. Žije se svou přítelkyní v bytě. Se sestrou a matkou se stýká, s otcem nemají harmonický vztah kvůli jeho častým výkyvům nálad.

Děti: 0

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění:

Běžná dětská onemocnění, roku 2005 pacientka prodělala zápal plic.

Roku 2012 u pacientky zjištěna bipolární afektivní porucha.

Hospitalizace a operace:

V roce 2000 pacientka podstoupila apendektomii.

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: Běžná očkování Tetanus, proti chřipce, Hepatitida B.

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Název: Risperdal

Forma: tablety

Síla: 2 mg

Dávkování: 2 – 0 - 0

Skupina: neuroleptikum

Název: Hypnogen

Forma: tablety

Síla: 10 mg

Dávkování: 0 – 0 - 1

Skupina: hypnotikum

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Léky: 0

Potravinové látky: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

ABŮZY:

Alkohol: Příležitostně.

Kouření: Ano, 10 cigaret denně.

Káva: Ano, jeden šálek denně.

Léky: 0

Jiné drogy: Příležitostná uživatelka marihuany.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Menarché: Od 15 let.

Cyklus: Pravidelný.

Trvání: 6 dní.

Intenzita bolesti: Bez bolesti.

Poslední menstruace: 28. 1. 2013.

Umělé přerušování těhotenství: 0

Antikoncepce: Lindynette 20.

Menopauza: 0

Potíže klimakteria: 0

Samovyšetřování prsou: Provádí samostatně.

Poslední gynekologická prohlídka: 11. 10. 2014

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Bytové podmínky: Žije s rodiči v rodinném domě. Obývá samostatné patro, které je plně vybaveno.

Vztahy, role a interakce v rodině: Vztahy v rodině jsou složité, vzhledem k tomu, že pacientka i otec trpí stejnou poruchou. Pacientka otci svou chorobu vyčítá, že ují má kvůli němu a že lituje toho, že on je její otec. Matku to velmi trápí a snaží se rodinné vztahy uklidnit. Doma často probíhají hádky, a díky tomu pacientka odchází z domova ke kamarádce nebo ke své sestřenici. Vztah s matkou je bezproblémový. Pacientka má bratra, který bydlí se svou přítelkyní a snaží se být oporou jak své sestře, tak matce

s otcem. Společné bydlení ovšem už nezvládal a je rád, že může bydlet ve společném bytě se svojí přítelkyní. Pacientka se stýká velmi často se svojí sestřenicí z matčiny strany, která je jí velkou oporou ale také nejlepší kamarádkou. Navštěvují se minimálně jednou měsíčně, vždy tu pro ni byla, hlavně v období deprese, kdy si jí její starší sestřenice brala k sobě domů. Sestřenice má s pacientkou velkou trpělivost a věnuje se jí. Snaží se jí porozumět a nenechává jí se trápit hlavně v období deprese.

Záliby: Jízda na kole, plavání, cestování.

Volnočasové aktivity: Posezení s přáteli, hudba, festivaly, divadlo, kino, výlety, míčové hry, tenis

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Vzdělání: Střední odborné učiliště – obor kadeřnice.

Pracovní zařazení: Kadeřnice.

Čas odchodu do důchodu, jakého: 0

Vztahy na pracovišti: V práci se mezi kolegy respektují.

Ekonomické podmínky: V pořádku.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:

Ateistka.

3.3 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY ZE DNE: 6. 1. 2015

Hlava a krk: Hlava bez otoku, hematomu. Oční bulby ve středním postavení. Oči, uši, nos bez výtoků. Rty růžové, souměrné. Jazyk plazí ve střední čáře. Chrup plný – 32 zubů. Krk souměrný, mandle nezvětšeny, šíje volná.

Hrudník a dýchací systém: Symetrický, bez deformit. Poklep nad plícemi jasný. Dýchání čisté, 16/min.

Srdeční a cévní systém: Srdeční akce pravidelná, P 75/min. TK 110/68.

Břicho a gastrointestinální trakt: Břicho souměrné, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu. Pokleповě nebolestivé. Pacientka si stěžuje na nadýmání, má zácpu. Poslední stolice byla dne 1. 1. 2014.

Močový a pohlavní systém: Močení pravidelné, moč čirá, bez zápachu a příměsí. Genitál bez patologických změn.

Kosterní a svalový systém: Horní i dolní končetiny volně pohyblivé.

Nervový a smyslový systém: Pacientka orientována časem, prostorem i vlastní osobou. Spolupráce je bezproblémová.

Endokrinní systém: Diabetes mellitus 0, štítná žláza nezvětšena.

Imunologický systém: V pořádku, lymfatické uzliny nezvětšeny. TT – 36,5°C.

Kůže a její adnexa: Kožní turgor v normě. Barva kůže normální, bez patologických změn. Periferní prokrvení v pořádku.

3.4 ZHODNOCENÍ PACIENTKY DLE MODELU D. E JOHNSONOVÉ ZE DNE: 6. 1. 2014

1. Subsystem sdružování a příslušnosti

Subjektivně: „Jsem si jistá, že beze mě by všichni kolem mě nezvládali svojí existenci. Pokud někde přijdu, je o mě hned velký zájem, protože všem přináším pozitivní energii, už jsem strašně lidem pomohla a mám to ještě v plánu. Nesmí mi ale nikdo odporovat, protože pravdu mám jenom já. Stejně na to časem všichni přijdou.“

Objektivně: Pacientka nemá žádné zábrany v chování. Velice spontánní, sebestředná, má narcistické rysy. S komunikací nemá absolutně žádný problém, je extrovertní.

2. Subsystem závislosti

Subjektivně: „Rodina a všichni kolem mě jsou na mě závislí. Díky mě mají kde bydlet a jsou šťastni, i když si toho ne vždy váží. Já nejsem závislá na nikom, všichni jsou závislí na mě. Nesnáším, když mi někdo tvrdí, že něco nedokážu.“

Objektivně: Pacientka se domnívá, že by její rodina bez ní nefungovala. Rodina o pacientku projevuje velký zájem, často ji navštěvuje, zajímá se o její zdravotní stav. Rodinní příslušníci mohou pacientku navštěvovat každý den na dvě hodiny.

3. Subsystem příjmu potravy

Subjektivně: „Tady mi moc jídlo nechutnám, ale sním to, co mám dělat. Když jsem byla venku, tak jsem si mohla jíst, co jsem chtěla. Sice jsem na to teda upřímně neměla moc času, protože jsem měla na starosti opravdu důležitější věci, tak jsem si aspoň mohla dát, na co jsem měla chuť“.

Objektivně: Pacientka nedodrhuje žádnou dietu, nemocniční dieta číslo 3 – racionální. BMI v normě, 19.37. Po dobu hospitalizace zatím nedošlo u pacientky k váhovému úbytku.

4. Subsystem vylučování

Subjektivně: „Nepocituji žádný problém, proč se mě na to vůbec ptáte?“.

Objektivně: Příjem a výdej tekutin v normě. Stolice nepravidelná, naposledy dne 1. 1. 2014.

5. Subsystem sexuality

Subjektivně: „Šílí po mě jak muži, tak i ženy. Pokouším se obšťastnit co nejvíce osob. Sexuálně jsem velmi aktivní a rozhodně na tom nevidím nic jiného a kdo jo, tak je úplně mimo. Moji sexuální partneři si mě vychvalují a volají několikrát denně. Mám ji pár, kterým volám velmi často, ale také si musím vyzkoušet i nové sexuální partnery, jinak by byl život strašně nudnej a úplně o ničem přece. Ráda bych také vyzkoušela skupinový sex s muži i ženami. Měla jsem noční románek s ženou a poté se přidala další a bylo to zajímavé, proč nesvolit k tomu, aby s námi byli i muži“.

Objektivně: Z rozhovoru vyplívá, že pacientka velmi často střídá sexuální partnery. Užívá hormonální antikoncepci, při sexuálním styku nepoužívá bariérovou ochranu.

6. Subsystem výkonu/úspěchu

Subjektivně: „To, že jsem velmi úspěšná a hravá je o mě známo. Za úspěch ale budu považovat, až projedu celý svět a seznámím se se všemi možnými kulturami. Chci se bavit a užívat, ráda bych i začala malovat obrazy krajín a napsala bych také knihu o

úspěchu a víře v sebe samotnou. Ráda bych si jednou otevřela svůj vlastní kadeřnický salón a měla velkou klientelu. Dokážu vytvořit všechny možné účesy od krátkých až po prodlužování vlasů. Baví mě dělat jak melíry, tak i celé barvy a také experimentovat. Jsem si naprosto jistá, že se můj salón proslaví v celé České republice a postupem času i v Evropě a každý mi bude nejspíš závidět, ale to je jejich problém, nemůžu za to, že nejsou tak šikovní jako já. Spousta mých klientek je tak nadšená, že mi denně píší textové zprávy a děkují mi“.

Objektivně: Pacientka je vyučená kadeřnice, pracuje v jednom pražském salónu, kde má vybudovanou stálou klientelu. Do budoucna by si chtěla otevřít svůj vlastní kadeřnický salón a procestovat celý svět“.

7. Subsystem agresivity

Subjektivně: „Nemyslím, že jsem agresivní, ale pokud někdo nesdílí můj názor, tak mě to dokáže velmi rozčítit. Například na třídním srazy mi jedna bývalá spolužačka tvrdila, že si myslí, že jsem průměrná kadeřnice, což se mi opravdu nelíbilo, tak vznikla opravdu velká hádka, protože já jsem byla v právu. Já jsem ta, co vždy byla nejlepší a jen díky mě byla celá naše třída úspěšná“.

Objektivně: Pacientka nejeví známky agrese, spolupracuje se zdravotnickým personálem.

8. Subsystem odpočinku

Subjektivně: „V nemocnici se mi chce pořád spát, to je asi po těch práškách co mi tady dávají. Když jsem byla venku, tak jsme nemusela spát vůbec, nechápu proč to na mě tady tak doléhá, asi to má nějaký důvod ale o tom se nechci bavit.“.

Objektivně: Pacientka působí velmi unaveným dojmem, pospává i přes den a pozdě dochází na terapeutická setkání.

3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření ze dne 6. 1. 2014: krevní tlak, pulz, dechová frekvence, tělesná teplota.

Výsledky:

TK: 110/68

P: 75´

D: 16´

TT: 36,5°C

Konzervativní léčba ze dne 6. 1. 2014

Dieta: 3 - racionální

Výživa: plnohodnotná

Pohybový režim: plně mobilní

Rehabilitace: arteterapie, psychoterapie

Medikamentózní léčba ze dne 6. 1. 2014

- **PER OS:**

Název: Biston

Forma: tablety

Síla: 200 mg

Dávkování: 1 – 0 - 1

Skupina: antiepileptikum, stabilizátor nálady

Název: Stilnox

Forma: tablety

Síla: 10 mg

Dávkování: 0 – 0 - 1

Skupina: hypnotikum

- **PER RECTUM**

Název: Yal 67, 6 ml

Forma: roztok

Dávkování: jednorázově

Skupina: rektální roztok

3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka přivezena 3. 1. 2014 na akutní příjem a poté byla předána na uzavřené ženské oddělení.

Dnes 6. 1. 2014 hospitalizována třetí den pro manický atak. Pacientka spolupracuje, při vědomí, orientována vlastní osobou, prostorem a časem. Fyziologické funkce v normě, TK: 110/68, P: 75', D: 16', TT: 36,5°C. Příjem a výdej tekutin bez problémů. Pacientka dostává medikace dle ordinace lékaře (Biston 200 mg, Stilnox 10 mg). Dnes pro přetrvávající zácpu bylo lékařem naordinované klyzma, kdy byl pacientce podán do konečníku rektální roztok Yal. Pacientka je během hospitalizace unavená, často přes den spí. Nutno jí upozorňovat, aby dodržovala terapeutický režim. Vzhledem k tomu, že se již pacientka jednou pokusila o sebevraždu, je u ní nutná kontrola jejího emocionálního stavu a včas rozpoznat její výkyvy v náladě a předejít případným komplikacím, které by mohly vzniknout.

**3.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA
TAXONOMIE II (S POUŽITÍM NANDA INTERNATIONAL,
OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY. DEFINICE A KLASIFIKACE 2012 -
2014) ZE DNE:6. 1. 2014.**

Aktuální diagnózy:

1. Únava (00093)
2. Zácpa (00011)

Potencionální diagnózy:

1. Riziko sebevraždy (00150)

U pacientky byly rozpracovány dvě aktuální diagnózy – únava a zácpa a jedna diagnóza potencionální – riziko sebevraždy.

Ošetrovatelská diagnóza č. 1: Únava (00093)

Doména 4 : Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky:

- ospalost
- pocit únavy

Související faktory:

- onemocnění

Priorita:

- střední

Cíl:

- Krátkodobý cíl – Pacientka nejeví známky únavy - do 2 dnů.
- Dlouhodobý cíl – Pacientka má po dobu hospitalizace dostatek energie na dodržování stanoveného léčebného režimu.

Výsledná kritéria:

- Pacientka dodržuje stanovený léčebný režim – po dobu hospitalizace.
- Pacientka užívá léky na spaní dle ordinace lékaře – po dobu hospitalizace
- Pacientka je po probuzení dostatečně odpočatá – po dobu hospitalizace.
- Pacientka má po dobu hospitalizace dostatek energie.
- Pacientka má zajištěný denní program činností – po dobu hospitalizace.
- Pacientka aktivně spolupracuje se zdravotnickým personálem – po dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Edukuj pacientku o nutnosti dodržování léčebného programu – do 1 dne/všeobecná sestra.
2. Zajisti pacientce příjemné prostředí pro kvalitní spánek – po dobu hospitalizace/všeobecná sestra.
3. Dohlédni, aby pacientka dodržovala stanovený léčebný režim – po dobu hospitalizace/všeobecná sestra.
4. Přístupuj k pacientce s trpělivostí – po dobu hospitalizace/všeobecná sestra.
5. Podej léky na spaní dle ordinace lékaře/všeobecná sestra.

Realizace: 6. 1. 2014

- 9:00 pacientka edukována o léčebném programu – všeobecná sestra.
- 19: 00 pacientce vyvětrán pokoj a upraveno lůžko ke spánku – všeobecná sestra.
- 19:30 podán Stilnox dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý – cíl nesplněn, pacientka se cítí stále unavena.

Dlouhodobý cíl – pro splnění dlouhodobého cíle nadále pokračovat ve stanovených intervencích 2, 3, 4, 5.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2: Zácpa (00011)

Doména 3 : Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným nebo nekompletním odchodem stolice, a nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.

Určující znaky:

- vzedmuté břicho
- námaha při defekaci
- neschopnost posunu stolice

Související faktory:

- nedostatečné vyprazdňování
- nedávné změny prostředí
- emoční stres

Priorita:

- střední

Cíl:

- Krátkodobý cíl – Pacientka se po podání klyzmatu vyprázdní – do 1 hodiny.
- Dlouhodobý cíl – Pacientka má po dobu hospitalizace pravidelnou stolici.

Výsledná kritéria:

- Pacientka dodržuje stanovený léčebný režim – po dobu hospitalizace.
- Pacientka má příjem a výdej tekutin v normě – po dobu hospitalizace.
- Pacientka se pravidelně stravuje – po dobu hospitalizace.
- Pacientka se snaží předejít zácpě stanoveným léčebným programem – po dobu hospitalizace.
- Pacientka má zajištěné dostatečné soukromí při defekaci – po dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Edukuj pacientku o stanoveném léčebném režimu – do 1 hodiny/všeobecná sestra.
2. Zjisti příčiny a vyvolávací faktory zácpy – do 1 dne/všeobecná sestra.
3. Zajisti dostatečnou hydrataci pacientky – po dobu hospitalizace/všeobecná sestra.
4. Zajisti pacientce dostatečné soukromí při defekaci – po dobu hospitalizace/všeobecná sestra.
5. Edukuj pacientku o možnosti léčby zácpy – do 1 hodiny/všeobecná sestra.

Realizace: 6. 1. 2014

- 9:30 pacientka edukována o podání klyzmatu – všeobecná sestra
- 10:00 dle ordinace lékaře podáno klyzma pomocí rektálního roztoku (Yal) – všeobecná sestra.
- 11: 30 u pacientky proběhla defekace – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý – cíl splněn, pacientka vyprázdněna.

Dlouhodobý cíl – pro splnění dlouhodobého cíle nadále pokračovat ve stanovených intervencích 3, 4.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3: Riziko sebevraždy (00150)

Doména 11 : Bezpečnost/ochrana

Třída 3: Násilí

Definice: Riziko život ohrožujícího zranění způsobeného sebou samým.

Rizikové faktory:

- pokus o sebevraždu v anamnéze
- výrazné změny v chování
- psychiatrické onemocnění
- umístění do ústavu

Priorita:

- vysoká

Cíl:

- Krátkodobý cíl – Pacientka si osvojí alternativní zvládnání pocitů – do 3 dnů.

- Dlouhodobý cíl – Pacientka je po dobu hospitalizace emocionálně stabilní.

Plán intervencí:

1. Zajisti, aby byla pacientka po dobu hospitalizace emocionálně vyrovnaná/všeobecná sestra.
2. Zajisti pacientce příjemné prostředí - po dobu hospitalizace/všeobecná sestra.
3. Seznam pacientku s psychoterapeutickým režimem – do 1 dne/všeobecná sestra.
4. Zajisti, aby pacientka užívala pravidelně léky dle ordinace lékaře – dobu hospitalizace/všeobecná sestra.

Realizace: 6. 1. 2014

- 7:00 podán Biston 200 mg dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- 13:00 pacientka seznámena s psychoterapeutickým režimem – všeobecná sestra.
- 18:30 podán Biston 200 mg dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý – cíl splněn, pacientka udává, že se cítí psychicky dobře.

Dlouhodobý cíl – pro splnění dlouhodobého cíle nadále pokračovat ve stanovených intervencích 1, 2, 4.

3.8 CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka přivezena dne 3. 1. 2014 na akutní příjem psychiatrické léčebny, poté předána na uzavřené ženské oddělení.

Dne 6. 1. 2014 pacientka hospitalizována již třetí den. Od začátku hospitalizace si pacientka stěžovala na únavu, proto byla provedena edukace o dodržování léčebného režimu a spolupráce se zdravotnickým personálem. Přes den bylo pacientce doporučeno, aby docházela na psychoterapie a arteterapie. Pacientka je i přes to, neustále unavená a polehává přes den na pokoji, cíle nebyly splněny, pro jejich splnění nutno pokračovat ve stanoveném plánu intervencí.

Pacientka si stěžovala na problém s vyprazdňováním stolice. U pacientky proběhla edukace o možnostech léčby zácpy a následně bylo provedeno klyzma. Pacientka se do jedné hodiny vyprázdnila, pocítila úlevu, krátkodobý cíl byl splněn, pro splnění dlouhodobého cíle nutno pokračovat ve stanoveném plánu intervencí.

Vzhledem k pokusu o sebevraždu v anamnéze bylo u pacientky stanoveno riziko sebevraždy, u pacientky byl monitorován její emocionální stav. Díky medikamentózní léčbě a léčebnému programu je pacientka k dnešnímu dni emocionálně stabilní. Krátkodobý cíl byl splněn, pro splnění dlouhodobého cíle nutno pokračovat ve stanoveném plánu intervencí.

Pacientka si začíná uvědomovat pomocí medikace a psychoterapií pravý důvod svého pobytu na psychiatrickém oddělení. Postupně se její stav začíná zlepšovat.

Doporučení pro praxi

Všeobecná doporučení pro zdravotnický personál:

- Být trpěliví
- Snažit se pacientce porozumět
- Komunikovat s pacientkou
- Brát na pacientku větší ohled vzhledem k jejímu onemocnění
- Přesvědčovat pacientku, aby byla aktivní
- Zapojit ji do kolektivu
- Nemluvit s ní jako s nemocnou, ale jako s rovnocennou

Všeobecná doporučení pro pacienty:

- Nepodceňovat a nevysazovat medikaci od svého psychiatra bez konzultace
- Vyhýbat se alkoholu a drogám
- Nestýkat se s lidmi, kteří se pacientovi vysmívají kvůli jeho onemocnění

- Stýkat se s lidmi, kteří trpí stejným onemocněním a zvládají ho bez větších problémů a mohou poradit, jak se zachovat v krizových situacích a kam se obrátit
- Snažit se začlenit do kolektivu a nestránit se
- Při jakémkoliv problému se obrátit na zdravotnický personál nebo rodinu
- Nedusit v sobě problémy

Všeobecná doporučení pro rodinu:

- Rodina musí onemocnění přijmout
- Docházet s pacientem na rodinnou psychoterapii
- Zjistit si o nemoci dostatek informací
- Nezůstat v tom sám a poradit se s ostatními příbuznými, jak dále fungovat
- Pomáhat pacientovi dodržovat pravidla medikace
- Pacient v rodině musí najít podporu, i když je to pro rodinu velmi stresující
- Zajistit pacientovi bezpečné zázemí
- Snažit se neshromažďovat doma žádné návykové látky

ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována ošetrovatelské péči o pacienta trpícího bipolárního afektivní poruchou. Je určena pro všeobecné sestry, ale i pro zdravotnický personál pracující s lidmi, kteří touto poruchou trpí, nebo je onemocnění zajímavá a rádi by se o něm dozvěděli více. Práce je také věnována rodinám pacienta, pro které je sOuzítí s pacientem velmi náročné a musí být velmi tolerantní, i když je to pro ně mnohdy velmi psychicky i fyzicky náročné.

Téměř všechny ošetrovatelské cíle byly splněny dle plánovaných intervencí splněny.

SEZNAM LITERATURY

- ANDERS Martin. 2012. Depresivní porucha, 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2012.
ISBN: 978-80-7345-283-4
- CALLAGHAN Patrick, Helen Waldoek. 2006. Mental Health nursing, 1.vyd.
Oxford. ISBN 0-19-856898-3
- ČECHOVÁ Věra, Marie Rozsypalová, 2005. Obecná psychologie, 5.vyd. Brno:
Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN
80-7013-343-0
- DOENGES E. Marylin, Mary Moorhouse. 2001. Kapesní průvodce pro
zdravotní sestry. Grada. ISBN 80-247-0242-8
- GAY CHRISTIAN , 2010. Bipolární porucha – Rady pro rodiny a blízké osob
s maniodepresivními stavy, 1.vyd. Praha: „Agence de l’Est“. ISBN 978-80-73
- HERMAN Erik, Ján Praško, Pavel Doubek, Jiří Hovorka. 2004. Bipolární
porucha a její léčba. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-051-8
- HÖSCHL Cyril, 1997. Psychiatrie, 1.vyd.Praha: Scientia Medica. ISBN 80-
85526-64-6
- KYMROVÁ Eva, 2011. Holistické přístupy v psychologii, 1.vyd. Praha:
Maurea. ISBN 978-80-904955-0-067-668-1
- KŘIVOHLAVÝ Jaro, 2003. Co je deprese, 2.vyd. Praha: Grada. ISBN: 80-247-
0575-3
- LATÁLOVÁ Klára, 2013. Agresivita v psychiatrii, 1.vyd. Praha: Grada
Publishing. ISBN 978-80-247-4455-4
- LÁTALOVÁ Klára, 2010. Bipolární afektivní porucha, 1.vyd. Praha: Grada
Publishing. ISBN 978-80-247-3125-4

MARILYNN Doegnes, Mary Frances Moorhouse, 2001. Kapesní průvodce zdravotní sestry, 7. Vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8

RABOCH Jiří, Pavel Pavlovský, Dana Janotová, 2012. PSYCHIATRIE minimum pro praxi, 5.vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4

PAVLOVSKÝ Pavel., Eva Malá, 2002. Psychiatrie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0

PRAŠKO Ján, 2007. Co je to deprese a jak se léčí, 1.vyd. Praha: Triton.

ISBN 978-80-7387-065-2

RABOCH Jiří, Pavel Pavlovský, 2012. Psychiatrie, 1.vyd .Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9

VAVRUŠOVÁ. L. 2004. Bipolární porucha, 1 vyd. Osveta, 2004. ISBN 80-8063-136-0

VOKURKA Martin, Jan Hugo,2011. Praktický slovník MEDICÍNY, 10.vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262

Herdman Heather, 2012. Ošetřovatelské diagnózy Nanda International, 1.české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8

SKRIPTA ŠKOLA OD HOLEK OPSAT

ČECHOVÁ Věra, Marie Rozsypalová, 2005. Obecná psychologie, 5.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-343-0

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení	I
-------------------------------------	---

Příloha A - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky s bipolární afektivní poruchou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7.

V Praze dne 26. 3. 2014

.....