

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní  
poruchou**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Kristýna Brejchová**

**Praha 2016**

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou**

Bakalářská práce

Kristýna Brejchová

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2016



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

**Brejchová Kristýna**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 9. 4. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou

*Nursing Process in Patients with Bipolar Affective Disorder*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 9. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D., za užitečné a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu, kterou mi poskytla po celou dobu mého studia.

## ABSTRAKT

BREJCHOVÁ, Kristýna. Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha 2016. 53 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou. Práce je rozdělena do dvou částí, přičemž teoretická část se zabývá charakteristikou bipolární afektivní poruchy. Jsou popsány příčiny, příznaky, diagnostika a léčba tohoto onemocnění. Závěr teoretické části se věnuje specifikům ošetrovatelské péče u pacientů s depresivní či manickou epizodou. Ve druhé, praktické části byl sestaven ošetrovatelský proces. Je zde popsán konkrétní případ pacienta, kterému byl diagnostikován rozvojem manické epizody a mírnou poruchou přizpůsobení. Pacient byl hospitalizován na příjmovém oddělení pavilonu 1 v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Ošetrovatelský proces byl zpracován podle taxonomie II. NANDA I domény 2012–2014 a na zpracování získaných informací byl využit ošetrovatelský model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové v modifikaci 13. domén taxonomie II.

### Klíčová slova

Bipolární afektivní porucha. Deprese. Mánie. Nálada. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Psychofarmaka. Všeobecná sestra.

## ABSTRACT

BREJCHOVÁ, Kristýna. *Nursing Process in Patiens with Bipolar Affective Disorder*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2016. 53 pages.

This bachelor thesis is engaged in problems of nursing process for patiens with bipolar affective disorder. The thesis is devided into two parts. The first theoretical part is about bipolar affective disorder, their characteristics and epidemiology. It describes history, causes, symptoms and treatment of this disease. In this part, there are also described specifics of nursing care in patiens with depressive or manic episode. The second practical part includes a nursing process. It presents the case of a patient with manic episodes and the development of mild adjustment disorders. Patiens was hospitalized at the revenue department Pavilion 1 in Psychiatric hospital Bohnice. A nursing process was created according to NANDA I taxonomy II. Nursing diagnosis 2012–2014.

### Keywords

Bipolar Affective Disorder. Depression. General Nurse. Mania. Mood. Nursing Care. Nursing Care in Psychiatry. Psychotropics.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD.....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>1 Bipolární afektivní porucha .....</b>	<b>- 14 -</b>
1.1 Typy bipolárních poruch .....	- 16 -
1.2 Klinický obraz bipolární afektivní poruchy .....	- 17 -
1.3 Průběh bipolární afektivní poruchy .....	- 20 -
<b>2 Diagnostika BAP .....</b>	<b>- 23 -</b>
2.1 Psychiatrické vyšetření .....	- 24 -
2.2 Psychologické vyšetření .....	- 24 -
2.3 Laboratorní vyšetření .....	- 25 -
2.4 Zobrazovací a vyšetřovací metody .....	- 25 -
<b>3 Léčba BAP.....</b>	<b>- 26 -</b>
3.1 Psychofarmaka.....	- 26 -
3.2 Psychoterapie .....	- 28 -
3.3 Biologická léčba.....	- 29 -
<b>4 Ošetrovatelská péče u pacientů s depresí.....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>5 Ošetrovatelská péče u pacienta s manickou epizodou</b>	<b>- 35 -</b>
<b>6 Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou .....</b>	<b>- 36 -</b>
<b>7 Doporučení pro praxi.....</b>	<b>- 63 -</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>- 65 -</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>- 66 -</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BAP</b> .....	Bipolární afektivní porucha
<b>BAP I</b> .....	Bipolární afektivní porucha 1. typu
<b>BAP II</b> .....	Bipolární afektivní porucha 2. Typu
<b>BMI</b> .....	Body Mass Index
<b>CNS</b> .....	Centrální nervový systém
<b>CRP</b> .....	C – reaktivní protein
<b>CT</b> .....	Computed Tomography (počítačová tomografie)
<b>ECT</b> .....	Elektrokonvulzivní terapie
<b>EEG</b> .....	Elektroencefalograf
<b>EKG</b> .....	Elektrokardiograf
<b>KO</b> .....	Krevní obraz
<b>MKN</b> .....	Mezinárodní klasifikace nemocí
<b>PET</b> .....	Pozitronová emisní tomografie
<b>rTMS</b> .....	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace
<b>SPECT</b> .....	Single Photon Emission Computed Tomography (tomografická scintigrafie)
<b>THC</b> .....	Tetrahydrokanabinol, psychoaktivní látka
<b>TK</b> .....	Krevní tlak
<b>TT</b> .....	Tělesná teplota

(VOKURKA a kol., 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Anhedonie** – nemocný neumí prožívat radost

**Antidepresiva** – léky tlumící klinické deprese

**Antipsychotika** – léky zmírňující psychotické symptomy

**Arteriální hypertenze** – onemocnění, pro které je typický zvýšený krevní tlak v tepnách (artériích)

**Anxiolytika** – léky, tlumící úzkost

**Blud** – chorobné přesvědčení člověka, že je na dálku kontrolován či ovlivňován člověkem, společností nebo nadpřirozenou silou

**Cyanóza** – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je způsobeno nedostatečným okysličováním krve

**Dysfunkce** – porušená funkce orgánů

**Edukace** – poučení, informování

**Echopraxie** – opakování každodenních činností druhé osoby

**Euthymie** – duševní klid, vyrovnanost člověka

**Farmakoterapie** – léčba pomocí léků a infuzních roztoků

**Gastrointestinální trakt** – trávicí systém

**Halucinace** – smyslový klam

**Hospitalizace** – umístění nemocného do léčebného zařízení

**Hypománie** – slabší forma mánie, pro kterou je typická povznesená nálada, nadbytek energie a rozjařenost

**Hypnotika** – léky podporující spánek, usnadňují usínání

**Hyperparathyreóza** – nadměrná produkce hormonu příštítných tělísek

**Hypercholesterolémie** – vysoká hladina cholesterolu v krvi

**Hypersexualita** – nadměrná sexuální aktivita

**Hypoproteinémie** – snížená koncentrace bílkovin v krevním řečišti

**Hypothyreóza** – nízká produkce hormonu příštítných tělísek

**Intravenózní** – způsob aplikace do krevního řečiště

**Intoxikace** – otrava, při které je přítomný jed v organismu

**Megalomanie** – chorobná vášeň po vyniknutí

**Maligní katatonie** – život ohrožující stav, při kterém se vyskytují bludy, srdeční frekvence je zvýšená, léčba pouze elektrokonvulzivní terapií

**Noradrenalin** – hormon dřeně nadledvinek

**Obstipace** – zácpa

**Per rektum** – fyzikální vyšetření přes konečník

**Per os** – ústy

**Peristaltika střevní** – pohyby, které provádějí svaly trávicího traktu

**Polyurie** – časté močení, výdej moči přesáhne 2800 ml za den

**Polydipsie** – patologicky nadměrná žíznivost

**Reverz** – souhlas, o uvědomění si důsledků stanovených předem

**Screening** – vyhledávání odchylek od normy

**Suicidum** – sebevražda

**Schizofrenie** – duševní porucha, při které dochází k rozpolcení osobnosti

**Tachypsychie** – překotné myšlení, myšlenkový trysk

(VOKURKA a kol., 2010)

# ÚVOD

Tato práce je určena pro studenty ošetrovatelství a dalších nelékařských oborů. Ke zpracování byla vybrána problematika bipolární afektivní poruchy. Bipolární afektivní porucha je závažné, mnohdy celoživotní duševní onemocnění, postihující zhruba 1 % dospělé populace. (LÁTALOVÁ, 2010) S tímto onemocněním se čím dál častěji setkáváme jak v psychiatrii tak, ale i jako součást jiného onemocnění. Cílem této práce bylo vysvětlení problematiky bipolární afektivní poruchy a zvýšení informovanosti o tomto onemocnění.

## **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracovat problematiku Bipolární afektivní poruchy. Popsat historii, epidemiologii, symptomatologii, diagnostiku a léčbu.

**Cíl 2:** Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s manickou či depresivní epizodou.

## **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s bipolární afektivní poruchou, který byl hospitalizován na příjmovém oddělení pavilonu 1 v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

**Cíl 2:** Vytvoření doporučení pro praxi.

## **Vstupní literatura**

LÁTALOVÁ, Klára, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. První vydání. Praha: Grada.

ISBN 978-80-247-3125-4.

MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. První vydání.

Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

**Popis rešeršní strategie:**

Do rešeršní strategie byly zadány tyto limity:

**Časové vymezení: 2005 - současnost**

**Klíčová slova:** Bipolární afektivní porucha. Deprese. Mánie. Nálada. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Psychofarmaka. Všeobecná sestra.

jazyk: český, slovenský, anglický

**Číslo rešerše:** 797/2015

**Základní prameny:** Medvik (katalogy NLK, Bibliographia Medica Čechoslovaca, MEDLINE), Theses.cz

# 1 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha (BAP), která se často udává pouze jako „bipolární porucha“ nebo „psychoafektivní porucha“ je závažné, mnohdy celoživotní duševní onemocnění, postihující zhruba 1 % dospělé populace. Bipolární porucha může propuknout kdykoliv během života, nejčastěji se první epizoda projeví mezi 15. a 20. rokem. Onemocnění postihuje jak ženy, tak stejně i muže. Typicky se projevuje změnami nálad, které v průběhu onemocnění kolísají mezi dvěma póly („bipolární“). Původní prevalence bipolární afektivní poruchy byla 1 %, což zahrnovalo příznaky pro klasickou bipolární poruchu. Postupem času se prevalence vyhoupla až na 5 %, ta zahrnuje poruchy tzv. širšího spektra. Lidé s tímto onemocněním trpí opakujícím se období tzv. epizody. Základní charakteristikou bipolární poruchy jsou více nebo méně výrazné poruchy nálad, spánku, chování a myšlení. Chorobně zvýšené nálady a aktivity neboli mánie, hypománii, při které dochází k útlumu, obdobím chorobně pokleslé nálady, které se nazývá deprese a obdobím, kdy je nálada normální, euthymie. Tyto poruchy obohacují základní dělení bipolární poruchy na BAP I, kdy se musí vyskytnout kromě depresivní epizody, alespoň jedna manická epizoda a BAP II, při které se rozvine spolu s depresivní epizodou pouze hypománie. Někteří autoři, jako např. Gay (2010), uvádějí i BAP III. Odborníci tvrdí, že se jedná o konkrétní depresivní epizody, které následují manickými stavy, což je zapříčiněno léčbou antidepresivy či jinými látkami, účinkující na náladu člověka jako jsou kortikoidy. Pacienti dobře reagují na předepsání stabilizátorů nálady. (GAY, 2010), (LÁTALOVÁ, 2010), (DOUBEK et al., 2011)

Vzhledem k více užívanému dělení na BAP I a II se budeme v textu držet tohoto dělení. Jelikož se klinický obraz u pacientů liší a jednotlivé epizody se v životě pacienta mohou projevovat pokaždé jinak, pacienti si nikdy nemůžou být jisti, jak je daná epizoda zasáhne ani jak bude dlouho trvat. Tato porucha bývá často spojena s rizikem sebevraždy, zneužití návykových látek, mohou nastat problémy v rodině, ztráta zaměstnání, ale i problémy se zákonem. (BREZNOSČÁKOVÁ et al., 2008), (ANDERS, M. et al., 2015), (PRAŠKO et al., 2011), (RABOCH et al., 2012)

Příčiny vzniku bipolární poruchy nelze přesně určit, předpokládá se, že porucha je způsobena kombinací biologických, psychologických a genetických faktorů.

Z biologických faktorů se uvádí např. změny imunitní, biochemické, endokrinologické nebo funkční změny v CNS. Genetická predispozice u bipolárních poruch je různá, pokud onemocněním trpí pouze jeden z rodičů je pravděpodobnost výskytu onemocnění asi 5%. V případě, že onemocněním trpí oba dva rodiče je riziko značně vyšší, a to zhruba 30%. Z psychologických faktorů jsou to zejména nepříznivé životní události např. ztráta zaměstnání, chudoba, ztráta blízké osoby, špatné poměry v rodině vážná nemoc, vyšší věk, konflikt se zákonem nebo nadměrné užívání alkoholu a návykových látek. Tyto faktory, které předcházejí rozvoji mánie, či deprese nazýváme spouštěče. (PETR et al., 2014), (BREZNOSČÁKOVÁ et al., 2008), (GAY, 2010), (ŠLAISOVÁ et al., 2005)

Už ve starověkém Řecku byly zaznamenány výkyvy chování, které byly doprovázeny povznesenou až bujnou náladou. V 1. st. př. n. l. Soranus poprvé definoval termín mánie, dále poukázal na to, že stavy mánie se střídají s tzv. melancholií, kdy pacient trpí únavou, úzkostí či plačtivostí. Jako první popsal situaci, při které pacienti pociťují hněv i radost najednou. V dnešní době tento stav nazýváme smíšená fáze. Souvislost mezi mánií a melancholií popsal v roce 150 n. l. Areteus z Kappadokie. Ten se domníval, že melancholie předchází mánií, dále popsal euforickou mánií, při které jsou pacienti veselí, bezstarostní a hraví. Nezapomněl popsat ani závažnou formu mánie, kdy jsou pacienti podráždění, může se objevit rozostřené vnímání, halucinace, hlasy v hlavě, pacienti mohou pociťovat neovladatelný vztek, díky kterému mohou zešilet a dokonce uškodit sobě či druhé osobě. Mánií a melancholií se znovu začal zabývat Farletem (1854), který formuloval „cirkulující mánií“, a téhož roku byla popsána „mánie dvojí formy“ Baillargerem. (LÁTALOVÁ, 2010)

O 60 let později zasáhl významně do světové psychiatrie Kraepelin, ten nejenže spojil melancholií s mánií v jednu jednotku, ale hlavně vytvořil 5 zásad pro metodologické pozorování. Mezi ně patří:

- společná dědičnost u stejných forem onemocnění- přeskočení z fáze mánie do deprese a naopak,
- počet přeskočení z mánie do deprese a naopak v závislosti na dlouhodobém pozorování,
- superponované epizody - při kterých dojde k mánii u pacienta s depresivní povahou a naopak.
- v jedné fázi může být přítomna jak deprese, tak i mánie- tzv. smíšená fáze
- téměř vždy periodický průběh onemocnění. (LÁTALOVÁ, 2010)

V roce 2000 Burgeois a Marneros doplnili Farletovu koncepci teorií, že ataka se střídá s lucidními intervaly, které jsou v dnešní době již bezpříznakové. Díky humanizačním reformám, které proběhly v 19. století v Evropě, se z dříve neléčené mánie a melancholie stalo onemocnění s lepší prognózou. (LÁTALOVÁ, 2010)

## **1.1 Typy bipolárních poruch**

Bipolární porucha se většinou projevuje kolem období dospívání. U více jak poloviny postižených se objeví zhruba do 18. věku života. Vzhledem k tomu, že symptomy lze velmi snadno zaměnit s projevy krize, typické pro tuto životní etapu, je určení správné diagnostiky BAP obtížné. Bipolární porucha je charakterizována střídáním epizod deprese, mánie nebo hypománie a dělí se na několik skupin. (GAY, 2010)

### **Bipolární porucha prvního typu (BAP I)**

Typické manické záchvaty se střídají s depresivní fází a s normální náladou. Určení diagnózy se děje především v období manické epizody. (GAY, 2010)



## Bipolární porucha druhého typu (BAP II)

U tohoto typu je manická část méně patrná. Dochází ke střídání období hypománie, deprese a normální nálady. Přičemž jako první se začnou objevovat problémy s depresí. (GAY, 2010)

### **1.2 Klinický obraz bipolární afektivní poruchy**

Pro bipolární afektivní poruchu jsou typické střídající se manické a depresivní epizody. Může se vyskytnout i epizoda smíšená, která se vyznačuje smíšenými nebo rychle se opakujícími hypomanickými, manickými a depresivními stavy. (LÁTALOVÁ, 2010)

Níže jsou popsány možné příznaky a fáze BAP:

#### Mánie

Mánie je porucha nálady, podobně jako deprese, ale v opačném pólu. Během manické epizody je nálada nadměrně veselá, sebevědomí je zvýšeno. Nemocní vše prožívají pozitivně, jsou spokojeni a úspěšní. Někteří nemocní udávají pocity až mimořádných schopností a síly. K odpočinku jim postačuje pouze pár hodin spánku, protože nepocítují únavu, potřeba jídla a pití je snížena. Naopak se objevuje zvýšený sklon k cigaretám, alkoholu a návykovým látkám. Dalším typickým znakem je odbrzděnost, při které se nemocní snaží realizovat náhlé nápady, často neodhadnou následky jejich spontánního chování, které může vést k nezodpovědnosti, riskantnímu nebo nevhodnému utrácení peněz, např. zbytečné utrácení peněz, zadlužování, riskantní investice. Provádějí náhlé, nepromyšlené činy. Mají zvýšenou sexuální aktivitu. Připadají si zábavní, neodolatelní a často pocítují vystupňované sebepřeceňování (megalomanie) a sebekritika je snížena. Dále pacienti trpí tachypsychií, což je porucha myšlení, při které se pacientovi objevuje velké množství myšlenek, které na sebe nenavazují. Pacientův projev se stává nesrozumitelný, slova a věty nedávají význam, tzv. „slovní salát“.

Manická epizoda je charakteristická náhlým rozvojem, pro diagnostiku je určující doba, po kterou nemocný mánií trpí. Ta by měla být zhruba týden, zřídka kdy trvá několik týdnů nebo měsíců. Manické období se může vyskytovat v souladu s psychotickými příznaky, jako jsou bludy a halucinace a postihuje až jednu třetinu nemocných. Bludy bývají ve smyslu nadpřirozených schopností. Halucinace mohou být sluchové či zrakové (např. hlasy, které napovídají k různým činnostem). Klinické pozorování došlo k tomu, že psychotické příznaky mohou souviset s aktuální náladou, být neutrální či být absolutně v rozporu s povznesenou náladou. Nemocní si často neuvědomují, že jsou nemocní, mohou být agresivní, vyvolávat konflikty. Mánie je psychický stav, který by se neměl podcenit a často se neobejde bez hospitalizace. (RABOCH et al., 2012), (GAY, 2010), (LÁTALOVÁ, 2010), (KUČEROVÁ, 2013)

### Hypománie

*Pro hypománii je charakteristická trvale mírně nadnesená nebo povznesená nálada, provázena nárůstem energie a aktivity.* (LÁTALOVÁ, 2010, s. 26) Nemocní se cítí dobře jak po psychické tak po duševní stránce. Rádi vyhledávají společnost, jsou hovorní, potřeba spánku je snižena a trpí hypersexualitou. Tyto charakteristické symptomy nemusí být natolik výrazné, aby zapříčinily narušení pracovních činností nebo přecházely až k sociální izolaci. U této poruchy se nevyskytují bludy ani halucinace. Epizody se z pravidla vyskytují náhle, mají rychlý rozvoj a podle diagnostických kritérií trvají nejméně čtyři dny, k vymizení dochází zhruba do týdne, jen zřídka trvají několik týdnů či měsíců. Hypománie je epizoda, která oproti manické je mírnější a nevede k vážnějším psychosociálním následkům. (LÁTALOVÁ, 2010)

### Hyperthymní charakter

Jedná se o životní seřízení, typický rys osobnosti. Jedinci s takovým to nastavením mají rádi společnost, jsou neúnavní a výkonní. Nemocní mohou mít občas problém s přizpůsobením se okolí, neshodují se v názorech druhých a rádi riskují, tím pádem se často dostávají do sporů. (LÁTALOVÁ, 2010)

## Delirantní mánie

Syndrom delirantní mánie byl popsán poprvé v roce 1849, kdy ze 40 pacientů, projevujících tyto příznaky, jich 30 zemřelo. Pro tento syndrom je typická dezorientace, sníženou potřebou spánku, bludy, rychlým nástupem vybuzenosti a grandiozitou. Může být přítomný podezřelý negativismus, grimasování nebo opakováním úkonů tzv. echopraxie. Ze somatických nálezů jsou to nejčastěji zrychlené dýchání, zvýšené teploty, zrychlená srdeční činnost nebo zvýšený krevní tlak. Při delirantní mánii musí být pacient dispenzarizován v nemocnici, je-li to třeba, i proti své vůli. Léčba zahrnuje podání antipsychotika, důležitou součástí je sledování rovnováhy elektrolytů, aby se předešlo rozvoji maligní katatonie. (LÁTALOVÁ, 2010)

## Deprese

Pro tuto fázi je typická smutná, zoufalá a pesimistická nálada, doprovázená pocitem bezmocnosti, útlumem motivace a ztráta sebedůvěry, zpomalením myšlení, neschopností se rozhodnout, nemocní nejsou schopni prožívat radost (anhedonie). Ze somatických příznaků jsou to nejčastěji poruchy spánku, pokles chuti k jídlu, snížení libida, úbytek na váze nebo naopak. Není možné pacientovy alespoň krátkodobě ulevit nebo ho přivést na jiné myšlenky. Aktivita, které ho před tím naplňovaly, jsou nyní pro něj nudné, nezajímavé a stávají se lhostejnými. Nemocní během deprese nenalézají kvalitní odpočinek ani během spánku. Nemocní trpí častým buzením v noci nebo předčasně ukončeným spánkem v ranních hodinách. Po probuzení pociťuje stejnou únavu jako před usínáním. Zpomalením psychomotoriky může dojít k tomu, že jedinec se nemůže ani pohnout, leží nebo má při vstávání velké potíže a jen s vypětím sil se dokáže obléknout. Může dojít také k útlumu řeči tzv. mutismus. Často se u pacientů objevují sklony k sebeobviňování, pocity bezcennosti, nicoty.

Kromě těchto pocitů jsou často přítomny i myšlenky o ukončení života, jako jediné možnosti, jak uniknout psychickému mučení. Suicidium tj. sebevražda je tedy nejzávažnější vyústění depresivní fáze. Zhodnocení a léčba tohoto rizika je nejdůležitějším terapeutickým cílem. Faktory zvyšující riziko sebevraždy jsou: nedávná hospitalizace na psychiatrii, ztráta nebo odloučení od přátel a rodiny, sebevražedné sklony v rodině. Pokus o suiciditu může být jak dlouhodobě promyšlený plán, tak

jednání v afektu. Myšlenky o ukončení života se nejčastěji vyskytují v depresivní epizodě, ale mohou být přítomny jak ve smíšené, tak v manické fázi.

Jako základní znak deprese je tedy smutná nálada, která je udávaná subjektivně, nebo ji lze objektivně vypořádat. Smutná nálada by měla trvat alespoň dva týdny. Díky intenzitě příznaků deprese dělíme na mírnou, střední a těžkou s psychotickými příznaky (přítomnost bludů a halucinací). Nálada je pesimistická, zoufalá s pocitem beznaděje. Tato fáze je doprovázena ztrátou zájmů, zvýšenou únavou, poruchou spánku, ztrátou životní energie a neschopností prožívat radost. (LÁTALOVÁ, 2010), (RABOCH et al., 2012), (DOUBEK et al., 2011)

#### Smíšená epizoda

Tuto epizodu lze vnímat jako stav, který vzniká přechodem z jedné fáze do druhé, nebo stav, při kterém dochází k mísení jednotlivých složek myšlení, vnímání a chování. Manické, tak depresivní příznaky musí být přítomny alespoň dva týdny. Manická epizoda může být špatně diagnostikována, z důvodu bagatelizace problémů, neochotou ke spolupráci a asociálními příznaky ze strany pacienta. Díky tomu může dojít k záměně smíšené epizody za poruchu osobnosti. (LÁTALOVÁ, 2010)

#### Remise

Remise nebo také období bez příznaku, při kterém se nevyskytují příznaky pro depresivní, manickou nebo jinou poruchu nálady. Mohou být však přítomny známky kognitivního postižení, při kterém jsou obvykle zvýšené známky tělesné a duševní odolnosti vůči stresu. Normální nálada se nazývá euthymie. (LÁTALOVÁ, 2010)

### **1.3 Průběh bipolární afektivní poruchy**

Bipolární afektivní porucha je většinou celoživotní onemocnění, pro kterou jsou typické střídající se změny nálad (manické a depresivní epizody – viz výše), neboli

stavem remise. Vyskytnout se může i epizoda smíšená, pro kterou jsou typické smíšené či rychle se střídající hypomanické, manické a depresivní stavy. (LÁTALOVÁ, 2010)

### Komorbidity

Komorbidity je popsána jako současný výskyt dvou a více poruch u jednoho jedince. U bipolárních pacientů je komorbidity velice častá. Zhruba u 60 % je přítomna další psychiatrická problematika a to nejčastěji abúzus psychoaktivních látek nebo porucha osobnosti. Téměř 40 % nemocných splňují podmínky pro diagn. některé z úzkostných poruch. Občas se můžeme setkat u pacientů s BAP i s obsedantně kompulzivní poruchou. (LÁTALOVÁ, 2010)

### Kognitivní poruchy u bipolární afektivní poruchy

Do kognitivních funkcí řadíme udržení pozornosti, schopnost soustředit se, pamatovat si, učit se, ale také plánovat nebo setrvat v záměru. To všechno může být v rámci BAP poškozeno. U 5 až 34 % pacientů se dokonce objevují nedostatečné sociální kontakty a dochází ke snížení intelektových funkcí. (LÁTALOVÁ, 2010)

### Suicidita

Suicidita je nejzávažnějším vyústěním bipolární afektivní poruchy. Nemocní trpící BAP mají podle studií vyšší sklony k sebevražedným myšlenkám, pokusům, popřípadně dokonaných sebevražd. Existují faktory, které významně zvyšují a ovlivňují riziko suicidálního chování.

### **Patří mezi ně:**

- důležitým znakem, je celkový čas, po který nemocný trpí depresivní epizodou,
- nemocní mají sklon být nepřátelší, tendence ublížit sobě, ale i druhé osobě,
- přítomnost suicidálního chování jak v anamnéze osobní, tak rodinné,

- brzký nástup onemocnění.
- sexuální zneužití.

Dle výsledků výzkumu provedeného v roce 2008, ve kterém bylo vyšetřeno celkem 631 bipolárních pacientů, vyplývá, že 49 % žen a 36 % mužů se setkala s nějakou formou zneužívání v dětství. Nejčastější formou bylo sexuální zneužívání, které bylo častější u žen. (LÁTALOVÁ, 2010)

#### Klasifikace BAP dle MKN -10

Tato klasifikace byla zavedena v ČR od 1. 1. 1994. Garantem je Ústav zdravotnických informací a statistik ČR, který byl určen Ministrem zdravotnictví ČR. Od 1. 4. 2014 je platná MKN 10, čtvrtá aktualizovaná verze. V MKN -10 se využívá čtyřmístný alfanumerický kód, kdy se udává jedno písmeno a tři číslice, např. F31.0 – bipolární afektivní porucha. (TOŠNAROVÁ, 2013)

Na rok 2017 se plánuje revize klasifikace MKN-10.

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F30 Manická fáze

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní fáze

F33 Periodická depresivní porucha

F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálad)

F38 Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)

F39 Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)

(TOŠNAROVÁ, Hana, 2013), (Ústav zdravotnických informací a statistik, 2013)

## 2 Diagnostika BAP

V dnešní době prozatím neexistuje žádné zobrazovací vyšetření mozku, psychologické ani laboratorní vyšetření, díky kterému bychom mohli spolehlivě toto onemocnění určit. Diagnostika bipolární afektivní poruchy se sestavuje za pomoci psychiatrického vyšetření současného duševního stavu pacienta. Významnou součástí je rodina, která může přispět ke sběru informací. Pro určení diagnózy je důležitý výskyt manické epizody. V případě, že se objeví manický stav, lze považovat určení diagnózy za spolehlivou. Mánii nebývá těžké určit, problém nastává v diagnostice zpětné hypománie, obzvláště pokud trvala pouze pár dní a nedošlo výrazně k omezení běžných činností nemocného. Některá onemocnění nebo abúzus návykových látek mohou způsobit manickou či depresivní epizodu. V psychiatrii je správná diagnostika bipolární afektivní poruchy velice obtížná a často může dojít k chybné záměně diagnóz. Nejčastěji dochází k nesprávnému určení depresivní poruchy, kdy je remise deprese přítomna bez příznaků mánie nebo hypománie. Je to z toho důvodu, že se neklade důraz na dostatečnou pozornost manických a hypomanických příznaků mezi epizodami. Nemocní si na symptomy často nestěžují a navštěvují psychologa až v období deprese.

Další nesprávné určení diagnózy u pacientů s BAP je diagnóza zneužívání návykové látky. Mezi důvody, které vedou ke zneužití návykových látek je např. samoléčba nebo také důsledek samotného onemocnění BAP. Občas se stává, že dojde k záměně diagnózy BAP za schizofrenii, obzvláště pokud se u pacienta vyskytují bludy, nebo halucinace, ale jen takové, které jsou typické pro jeho aktuální náladu. V případě mánie jsou to bludy megalomaničké, nejsou však přítomny bludy pronásledování. (LÁTALOVÁ, 2010), (DOUBEK, 2011), (GAY, 2011), (BREZNOŠČÁKOVÁ et al., 2008)

### Druhy vyšetření

Psychiatrické vyšetření

Psychologické vyšetření

Laboratorní vyšetření

Zobrazovací metody např. EKG, CT,MR, EEG,

Sociální vyšetření

## **2.1 Psychiatrické vyšetření**

Hlavní částí psychiatrického vyšetření je rozhovor s pacientem, při kterém by lékař měl získat anamnézu a přehled událostí v životě nemocného. Dalším cílem tohoto vyšetření je navázání kontaktu, terapeutického vztahu s nemocným, navázání důvěry či spolehlivosti, které jsou důležité v následné léčbě. Pokud lékař porozumí současnému stavu pacienta, může sestavit diagnózu a k ní odpovídající léčbu.

(SEIFERTO VÁ et al., 2005)

## **2.2 Psychologické vyšetření**

Psychologické vyšetření zahrnuje širokou škálu metod od pozorování pacienta, rozhovor až po aplikaci psychologických testů. Toto vyšetření provádí člen širšího zdravotního personálu, tedy psycholog. Zdravotní sestra je v praxi také výborným „psychologem“, té mnohdy postačí pozorování pacienta. Všímá si celkového postoje pacienta, jeho gestikulace, mimiky, řeči, soustředění atd. Psychologické testy jsou testy, při kterých psycholog zjišťuje vlastnosti a chování jedince nebo skupin. Testy jsou různě orientované například na intelekt nebo paměť jedince. Nejznámějším psychologickým testem zaměřeným na inteligenci je například Ravenův a Amthaerův test, při kterých pacient řeší buď verbální (určování nadřazených pojmů nebo základní informace na orientaci v čase a prostoru) nebo neverbální (skládání obrazců, doplňování chybějící vzorů). Dobrou a často užívanou pomůckou je deník nálady. Napomáhá zjistit kolísání nálady nebo odhalit určitou pravidelnost a situace, které způsobují kolísání nálady. Je koncipován tak, aby si nemocný do něj denně zaznamenával úzkosti, změny nálad, pravidelně užívané léky, poruchy spánku, menstruační cyklus atd. (SEIFERTO VÁ et al., 2005)



### **2.3 Laboratorní vyšetření**

Toto vyšetření se v psychiatrii dost prolíná s metodami, které se používají v rámci neurologického a interního vyšetření. Hyperparatyreóza a hypotyreóza může být způsobena lithioterapií. U psychofarmak a u alkoholiků je nutné sledovat jaterní testy, bilirubin, cholesterol, aminotransfery. Během farmakoterapie je důležité sledovat celkovou hladinu krevního obrazu. Stanovují se hladiny metabolitů a to převážně z moče pacienta, speciální vyšetření provádí toxická laboratoř. Při lithioterapii je důležité sledovat lithémii, jejíž terapeutické rozmezí je 0,4- 1,2 mmol/l. Dále nesmíme zapomenout na vyšetření štítné žlázy, funkce ledvin. Sledujeme mineralogram a další ukazatele. (SEIFERTO VÁ et al., 2005)

### **2.4 Zobrazovací a vyšetřovací metody**

Duševní poruchy jsou diagnostikovány za pomoci klinického obrazu pacienta, ale i jeho anamnézy. Mezi hlavní metody studia mozku a neuropatologických změn patří RTG, CT, MR, díky kterým získáváme informace o morfologii a struktuře mozkové hmoty. PET nebo SPECT nás informují o biochemických vlastnostech mozkových buněk. U pacientů s bipolární afektivní poruchou se celkově nenacházejí žádné morfologické změny mozku. Elektroencefalogram neboli EEG měří na skalpu hlavy elektrickou aktivitu. Na EEG záznamu se zhodnotí frekvence, křivka a tvar elektrických vln. EKG se v psychiatrii provádí zejména jako součást screeningového vyšetření. Některá antidepresiva mohou přispět ke zvýšení srdeční frekvence. (SEIFERTO VÁ et al., 2005), (RABOCH et al., 2012)

Určení diagnostiky BAP není pro zkušeného psychiatra příliš složitá. Diagnostika může být zkomplikována neúplným odebráním anamnézy, díky které nemáme dostatek informací o proběhlé hypomanické epizodě, kterou nemocní častokrát považují jen jako pocit dobré nálady. V dnešní době se rutinně uvažuje o možnosti zneužití návykových látek a jejich možné intoxikaci. ( BREZNOŠČÁKOVÁ et al., 2008)

## 3 Léčba BAP

Psychofarmaka tvoří základ léčby bipolární afektivní poruchy. Upravení aktuálního stavu pacienta a navrácení jeho normální nálady jsou cílem akutní léčby deprese nebo mánie. Včasné zahájení léčby má za následek rychlejší zlepšení stavu pacienta. Mezi cíle udržovací a preventivní léčby patří udržení normálního fungování po odeznění fáze deprese či mánie a jejich předcházení. Je proto nezbytné užívání naordinovaných léků i několik měsíců po zlepšení stavu pacienta. (HERMAN, et al., 2007)

Psychofarmaka jsou látky, ovlivňující psychický stav jedince. Mezi psychofarmaka řadíme stabilizátory nálady, které se využívají při léčbě akutní mánie nebo deprese. Ty mají za úkol stabilizovat náladu pacienta s bipolární afektivní poruchou tak, aby došlo k omezení výkyvu nálady. Další důležitou skupinou jsou antidepresiva, která se užívají k léčbě depresivní epizody, ale měli by být užívány spolu se stabilizátory nálady, aby nedošlo k přechodu z depresivní fáze do manické, takzvaného přesmyku. K potlačení agitovanosti u manické nebo depresivní fáze se podávají antipsychotika, přestože nejsou primárně určena k léčbě BAP, ale pouze jako doplňující léčba. Jako pomocné léky považujeme ty, které jsou určeny jen k léčbě krátkodobé nespavosti, neklidu, napětí a úzkosti např. anxiolytika a hypnotika. Stabilizační efekt farmakologické léčby umocňuje psychosociální intervence, mezi které patří rodinná psychoterapie, psychoedukace nebo kognitivně behaviorální terapie. Další ze základních a často užívaných metod v psychiatrii je elektrokonvulzivní léčba. (LÁTALOVÁ, 2010)

### 3.1 Psychofarmaka

Nejvíce užívanou skupinou farmak k léčbě BAP jsou stabilizátory nálady, též známé pod starším názvem thymopropylaktika. Ze zástupců jsou to například Lamotrigin Actavis nebo Depakine Chrono. Nejstarším lékem je lithium, díky němu dochází k změnám v buňkách a ty pak následně uvolňují serotonin a dopamin. Lithium je předepisováno při akutní manické fáze 1,2-1,8 g denně spolu s pravidelnou kontrolou

hladiny lithia, která se provádí 1x týdně. Nástup účinku lze vidět již po třech dnech, větší pokrok v léčbě je viditelný zhruba za 10 až 14 dní.

Během užívání lithia je důležité dodržovat pitný režim. Pokud dojde k intoxikaci lithiem je na místě laváž žaludku. Léčba zahrnuje podání polyethylenglycolu, což je látka, která se podává per os, v gastrointestinálním traktu se obalí a vytvoří tak inertní obsah, ten je poté vyloučen análně. Nezbytnou součástí při léčbě intoxikace je dostatečná hydratace pacienta, ta se zajišťuje v podobě podání fyziologického roztoku, denní dávka 3 l/den. Možné nežádoucí účinky se vyskytují až u 75 % pacientů. Patří mezi ně: nauzea, průjemy, zhoršení koordinace pohybů, nárůst tělesné hmotnosti, zmatenost, polyurie, polydipsie, zhoršení paměti. Upravením dávky lze tyto nežádoucí účinky zmírnit či úplně odstranit. (LÁTALOVÁ, 2010), (BOUČEK et al., 2005)

Pokud má pacient naordinovaná antidepresiva, je důležité ho sledovat již od začátku, protože nástup účinnosti léčby je pro něj zdoluhavý, pacient ztrácí motivaci k léčbě a je zde riziko sebevraždy. Nástup účinné látky bývá za 1 až 3 týdny. Při užívání antidepresiv jsou hladiny serotoninu, dopaminu a noradrenalinu zvýšeny. Antidepresiva jsou rozdělena na několik skupin. (Herman, et al., 2007)

Jako první máme antidepresiva I. generace, ty řadíme mezi nejstarší antidepresiva, bývají spojovány s širokou škálou nežádoucích účinků. Jako nevýhodu pokládáme hlavně to, že může dojít rychle k přesmyku do manické nebo hypomanické fáze. Mezi zástupce patří např. Amitriptylin Léčiva.

Antidepresiva II. generace jsou silnější, mají lepší snášenlivost oproti I. generaci, mají mnohem méně nežádoucích účinků např. Vivalan.

Antidepresiva III. generace mají účinek stejný jako všechna antidepresiva, téměř nemají žádné vážné účinky. Patří mezi ně: Zolofit, Cipralext nebo Trinitico AC.

Antidepressiva IV. generace také mají minimální nežádoucí účinky, díky kterým se nevyskytuje pocit sucha v ústech, poruše paměti či retence moči. Zástupci této generace jsou např. Duloxetin a Venlafaxin.

Antipsychotika, dříve známá též jako neuroleptika, se ordinují k léčbě psychotických příznaků, ty se mohou objevit během manické nebo depresivní fáze. Hlavními a základními zástupci jsou: Zyprexa, Zeldox, Abilify a Risperdal, jehož depotní forma je Risperdal Consta inj. (LÁTALOVÁ, 2010), (BOUČEK et al., 2005)

Anxiolytika zvyšují únavu, ospalost, snížení celkové aktivity nemocného. Terapie za pomoci této skupiny léků by měla být pouze tak krátká, aby pomohla pacientovi přejít životní krizi, vedoucí k úzkosti. Patří sem např. Atarax nebo Rivotril.

Farmakoterapie hypnotik ještě do nedávna obsahovala zejména benzodiazepinová hypnotika neboli hypnotika II. generace, jako je například: Diazepam či Rohypnol, která ovšem zatěžovala organismus pacienta četnými nežádoucími účinky, hlavně vznikem závislosti, proto se od nich opustilo. V dnešní době se používají zejména nebenzodiazepinová hypnotika (hypnotika III. generace) k léčbě spánkové insomnie. Mezi zástupce řadíme např. Hypnogen nebo Zolpidem. Tato léčiva patří k nejbezpečnějším s minimálními nežádoucími účinky. Pokud pacient užívání těchto léků přeruší, nedojde k narušení fyziologické struktury spánku. I přes to, že jsou hypnotika III. generace méně riziková než benzodiazepiny, existuje zde riziko vzniku závislosti. (LÁTALOVÁ, 2010), (BOUČEK et al., 2005)

### **3.2 Psychoterapie**

Psychoterapie je v léčbě velice důležitá, jelikož se pacient a jeho rodina musí vyrovnat a přijmout fakt, že je přítomna závažná choroba, proto je důležitá dlouhodobá léčba. Dlouhodobá léčba napomáhá předcházet rozvoje mánie nebo deprese, i když nástup účinku je pomalejší než při podání farmak.

Nejčastější formou psychoterapie jsou tzv. kognitivně behaviorální terapie, skupinová psychoedukace a rodinná terapie. (RABOCH et al., 2012), (ČEŠKOVÁ et al., 2006)

Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na dlouhodobě nemocné. Tato terapie celkově zklidňuje pacienta za pomoci přijetí nemoci, snaží se o vymizení úzkosti, změnit depresivní způsob myšlení, pomáhá pacienta naučit správný způsob relaxace, ale i komunikace. (VYMĚTAL et al., 2007)

Základem skupinové psychoedukace je fakt, že ve skupině se pacient lépe smiřuje se svým onemocněním. Díky skupině pacient získává zkušenosti a rady, ze života ostatních nemocných trpící tímto onemocněním. Tak si pacient může vytvořit vlastní postup k zvládnání nebo potlačení myšlenek např. suicidální myšlenky.

(LÁTALOVÁ, 2010)

Rodinná terapie napomáhá udržet rovnováhu v rodině pacienta, slouží ke zlepšení vztahů v rodině tak, aby si jednotliví členové porozuměli. Je důležité, aby rodina měla pro pacientův stav pochopení a plně ho podporovala. Kombinace rodinné terapie společně s farmakoterapií napomáhá pacientovi oddálit jeho hospitalizaci nebo se jí dokonce úplně vyhnout, má pozitivní vliv na celkovou léčbu. (LÁTALOVÁ, 2010), (BREZNOŠČÁKOVÁ et al., 2008)

### **3.3 Biologická léčba**

Biologická léčba je nedílnou součástí celkové terapie, zahrnuje elektrokonvulzivní terapii, fototerapii, repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci a spánkovou deprivaci.

## Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie neboli ECT byla poprvé popsána ve 30. letech 20. století. Postupem času, kdy došlo k objevení farmakologické léčby, tedy antipsychotik, antidepresiv a dalších druhů farmak se částečně ustoupilo od ECT. Během 80. let nastalo opětovné navrácení k ECT a bylo tak hojně využíváno z důvodu vysoké účinnosti a nízkému riziku výskytu nežádoucích účinků nebo komplikací např. následkem podání anestezie.

(BREZNOŠČÁKOVÁ, et al., 2008), (MARKOVÁ, et al., 2006), (GAY, 2010)

Elektrokonvulzivní terapie se indikuje v případě, že pacient nereaguje na léčbu farmaky nebo pokud jsou epizody mánie a deprese závažné natolik, že ohrožují nemocného přímo na životě. Doposud není znám přesný mechanismus účinku. Domníváme se, že díky elektrickému impulzu nastává stav, který je obdobný epileptickému záchvatu a zvýší se prokrvení, okysličení mozku a glykémie. Pokud je indikována tato forma léčby, musí být pacient vyšetřen internistou, ten zhodnotí pacientův zdravotní stav a posoudí rizika ECT. Večer před výkonem od půlnoci pacient lační a nekouří. Všeobecná sestra dohlédne, aby si pacient sundal veškeré šperky, vyjmul zubní protézu, kontaktní čočky, vymočil se a poučí ho o tom, aby nepoužíval před výkonem žádné krémy na obličej, dále všeobecná sestra změří základní fyziologické funkce a zapíše je. Provede elastickou bandáž dolních končetin a podá pacientovi premedikaci, která je ordinovaná lékařem. Pokud je pacient neklidný, snažíme se ho uklidnit. Těsně před ECT se pacientovi podávají myorelaxancia, ta snižují svalové stahy. (BREZNOŠČÁKOVÁ, et al., 2008), (MARKOVÁ, et al., 2006), (GAY, 2010)

Elektrokonvulzivní terapie se provádí v celkové anestezii a elektrický impuls trvá zhruba 1 až 2 sekundy, hodnoty elektrického proudu se pohybují kolem 300 až 400 mA. Po přechodu do anestezie je mozek vybuzen pomocí krátkých impulsů. Reakcí na to jsou, změny mozkové aktivity na membránách mozkových buněk, které trvají zhruba 20 až 40 sekund. Díky tomu se mozková činnost vrací do původního fyziologického stavu. Nemocný se po zákroku ihned probouzí, ale průběh si nepamatuje. Pacient má

naordinováno 6 až 12 terapií (2 nebo 3 týdne). Do nežádoucích účinků řadíme např. nauzea, zvracení, pacient může být spavý pár hodin po zákroku, amnézie, bolest hlavy. Stabilizátory nálady a antidepresiva se podávají po ukončení terapie. (BREZNOŠČÁKOVÁ, et al., 2008), (MARKOVÁ, et al., 2006), (GAY, 2010)

ECT je bezpečný způsob terapie, pacienti ji většinou dobře snášejí, díky svému úspěchu se používá i v těhotenství nebo u starších pacientů. (BREZNOŠČÁKOVÁ, et al., 2008)

### Fototerapie

U tohoto způsobu léčby se využívá speciální lampy, která vydává jasné světlo. Tyto lampy jsou volně dostupné a mohou se používat i v domácím prostředí. Léčba je vhodná při sezonních depresích a měla by být využívána po celou dobu rizikového období. Rozmezí využití by nemělo přesáhnout 2 hodiny denně. (DOUBEK, et al., 2011)

### Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

Obecné označení této metody je rTMS. Tato terapie se využívá v léčbě depresivních poruch. Během léčby jsou za pomoci impulzů magnetického pole vybuzovány neurony mozkové kůry. Většinou pacienti léčbu snášejí dobře, může být aplikována ambulantně, není zde speciální příprava před výkonem a pacient není omezen v běžných činnostech. Do nežádoucích účinků patří zejména přechodná bolest hlavy. Kontraindikací léčby jsou kovové předměty, které se nacházejí v kraniální oblasti (svorky po operacích), dále kardiostimulátory nebo pokud pacient trpí epilepsií. (TOŠNAROVÁ, Hana, 2013)

## Spánková deprivace

Tato terapie se využívá v léčbě depresivních poruch. Při tomto způsobu léčby dochází k částečnému nebo úplnému omezení spánku. Je ordinována pouze při depresivních poruchách, protože u ostatních poruch nebyl prokázán její léčebný účinek. Pacienti během léčby jsou bez spánku cca 40 hodin, může ihned dojít k dočasnému vymizení depresivních příznaků. Výsledky jsou krátkodobé, již po první prospané noci se objevují znovu symptomy depresivních poruch. Terapie je indikována buď jako doplňující způsob léčby nebo v kombinaci s antidepresivní terapií, protože urychluje nástup účinku. (TOŠNAROVÁ, Hana, 2013)



## 4 Ošetrovatelská péče u pacientů s depresí

Deprese ovlivní celkovou psychiku nemocného, dochází k poruše myšlení, paměti a koncentrace je zhoršená. Již na první pohled vidíme u pacienta zpomalené psychomotorické tempo. Úkolem zdravotnického personálu je zvýšený dohled na chování pacientů a následné jejich zaznamenání do zdravotnické dokumentace. Díky získaným podrobným informacím o pacientovu psychickém stavu je sestaven terapeutický plán, do kterého se zapojuje celý zdravotnický personál. (RABOCH, et al., 2006)

Jedním z nejdůležitějších úkolů v terapeutickém plánu je zajištění pacientova bezpečí, zejména je kladen důraz na sledování možného výskytu suicidního chování či pokusu o sebevraždu. Další nedílnou součástí je zajištění základních potřeb pacienta. Velice častým problémem v této oblasti je zanedbání příjmu potravy a živin nebo například snížení nebo úplný deficit sebepéče. Pokud je zde riziko sebevražedného chování, pacient je umístěn na uzavřené oddělení. Během přijetí, je-li pacient schopný a spolupracuje, je s pacientem sepsána podrobná příjmová dokumentace a nemocný odevzdá do úschovy předměty, o které by se mohl úmyslně zranit, ty mu jsou při propuštění vráceny. Rovněž je důležitá ze stejného důvodu i kontrola a úschova léků. Kontrola užívání léků, které jsou předepsány dle ordinace lékaře je významná z terapeutického hlediska, aby zdravotní sestra mohla kontrolovat a sledovat účinky léků. Ihned po přijetí na oddělení, by měl být pacient umístěn na pokoj, který je v dosahu pracovny sester, aby nemocný mohl být pod neustálým dohledem. Jelikož jsou suicidní myšlenky u depresivních stavů velmi časté, musí na ně být zdravotnický personál velice obezřetný a pokud se vyskytnou příznaky o ukončení života je nutné je ihned nahlásit lékaři a v žádném případě je bagatelizovat. Dále je nutné, aby zdravotnický personál byl obezřetný ve výskytu somatického onemocnění. Nemocní s depresí se často nesvěřují, pokud mají zdravotní problém následkem sníženého pocitu vnímání. (HERMAN, et al., 2007)

Pokud sestra zpozoruje, že je pacient smutný, měla by k němu přistupovat tak, aby chápala nebo se snažila pochopit jeho daný problém, neměla by ho však soudit. V případě, že se nemocný zdá být uzavřený, měla by zdravotní sestra projevit o něj zvýšený zájem, mnohdy stačí krátký rozhovor o pacientových problémech v soukromí např. v pracovně sester a pacienta vyslechnout. (HERMAN, et al., 2007)

## 5 Ošetrovatelská péče u pacienta s manickou epizodou

Základním bodem v léčbě, je zjistit zdroj stimulace a snížit ho, zdravotnický personál by se neměl podílet na zvyšování rozjařenosti pacienta. Je zde snaha o to, aby pacient dodržoval léčebný režim a denní režim na oddělení. V případě, že pacient nedodržuje strukturu dne, snažíme se nastavit pravidelnost cyklu, tak aby došlo k postupnému obnovení jeho biorytmu. (RABOCH, et al., 2006)

Při nedodržování dostatečného příjmu potravy a tekutin, musí mít pacient zvýšený dohled, všeobecná sestra pečlivě zapisuje denní příjem stravy a tekutin, pomoci může vhodná úprava jídla, kde je vhodná spolupráce s nutričním terapeutem. Při podezření, že se pacient přepíjí, může vzniknout otrava vodou, je zde důležité kontrolovat přísun množství tekutin, popřípadě tekutiny izolovat. (RABOCH, et al., 2006)

Při nedostatečném odpočinku pacienta, je vhodná úprava denního režimu, provádí se kontroly spánku během noci nebo se omezuje spaní přes den. Zdravotnický personál by měl zajistit vhodný způsob vyčerpání přebytečné energie nemocného. Po odeznění akutní fáze je snaha ze strany celého zdravotnického personálu pomoci najít řešení pacientova dosavadního problému. Významnou roli hraje edukace pacienta, kterou všeobecná sestra provádí v rámci svých možností a kompetencí za spolupráce s lékařem, aby nemocný mohl zpozorovat případnou ataku nemoci, dále aby byl důkladně seznámen s naordinovanými léky a jejich možných nežádoucích účinků, nesmíme opomenout ani důležitost pravidelných kontrol a upozornit pacienta na vyvarování se užití návykových látek. (RABOCH, et al., 2006)

## **6 Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou**

Ošetrovatelský proces byl popsán u pacienta na příjmovém oddělení pavilonu 1 v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Ke zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta byla využita lékařská a ošetrovatelská dokumentace, fyzikální vyšetření, pozorování pacienta a samotný rozhovor s pacientem. Ošetrovatelský proces byl zpracován podle taxonomie II. NANDA I domény 2012–2014 a na zpracování získaných informací byl využit ošetrovatelský model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové v modifikaci 13. domén taxonomie II.

### **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:**

**Jméno a příjmení:** V. V.

**Pohlaví:** muž

**Datum narození:** 1935

**Věk:** 80

**Adresa bydliště:** Praha 4

**Vzdělání:** středoškolské

**Zaměstnání:** laický terapeut ve Fokusu

**Státní příslušnost:** ČR

**Datum přijetí:** 6. 7. 2015

**Typ přijetí:** plánované

**Oddělení:** příjmové oddělení pavilon 1, nemocnice Bohnice, Praha

**Ošetřující lékař:** MUDr. J. T.

**Medicínská diagnóza hlavní:**

F 30 Afektivní porucha, depresivní fáze (6. 7. 2015)

**Medicínská diagnóza vedlejší:**

Arteriální hypertenze

**VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ:**

**TK:** 140/90 torr

**P:** 80/min

**D:** 18/min

**TT:** 36,5 0C

**STAV VĚDOMÍ:** orientován, při vědomí

**VÝŠKA:** 190 cm

**HMOTNOST:** 135 kg

**BMI:** 35

**POHYBLIVOST:** bez omezení

**KREVNÍ SKUPINA:** nezjišťována

### **Nynější onemocnění:**

Pacient byl přijat dne 6. 7. 2015 na pavilon 1, z důvodu rozvoje depresivní fáze u bipolární afektivní poruchy. Pacientovi byla diagnostikována mírná porucha přizpůsobení v návaznosti na rozpad krátkodobého, dlouhodobě zamýšleného, současně prvního sexuálního vztahu a souběžně problematické chování v práci (laický terapeut ve Fokusu), s rizikem propuštění. V posledních měsících měl pacient sníženou dávku Risperdalů Consta z 50 mg inj. Nyní pouze 25 mg, zvažuje se vysazení. Souběžně poslední týdny 2 až 3x násobně zvýšil dávku vykouřených cigaret (až 60 kusů za den). Poslední recidiva hráčství asi před týdnem. První hospitalizace a diagnostika BAP v dubnu 2009. Poslední hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice v březnu 2015 pro gambling, pacient odešel na reverz, problematika přítomná od adolescentního věku.

### **Informační zdroje:**

Ošetřující personál, pacient, rodina, lékař, dokumentace

## **3.1 ANAMNÉZA**

### **RODINNÁ ANAMNÉZA**

**Matka:** 52 let, mívá nespavost

**Otec:** 55 let, pracoval jako elektrikář, není s ním ve styku

**Sourozenci:** sestra, 28 let, zdravá, chodila na psychoterapii, byla závislá na pervitinu, THC., nyní abstinuje

**Děti:** 0

## OSOBNÍ ANAMNÉZA

### **Překonaná a chronická onemocnění:**

Běžná dětská onemocnění

Arteriální hypertenze

**Hospitalizace a operace:** v 6 letech života pacient operován pro neprůchodnost střevní

**Úrazy:** 0

**Transfúze:** 0

**Očkování:** pouze povinná očkování

## LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Ramipiril 5 mg tbl. 1–0–0 (antihypertenzivum)

Risperdal Consta 25 mg inj. po 14ti dnech (antipsychotikum)

Valproat 500 mg tbl. 0–0–2 (stabilizátor nálady)

Venlafaxin 150 mg cps. 1–0–0 (antidepresivum)

## ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

**Léky:** neguje

**Potraviny:** neguje

**Chemické látky:** neguje

**Jiné:** neguje

**Abúzy:** gambling- nejméně od 16ti let hraje, akt. recidiva cca od září 2014, kdy prohrál necelých 20 000 Kč, nejvíce najednou asi 4 000 Kč, to bylo v listopadu 2014, pak v březnu 2015, nyní recidiva asi před týdnem.

**Alkohol:** příležitostně

**Kouření:** 40 až 60 cigaret denně

**Káva:** až 5krát denně

**Léky:** mimo medikaci nejuje

**Jiné návykové látky:** před 10ti lety THC, 1x lysohlávky

**UROLOGICKÁ ANAMNÉZA:** nezjišťována

## **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA**

**Stav:** svobodný

**Bytové podmínky:** bydlí v chráněném bydlení DPS Ondřejov v Nuslích, od září 2014 zpět u matky v Novém Strašecím, Rakovnicko

**Vztahy role a interakce v rodině:** svobodný, bezdětný, nyní rozpad měsíčního vztahu, který byl první v životě

**Záliby:** četba, procházky, televize, hraje na kytaru

**Volnočasové aktivity:** procházky

## **PRACOVNÍ ANAMNÉZA**

**Vzdělání:** základní, nedokončil stavební průmyslovku

**Pracovní zařazení:** laický terapeut ve Focusu

**Čas působení:** 1 rok na ½ úvazek

**Vztahy na pracovišti:** po rozpadu vztahu s přítelkyní vulgární vyjádření na adresu nadřízeného

**Ekonomické podmínky:** podprůměrné



## **SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA**

**Religiózní praktiky: 0**

### **3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU**

**HLAVA** nebolestivá, držení hlavy přirozené

**OČI** mírná porucha zraku, nosí brýle, víčka bez patologických změn

**UŠI, NOS** bez výtoku

**RTY** prokrvené, bez cyanózy

**DÁSNĚ, SLIZINICE, DUTINY ÚSTNÍ** sliznice vlhké

**JAZYK** prokrvený, plazí středem

**TONZILY** bez povlaku, nezvětšené

**CHRUP** stálý

**KRK** štítná žláza nezvětšená, tep hmatný, šíje volná, krční páteř pohyblivá

**HRUDNÍK** hrudník symetrický bez deformit, prsy symetrické

**PLÍCE** dýchání sklípkové, poslechově bez fenoménů

**SRDCE** srdeční akce pravidelná, bez šelestů

**BŘICHO** na pohmat nebolestivé, peristaltika zachována,

**JÁTRA** nezvětšená, palpačně nebolestivá

**SLEZINA** nezvětšená, nehmatná

**GENITÁL** bez pozoruhodnosti

**UZLINY** nezvětšené, nebolestivé

**PÁTEŘ** bez viditelných deformit

**KLOUBY** bez známek traumatu

**REFLEXY** zachovány

**ČÍTÍ** zachováno

**PERIFERNÍ PULZACE** pulzace v tříslech hmatná

**VARIXY** nejsou viditelné

**KŮŽE** suchá

**OTOKY** nejsou přítomny

### **3.3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDONOVÉ ZE DNE 13. 6. 2015**

#### **1. PODPORA ZDRAVÍ**

##### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Po rozchodu se svojí přítelkyní se necítím fyzicky ani psychicky v pořádku. Svého zdraví si vážím, je to přece to nejdůležitější co mám, ale chci jít domů. Nemám rád Bohnice, nerad poslouchám příkazy, co mám dělat, ale vím, že jen vy mi můžete pomoci.“

##### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacientovo zdraví je momentálně narušené. Pacient dlouho před hospitalizací nedodržoval doporučený léčebný režim, bojí se lékařů. Nyní je pacient lucidní, dobře spolupracuje, místy lehce neadekvátní emoční projev, bez poruch vnímání, uvědomuje si přítomnost svého onemocnění. Pacient je opakovaně edukován o nutnosti dodržení léčebného režimu.

### **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

nedodržení léčebného režimu

**PRIORITA:** střední

## **2. VÝŽIVA**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Jím nepravidelně a teď, když jsem byl ve stresu mi hodně pomáhalo sladké. Pořád pocítuji chuť k jídlu. Co se týče pitného režimu, ten si myslím, že dodržuju. Vypiju tak 2-3 litry za den, ale trápí mě ty otoky na dolních končetinách“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Příjem jídla je až příliš velký, vzhledem k jeho tělesné váze. Po dobu hospitalizace je jídelníček přizpůsoben diagnóze pacientky a i z ohledu snahy redukce tělesné hmotnosti pacienta. Pacient nedodržuje naordinovanou dietu a na pokoji se dojídá svým jídlem, zejména sladkostmi. Sleduje se příjem a výdej tekutin a příjem jídla.

### **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

Příliš velký příjem potravy

Nedodržování dietního režimu

**PRIORITA:** střední

### **3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA**

#### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Po rozchodu jsem opět začal trpět zácpou, užívám různá projímadla z lékárny. Problém s močením naštěstí nemám.“

#### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacientka trpí poruchou ve vyprazdňování stolice- obstipací. Na oddělení byla pacientovy ordinována změna jídelníčku, tak aby došlo k úpravě a navrácení k fyziologickému stavu. Snaha redukce hmotnosti pacienta.

#### **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

Porucha ve vyprazdňování stolice- obstipace

**PRIORITA:** střední

### **4. AKTIVITA – ODPOČINEK**

#### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Po léčích se cítím velmi unavený, ale postupně se to zlepšuje. Mám nutkání spát spíše přes den a v noci pak nemůžu spát. Vadí mi i ruch na pokoji a světlo na chodbě. Na vycházkách s personálem jsem ještě nebyl, ale moc se těším, až budu na čerstvém vzduchu, pokud při chůzi neusnu. Hrozně se mi chce spát.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacient většinu času prospí nebo tráví všechn svůj čas v kuřácké místnosti. Pacientka se cítí velmi unavený, oslabený, od příchodu na oddělení je aktivizován. Je potřeba dohled při hygieně, pacient sebezpečí zanedbává a tvrdí ošetřujícímu personálu, že hygienu provedl, i přes to, že zapáchá. Snaha zapojit pacienta do chodu oddělení a zapojení ho do aktivit např. psychogymnastika na oddělení.

### **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

únava

porucha sebezpečí

**PRIORITA:** střední

## **5. PERCEPCE/KOGNICE**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Pociťuji problém s pozorností, nemůžu se na nic pořádně soustředit a mám pocit, že mi myšlenky utíkají. Vzpomínky za poslední dobu mám zamlžené.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacient nemá problém se sluchem, má poruchu zraku, nosí brýle. Řeč je plynulá, pacient je orientován místem, časem a osobou, ale má zhoršenou krátkodobou paměť a trpí zvýšenou únavou a sníženou pozorností.

### **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

zhoršená krátkodobá paměť

snížení pozornosti

**PRIORITA:** střední

## **6. SEBEPERCEPCE**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Mám pocit, že jsem k ničemu a že se mi nic nedaří. Nedokážu věřit, že se vše postupem času zlepší.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacientka si je vědom svého problému s nemocí i se souvisejícími faktory, které ho nyní ovlivňují a to zejména rozchod s jeho bývalou přítelkyní. Je velmi úzkostná a má snížené sebevědomí.

### **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

Snížené sebevědomí

**PRIORITA:** střední

## **7. VZTAHY MEZI ROLEMI**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„S otcem se sice nestýkám, ale s matkou se občas scházím. Bohužel mi můj vztah již od začátku nepřála. S otcem se nestýkám a sestra si našla novou rodinu, nikdy jsme k sobě neměli blízko.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

V rodině nevládnou dobré vztahy, pacient se s otcem již od dětství nestýká a se sestrou kontakt přerušil. Matka projevila zájem a chtěla by přijít na návštěvu, ale pacient si to zatím nepřeje.

## **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

narušení vztahů v rodině

**PRIORITA:** střední

## **8. Sexualita**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„S mojí bývalou přítelkyní jsem měl první sexuální styk. Vlastně jsem hledal partnerku pro svou sexuální potřebu, ale nemohl jsem pořád dosáhnout uspokojení, které jsem očekával.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacient udává svůj první pohlavní styk s bývalou přítelkyní, se kterou měl jeden měsíc trvající vztah. Partnerku hledal hlavně pro své sexuální potřeby, které i tak nebyly uspokojeny.

## **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

Sexuální dysfunkce

**PRIORITA:** střední

## **9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Mám obavy z budoucnosti, co semnou bude, nerad bych přišel o práci, mám jí rád. Vždycky, když na mě přijdou takové myšlenky, musím si zakouřit, proto jsem začal hulit jak fabrika a přibral jsem na váze.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacient má strach z budoucnosti, že by mohl ztratit své zaměstnání. Ve stresových situacích mu prý vždy pomáhala matka nebo přátelé. Pacient pocítuje velkou únavu, vyčerpání, pospává během dne, nezapojuje se do denních aktivit na oddělení, úlevou od stresu nachází v přejídání.

### **OŠETŘOVELSKÝ PROBLÉM:**

úzkost

strach

uzavřenost

příjem potravy více než je potřeba

**PRIORITA:** střední

## **10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Nejsem věřící a nikdy jsem nebyl, v kostele jsem byl jako malej a to jen proto, že si to přála matka.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacient je nevěřící, nepocítuje žádné omezení, které by mohlo být součástí víry.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** není

**PRIORITA:** není



## **11. BEZPEČNOST – OCHRANA**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Cítím se bezpečně tady v nemocnici, věřím, že mi dokážete zase pomoci fungovat.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacient pocítuje bezpečí na pavilonu. Z toho důvodu se i sám přišel léčit. I přes svůj úzkostný stav, věří ve zlepšení.

### **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:**

není

**PRIORITA:** není

## **12. KOMFORT**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„Největší pohodlí mám doma, tam jsem svým pánem. Moc mi tady nevyhovují postele a strava. To víte, doma je doma, ale zase doma nemám tak hodné sestřičky jako jsou tady. Nemůžu si stěžovat.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacient není velmi spokojen s postelí a se stravou, kterou dostává, ale nevidí to jako hlavní nebo důležitý problém.

## **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM**

není

**PRIORITA:** není

## **13. RŮST, VÝVOJ**

### **HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:**

„O žádných problémech nevím.“

### **HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:**

Pacient je bez obtíží.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** není

**PROIORITA:** není

## **3.4 MEDICINSKÝ MANAGMENT**

### **Ordinovaná vyšetření:**

Vstupní odběry dle standardu oddělení

**6. 7. 2015**

### **Výsledky:**

KO norma

QUICK norma

Celková bílkovina 63 g/l , referenční meze: 64,0 - 85,0; hodnocení: hypoproteinémie

Ionty norma

Urea, kreatinin norma

Glykemie norma

Hemoglobin norma

CRP norma

Cholesterol 5,63 mmol/l, referenční meze: 2,9 – 5,00; hodnocení: hypercholesterolémie

**Konzervativní léčba:**

**Dieta:** 8 redukční

**Pohybový režim:** bez omezení

**Rehabilitace:** nejsou indikovány

**Výživa:** per os

**Medikamentózní léčba:**

**PER OS**

Leponex 100 mg tbl. 1/2–0–1/2 (antipsychotikum)

Depakine Chrono 500 mg tbl. 1–1/2–0–2 (stabilizátor nálady)

Lithium Carbonicum 300 mg tbl. 1–0–3 (stabilizátor nálady)

Prestarium NEO Combi 5 mg tbl. 1–0–0 (antihypertenzivum)

Agen 5 mg tbl. 0–0–1 (antihypertenzivum nebo blokátor vápníkového kanálu)

Vasocardin 50 mg tbl. 1/2–0–1/2 (antihypertenzivum)

**INTRAVENÓZNÍ:** 0

**PER RECTUM:** 0

**JINÁ:** 0

**Péče o kůži** – Lenies ung. dle potřeby

**CHIRURGICKÁ LÉČBA: 0**

### **3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 10. 7. 2015**

Dnes 1. den hospitalizace. Nemocný s hospitalizací souhlasí, dobrovolný vstup podepsal. Nálada pokleslá a již na první pohled působí neupraveně a zanedbaně. I přes to, že je pacient tichý a uzavřený, spolupracuje, ale má zpomalené psychomotorické reakce. U pacienta je nutná výpomoc při hygieně, dohled či dopomoc při úpravě lůžka a nakládání s osobními věcmi, především úklid.

Barthelové test základních, běžných činností - stanovena lehká závislost a to hlavně v oblasti hygieny. Na Beckově stupnici hodnocení depresivních příznaků získal nemocný 15 bodů, které byly vyhodnoceny jako lehká až střední deprese. Během celého dne je třeba provádět pozorování a zápisy o chování pacienta z důvodu jeho zamlklosti. Pacient se nechce doposud zapojit do aktivit na oddělení. Dále s ohledem na stav pacienta se plánuje zapojení do více druhů terapií například košíkářská, papírenská dílna nebo keramika. Následně se zvažuje postupné uvolňování režimu, vycházky s personálem a s rodinou.

### **3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT**

Beznaděj (0012)

Úzkost (00146)

Neefektivní management vlastního zdraví (00078)

Zácpa (00011)

Nevyvážená výživa, více než je potřeba organismu (00001)

Zhoršená paměť (00131)

Únava (00093)

Narušený vzorec spánku (00198)

Dysfunkční procesy v rodině (00063)

Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)

Situačně nízká sebeúcta (001

## **BEZNADĚJ (00124)**

**Doména 6:** Sebepercepce

**Třída 1:** Sebepojetí

**Definice:** Subjektivní stav, při kterém jedinec nevidí žádné, nebo jen omezené alternativy či přijatelné možnosti a není schopen zmobilizovat energii bez cizí pomoci.

**Určující znaky:**

- snížená reakce na podněty
- porušení vzorce spánku
- verbální signály (např. sklíčenost ve slovním projevu, „já nemohu“, povzdechy)
- nedostatečné zapojení do péče

**Související faktory:**

- opuštěnost
- dlouhodobý stres

**Cíl:****krátkodobý:**

- pacient začne aktivně přistupovat k léčebným možnostem do 14 dnů

**dlouhodobý:**

- pacient dokáže kontrolovat danou situaci i v následném vývoji svého zdravotního stavu do 3 týdnů

**Priorita:** střední**Očekávané výsledky:**

- pacient se zapojí do terapeutických činností do 72 hod.
- pacient nebude mít problém se zvládnutím sebepečce do 5dnů
- pacient je motivován ke zvládnání depresivních příznaků do 5 dnů
- pacient spolupracuje v naordinovaném léčebném režimu do 3 dnů

**Plán intervencí:**

1. zvyšuj pacientovu motivaci k léčbě po celou dobu hospitalizace – veškerý zdravotnický personál
2. ved' pacienta k produktivnímu a pozitivnímu způsobu myšlení, během jeho hospitalizace – veškerý zdravotnický personál
3. ved' pacienta k odpovědnosti za své chování, dohodni se s pacientem na cílech, kterých chcete společně dosáhnout během hospitalizace do 3 dnů – všeobecná sestra

4. dohlédni, aby pacient dodržoval léčebný režim po celou dobu hospitalizace - – veškerý zdravotnický personál

5. podporuj pacienta v sebeděči v průběhu hospitalizace – veškerý zdravotnický personál

6. veď záznam o chování a zvládání sebeděče v ošetrovatelské dokumentaci během hospitalizace – všeobecná sestra

### **Realizace:**

#### **10. 7. 2015**

Pacient je edukován o důležitosti dodržování léčebného režimu. Lékař byl informován o beznaději pacienta s ohledem na jeho aktuální onemocnění. Dále pacient aktivizován, pasivně zapojen do večerní komunity na oddělení. Pacient je psychicky podporován personálem. Zajištění dopomoci v oblasti hygieny a sebeděče.

#### **11. - 13. 7. 2015**

Podpora v pozitivním myšlení, aktivizace pacienta. Postupná aktivizace – pasivní účast na terapeutických aktivitách na oddělení. Dále vyslechnutí dotazů ohledně doporučených terapeutických aktivit. Sebeděči pacient zvládá pouze s dohledem.

### **Hodnocení:**

Cíl krátkodobý splněn částečně – pacient spolupracuje v léčebném režimu, terapeutické aktivity zvládá pasivně.

Cíl dlouhodobý splněn částečně, pacient chápe důležitost léčebného režimu, přesto jeho chování ne zcela odpovídá stanoveným cílům a svou situaci je schopen kontrolovat jen omezeně.

**Pokračují intervence:** 1., 2., 3., 4. a 5.

## **ÚZKOST (00114)**

**Doména 9:** Zvládání/ tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespécifický nebo dané osobě neznámý), pocit obav způsobený očekávaným nebezpečím. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

**Určující znaky: behaviorální**

- snížená produktivita
- neklid

**Emoční:**

- úzkostlivost
- strach
- psychická nejistota

**Tělesné:**

- zvýšené napětí

**Kognitivní:**

- potíže s koncentrací
- snížená pozornost
- zapomnětlivost



**Související faktory:**

- změna v ekonomické situaci
- stres
- abúzus látek
- neuspokojené potřeby

**Cíl:****krátkodobý:**

- u pacienta dojde k postupnému zmírnění úzkosti, do 72 hod.
- pacient začne sám od sebe hovořit o vzniklém problému, do 72 hod.

**dlouhodobý:**

- pacient zvládá řešit stresovou situaci, aniž by pociťoval nutkání ke kouření či gamblingu, do 30 dnů.

**Priorita: střední**

- pacient pociťuje duševní pohodu do 14ti dnů
- pacient není úzkostný a o svých problémech otevřeně hovoří do 14ti dnů
- pacient má zafixovanou nestresovou strategii do 30 dnů

### **Plán intervencí:**

1. všiměj si známek deprese, po celou dobu hospitalizace – veškerý zdravotnický personál
2. při podezření, že pacient má nějaký problém, vyslechni ho, promluv si s ním, v průběhu hospitalizace – všeobecná sestra
3. rozeberte společně s pacientem danou situaci, dle potřeby – všeobecná sestra
4. pomoz pacientovi rozpoznat příčinu úzkosti, dle potřeby – všeobecná sestra
5. poskytni mu prostor vyjádřit své pocity, dle potřeby – všeobecná sestra
6. informuj lékaře o psychickém stavu pacienta průběžně – všeobecná sestra
7. ved' záznam o chování pacienta v ošetrovatelské dokumentaci – všeobecná sestra
8. motivuj pacienta k vytvoření antistresové strategie, průběžně – všeobecná sestra

### **Realizace:**

**10. 7. 2015**

Pacient je postupně zařazován do denních aktivit. Pacient má určený terapeutický plán a harmonogram denních aktivit. Pacient se orientuje a dodržuje stanovený léčebný režim. Při vyskytnutém problému, kdy se pacientovi objevily vzpomínky na jeho přítelkyni, pacient sám aktivně vyhledá personál a otevřeně hovoří, jak s všeobecnou sestrou, tak s lékařem. Lékař je informován o průběžném stavu pacienta. Pacient byl psychicky podporován personálem. Průběžně jsou prováděny záznamy o chování pacienta. Ve večerních hodinách je během pohovoru s všeobecnou sestrou pacient motivován k vytvoření antistresové strategie.

## **11. - 13. 7. 2015**

Podpora v pozitivním myšlení, postupná aktivizace pacienta. Pacient se sám svěřil, že řešit problémy s lékařem či zdravotnickým personálem mu velice pomáhá. Pacient pracuje na antistresové strategii. Jsou prováděny zápisy o chování pacienta.

### **Hodnocení:**

Cíl krátkodobý byl splněn – pacient pociťuje zmírnění úzkostného stavu a sám aktivně hovoří s personálem o svých problémech. Cíl dlouhodobý stále přetrvává.

**Pokračující intervence:** 1.-8.

## **NEEFEKTIVNÍ MANAGEMENT VLASTNÍHO ZDRAVÍ (00078)**

### **[NEEFEKTIVNÍ PÉČE O VLASTNÍ ZDRAVÍ]**

**Doména 1:** Podpora zdraví

**Třída 2:** Management zdraví

**Definice:** Vzorec regulace a integrace programu léčby onemocnění a následků onemocnění do každodenního života, který nepostačuje ke splnění konkrétních zdravotních cílů.

### **Určující znaky:**

- nezačlenění léčebného režimu do každodenního života
- touha zvládnout nemoc
- potíže s předepsanými režimy

### **Související faktory:**

- nedostatek znalostí
- bezmocnost
- režim

**Cíl:**

**krátkodobý:**

- u pacienta dojde k postupnému vymizení poruchy soběstačnosti do týdne.
- pacient chápe význam sebeděče do 42h.

**Priorita:** střední

**Očekávané výsledky:**

- pacient se aktivně snaží zvládat sebeděči do 42 hod
- pacient zvládá samostatně osobní hygienu do 5 dnů
- pacient je schopen udržet své osobní věci v pořádku do 5 dnů

**Plán intervencí:**

1. dopřej pacientovi dostatek času, aby mohl plnit své úkoly, vždy – veškerý zdravotnický personál
2. dohlédni na osobní hygienu, vždy – veškerý zdravotnický personál
3. dopomoz pacientovi při osobní hygieně, pokud bude potřeba – veškerý zdravotnický personál
4. motivuj pacienta k sebeděči s ohledem na vývoj terapeutického plánu, dle potřeby – všeobecná sestra
5. dohlédni na pacientovu bezpečnost, vždy – veškerý zdravotnický personál

6. ved' záznam o chování s ohledem na schopnost sebezpečí v ošetrovatelské dokumentaci, denně – všeobecná sestra

### **Realizace:**

#### **10. 7. 2015**

U pacienta je prováděn pravidelný dohled, zda nepotřebuje pomoc při osobní hygieně. Pacient chápe důraz na dodržování pravidelnosti hygieny. Dále probíhá pravidelná kontrola pořádku na nočním stolku. Pacient je upozorněn na nepořádek v šatní skříni a na poházené oblečení kolem lůžka. Pacient bez námitek úklid provedl. Pacient je motivován k sebezpečí bez pomoci s ohledem na možný posun v terapeutickém plánu. Jsou prováděny záznamy o chování pacienta s ohledem na sebezpečí v ošetrovatelské dokumentaci.

#### **11. – 13. 7. 2015**

Pacient již nepotřeboval pomoc při osobní hygieně. Dodržoval pořádek. Působil upraveným dojmem.

### **Hodnocení:**

Cíl přetrvává, pacient chápe význam sebezpečí, potřebuje dohled při udržování pořádku v osobních věcech.

### **3.7 CELKOVÉ HODNOCENÍ**

Pacient byl přijat na příjmové oddělení pavilonu 1 pro rozvoj depresivní fáze a mírné poruše přizpůsobení. Nemocný při příjmu měl zpomalené reakce, na první pohled působil zanedbaně, byl velice úzkostný, ale byl si vědom příčiny rozvoje jeho onemocnění. Pacient měl při příjmu problém s dodržováním léčebného režimu, byla nutná pomoc v osobní hygieně. Dle rozpracovaných ošetrovatelských diagnóz došlo u

pacienta ke zlepšení zdravotního stavu. U rozpracovaných ošetřovatelských diagnóz se nepodařilo vždy ke splnění všech cílů, a to z důvodu krátké doby realizace. Po třech dnech plánované péče se pacient svěří s vyskytujícími problémy, je více komunikativní, zvládá samostatně osobní hygienu a dbá na čistotu na pokoji. Postupně se zapojuje do terapeutických aktivit. K psychické pohodě pacientky napomohla především fakt, že pacient se chtěl sám léčit, i když věděl, že to nebude lehké. Motivovala ho vstřícnost, ochota, podpora zdravotnického personálu a kladl na ně velkou důvěru.

## 7 Doporučení pro praxi

V dnešní době se s bipolární afektivní poruchou setkáváme čím dál častěji. Proto byla sepsána doporučení a opatření, která jsou určena pro zdravotnický personál a pro pacienta.

### **Doporučení pro zdravotnický personál:**

- přistupovat ke každému pacientovi individuálně, akceptovat jeho potřeby
- respektovat kodex své profese
- uplatňovat holistický přístup
- vytvářet u pacienta pocit bezpečí
- aktivně naslouchat pacientovi
- získat si důvěru pacienta, vytvořit si terapeutický vztah
- poskytnout informace o léčbě
- uplatňovat ve svém jednání vlídnost, trpělivost a empatičnost
- zajistit aktivní režim pacienta
- vést pacienta k pozitivnímu myšlení
- zajistit pacientovi dostatek soukromí
- snaha vytvářet terapeutické prostředí
- umět využít své kladné vlastnosti ve prospěch pacienta
- dokázat uplatnit přirozenou autoritu, sebedůvěru
- zvládnutí vlastních negativních emocí, např. zlost, smutek, podrážděnost

**Doporučení pro pacienty:**

- dodržovat naordinovaný léčebný režim
- dodržovat nutričního opatření
- pochopit závažnost svého onemocnění
- dát najevo své obavy a nebát se říct si o pomoc
- snažit se vyhýbat stresovým situacím
- snaha o pozitivní přístup
- zapojit se do denních aktivit
- snaha o včasné řešení problému
- nebát se zeptat na jakékoliv informace



## ZÁVĚR

V této práci bylo cílem zvýšení informovanosti o bipolární afektivní poruše, doplnění a rozšíření znalostí pro studenty ošetrovatelství a dalších zdravotnických nelékařských oborů. V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou. Toto onemocnění je velice závažné a k jejímu rozvoji stačí málo. Největším úskalím v diagnostice je zejména pozdní rozpoznání příznaků pacientem nebo jeho rodinou, popřípadě neustálé odkládání návštěvy u lékaře. Následné přijetí do psychiatrické péče nastává častokrát v plném propuknutí příznaků. Bipolární poruchou trpěla řada známých českých osobností. Nejvíce známý je český herec Miloš Kopecký, ten se na sklonku svého života veřejně přiznal k tomuto onemocnění. On sám řekl, že deprese přináší mnohem větší utrpení než rakovina. Mezi další známé osobnosti patří Petr Muk, Ota Pavel, Karel Svoboda a další. Dnešní doba je hektická a lidé čím dál více zapomínají pečovat jak o svou psychickou, tak i fyzickou stránku. Nebylo by špatné zamyslet se nad tím, že duševní onemocnění může postihnout každého z nás, proto bychom měli brát více ohledu na důležitost odpočinku, a udělat něco pro své zdraví.

**Na začátku této práce byly zadány tyto cíle:**

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce:**

**Cíl 1:** Zpracovat problematiku Bipolární afektivní poruchy. Popsat historii, epidemiologii, symptomatologii, diagnostiku a léčbu. Cíl byl splněn.

**Cíl 2:** Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s manickou či depresivní epizodou. Cíl byl splněn.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce:**

**Cíl 1:** Zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s bipolární afektivní poruchou, který byl hospitalizován na příjmovém oddělení pavilonu 1 v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Cíl byl splněn.

**Cíl 2:** Vytvoření doporučení pro praxi. Cíl byl splněn.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDERS, M. et al., 2015. *Psychiatria*. První vydání. Dr. Josef Raabe Slovensko, s.r.o. ISBN 978-80-8140-012-4.
- BOUČEK, J. et al., 2005. *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1136-2.
- BREZNOŠČÁKOVÁ, D. et al., 2008. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-131-8.
- ČEŠKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. První vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
- DOUBEK, P. et al., 2011. *Průvodce bipolární poruchou*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-265-0.
- GAY, Christian, 2010. *Bipolární porucha*. První vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-668-1.
- HERBSOVÁ, Hana, 2013. *Schizofrenie a bipolární afektivní porucha – čiré bláznovství, nebo geniální tvůrčí vlohy?* In: *Mensa* [online]. Březen 2013, roč. 5, č. 1 [cit. 2016-02-04]. ISSN 1211-8877. Dostupný z: <http://casopis.mensa.cz>
- HERMAN, E. et al., 2007. *Bipolární porucha a její léčba: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-135-6.
- KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
- LÁTALOVÁ, Klára, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3125-4.
- MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PRAŠKO, J. et al., 2011. *Obecná psychiatrie*. První vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.
- RABOCH, J. et al., 2005. *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton. ISBN: 80-7254-602-3
- RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrické minimum*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.
- SEIFERTO VÁ, D et al., 2005. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Academia Medica Pragensis. ISBN 978-80-87135-10-5.
- TOŠNAROVÁ, Hana, 2013. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii* [online]. [cit. 2016-20-02]. Dostupné z:  
<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/6%20Klasifikace%20duševních%20poruch.aspx>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK, 2013. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Academia Medica Pragensis. ISBN 978-80-87135-10-5.
- VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2010. *Velký lékařský slovník*. Deváté vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-205-5.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Barthelové test základních, běžných činností .....	<b>I</b>
Příloha B – Měsíční záznam nálady .....	<b>II</b>
Příloha C – Výhody a nevýhody ECT a biologických terapií.....	<b>III</b>
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	<b>IV</b>
Příloha E – Rešeržní protokol .....	<b>V</b>

Příloha A – Barthelové test základních, běžných činností

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

**BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH, VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ**

Činnost	Úroveň schopnosti	Body	Datum	Datum
Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10		
	s pomoci (krájení, mazání másla a pod.)	5		
	neprovede	0		
Oblékání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomoci	5		
	neprovede	0		
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5		
	neprovede	0		
Koupání	samostatně nebo s pomoci	5		
	neprovede	0		
Kontinence moči	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní (1 x týdně)	5		
	inkontinentní, katetrizován	0		
Kontinence stolice	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
Použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomoci	5		
	neprovede	0		
Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15		
	s malou pomocí (verbálně či fyzicky) vydrží sedět	10		
	s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky)	5		
	neprovede	0		
Chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15		
	s pomoci pod 50 metrů	10		
	na vozíku 50 metrů	5		
	neprovede	0		
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomoci	5		
	neprovede	0		
Počet bodů celkem:				
Hodnotila sestra:				

Hodnocení stupně závislosti základních, všedních činnostech	
vysoce závislý	0 - 40 bodů
Závislost středního stupně	45 - 60 bodů
Lehká závislost	65 - 95 bodů
Nezávislost	100 bodů

CBN-015

Vyrábí a dodává: TISKÁRNA Kumprecht, Nové Město nad Metují, tel.: 491 474 577

Zdroj: WikiSkripta, 2015. *Rehabilitační ošetřovatelství* [online]. [cit. 2016-20-02]. Dostupné z:

[http://www.wikiskripta.eu/index.php/Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD\\_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD/S%C5%A0\\_\(sestra\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD/S%C5%A0_(sestra))

## Příloha B – Měsíční záznam nálady

**Měsíční záznam nálady**


Jméno ..... Datum narození: .....

Měsíc: .....

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Těžká mánie																																	
Střední mánie																																	
Lehká mánie																																	
NORMA																																	
Lehká deprese																																	
Střední deprese																																	
Těžká deprese																																	
Počet změn nálady za den																																	
Úzkost (0-10)																																	
Spánek v hodinách																																	
Menstruace																																	
Užívané léky																																	
1.																																	
2.																																	
3.																																	
4.																																	
5.																																	
6.																																	
Psychoterapie																																	
Psychoedukace																																	
Poznámky																																	

Zdroj: BREZNOŠČÁKOVÁ, D. et al., 2008. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí.*

Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-131-8.



### Výhody a nevýhody ECT a biologických terapií

Metoda	Výhody	Nevýhody
ECT	nejúčinnější a nejrychlejší léčba těžké deprese zabírá, když je třeba rychlého zlepšení – závažná deprese, psychotické příznaky, riziko sebevraždy účinkuje, když nezabírají léky	zatižena předsudky nutná hospitalizace provádí se v celkové anestezii
fototerapie	bezpečná dobře snášená	není příliš dostupná účinná hlavně u sezonních depresí zabírá hodně času

Zdroj: BREZNOŠČÁKOVÁ, D. et al., 2008. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí.*

Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-131-8.

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta



## Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou

Kristýna Brejchová

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina, slovenština

**Klíčová slova:**

Bipolární afektivní porucha – bipolar affective disorder,

Deprese – depression

Mánie – mánie

Nálada – mood

Ošetrovatelská péče – nursing care

Ošetrovatelská péče v psychiatrii – nursing care in psychiatry

Psychofarmaka – psychotropics

Všeobecná sestra – general nurse.

**Časové vymezení:** 2005 - současnost

**Číslo rešerše:** 797/2015

**Druhy dokumentů:** vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

**Počet záznamů:** 43 (kvalifikační práce: 3, knihy: 19, články a příspěvky ve sborníku: 3, elektronické zdroje: 18)

**Použitý citační styl:** Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

**Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny  
([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- specializované databáze ([www.ebsco.cz](http://www.ebsco.cz)) a  
([www.pubmed.cz](http://www.pubmed.cz))
- databáze: MEDLINE, Bibliographia Medica  
Čechoslovaca