

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ  
AFEKTIVNÍ PORUCHOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**DANIELA POLÍVKOVÁ**

**Praha 2017**

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S BIPOLÁRNÍ  
AFEKTIVNÍ PORUCHOU**

Bakalářská práce

DANIELA POLÍVKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2017



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

**Polívková Daniela**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

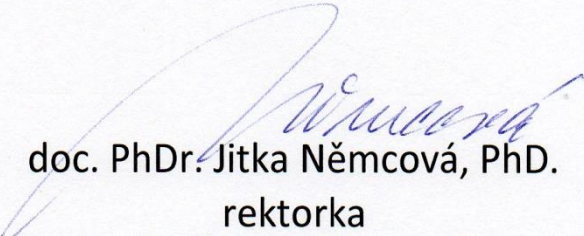
Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou

*Nursing Care of Patient with Bipolar Affective Disorder*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové Ph.D., za konzultace a za cenné rady, při zpracovávání mé bakalářské práce. A dále také psychiatrické nemocnici v Dobřanech, která mi poskytla přístup k informacím, díky nimž byla zpracována tato bakalářská práce.

## ABSTRAKT

POLÍVKOVÁ, Daniela. *Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2017. 80 s.

Tato bakalářská práce obsahuje informace o bipolární afektivní poruše. V první části jsou popsány etiologie, klinické projevy, diagnostika a léčba, která zahrnuje psychofarmakologii, psychoterapeutické možnosti a biologickou léčbu. Vzhledem k tomu, že psychiatrická péče je mnohdy odlišná od jiných oddělení, v bakalářské práci je věnována kapitola specifikům práce sestry na psychiatrickém oddělení. Ve stěžejní části se práce zaměřuje na detailní popis ošetrovatelský proces u 51 letého pacienta s bipolární afektivní poruchou v relapsu v těžké depresivní fázi bez psychotických symptomů. Potřeby pacienta byly vyhledány na základě posouzení stavu pacienta, psychického a sociálního posouzení, fyzikálního vyšetření sestrou a indikací lékaře. Na základě zjištěných problémů byly zpracovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II International 2015 – 2017. Cílem práce bylo sestavit a zrealizovat ošetrovatelský plán, tak aby byly odstraněny nebo zmírněny problémy, které pacienta omezují.

### Klíčová slova

Bipolární afektivní porucha, deprese, depresivní epizody, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces.

## ABSTRACT

POLÍVKOVÁ, Daniela. *The nursing care about patient with Bipolar Affective disorder*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2017. 80 pages.

This bachelor thesis contains information about bipolar affective disorder. First part describes etiology, clinical manifestation, diagnostics, psychopharmacology, psychotherapy and biological treatment. Due to psychiatry care is often different from the other departments, one chapter of the thesis is devoted to specifics of nurses work at psychiatry department. Main part of this thesis is focused on detail description of nursing process in 51-years-old patient with bipolar affective disorder in severe depressive phase without psychotic syndromes. Needs of the patient were based on his condition, psychic and social assessment, physical examination sister and medical indication. Based on identified problems were processed nursing diagnosis according to NANDA Taxonomie II International 2015 – 2017. Object of the thesis was to prepare and implement a nursing plan to eliminate or alleviate problems, which limit the patient.

Keywords: Bipolar affective disorder, Depression, Depressive Episodes, Nursing Care, Nursing Process.

# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| ÚVOD.....  | 13        |
| <b>1 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA.....</b>  | <b>15</b> |
| 1.1 ETIOPATOGENEZE .....   | 15        |
| 1.2 KLINICKÉ PROJEVY .....   | 16        |
| 1.3 DIAGNOSTIKA .....  | 18        |
| 1.4 PSYCHOFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....   | 21        |
| 1.4.1 LÉČBA MANICKÉ EPIZODY.....   | 21        |
| 1.4.2 LÉČBA DEPRESIVNÍ EPIZODY .....   | 22        |
| 1.4.3 LÉČBA SMÍŠENÉ EPIZODY .....  | 23        |
| 1.5 PSYCHOTERAPIE .....  | 23        |
| 1.6 BIOLOGICKÁ LÉČBA .....   | 25        |
| 1.7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....  | 28        |
| 1.8 KOMUNITNÍ PÉČE.....  | 30        |
| 1.9 VLIV ONEMOCNĚNÍ NA RODINU PACIENTA .....   | 34        |
| <b>2 SPECIFIKA PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM<br/>ODDĚLENÍ.....</b>                              | <b>36</b> |
| <b>3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ<br/>PORUCHOU V TĚŽKÉ DEPRESIVNÍ FÁZI .....</b> | <b>39</b> |
| 3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....   | 40        |
| 3.2 ANAMNÉZA .....   | 42        |
| 3.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 1. 12. 2016.....   | 43        |
| 3.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT .....  | 53        |
| 3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA .....   | 56        |
| 3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZDLE PRIORIT .....  | 57        |
| 3.7 ZHODNOCENÍ PÉČE .....  | 64        |
| 3.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....   | 65        |
| ZÁVĚR .....  | 67        |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....   | 69        |
| SEZNAM PŘÍLOH  |           |



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| <b>ADHD</b> | hyperkinetický syndrom            |
| <b>BAP</b>  | bipolární afektivní porucha       |
| <b>BDN</b>  | běžné dětské nemoci               |
| <b>BMI</b>  | body mass index                   |
| <b>EEG</b>  | elektroencefalograf               |
| <b>EKG</b>  | elektrokardiograf                 |
| <b>EKT</b>  | elektrokonvulzivní terapie        |
| <b>GCS</b>  | glasgow coma scale                |
| <b>KBT</b>  | kognitivně - behaviorální terapie |
| <b>MKN</b>  | mezinárodní klasifikace nemocí    |
| <b>NCP</b>  | neurocybernetic prosthesis        |
| <b>RTG</b>  | rentgen                           |
| <b>TK</b>   | tlak krve                         |
| <b>TT</b>   | tělesná teplota                   |
| <b>VNS</b>  | vagová stimulace                  |
| <b>WHO</b>  | světová zdravotnická organizace   |

(VOKURKA a kol., 2010).

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Abúzus</b>         | Nadměrné užívání                                |
| <b>Agitace</b>        | Pohybový neklid                                 |
| <b>Bagatelizace</b>   | Podceňování                                     |
| <b>Cirkadiánní</b>    | Opakující se přibližně jednou denně             |
| <b>Deficit</b>        | Nedostatek                                      |
| <b>Deprivace</b>      | Strádání  |
| <b>Diskriminace</b>   | Rozlišování                                     |
| <b>Dispenzarizace</b> | Aktivní preventivní vyhledávání                 |
| <b>Dysfunkce</b>      | Narušená nebo odchylná funkce orgánů            |
| <b>Dyskineze</b>      | Porucha souhry normálních pohybů                |
| <b>Dyspepsie</b>      | Porucha trávení                                 |
| <b>Dysregulace</b>    | Porucha řízení určitého systému                 |
| <b>Dystonie</b>       | Abnormální svalové napětí                       |
| <b>Edém</b>           | Otok  |
| <b>Expres</b>         | Vytlačení                                       |
| <b>Febrilie</b>       | Horečnatý stav                                  |
| <b>Flexibilita</b>    | Pružná přizpůsobivost                           |
| <b>Fragment</b>       | Část  |
| <b>Hypersalivace</b>  | Zvýšené vylučování slin                         |
| <b>Hypertenze</b>     | Zvýšený krevní tlak                             |
| <b>Hypotyreóza</b>    | Snížená tvorba a sekrece hormonů štítné žlázy   |
| <b>Implantace</b>     | Chirurgické přenesení                           |
| <b>Indikace</b>       | Důvod vyžadující léčebný či diagnostický postup |
| <b>Insomnie</b>       | Nespavost                                       |
| <b>Interakce</b>      | Vzájemné působení                               |
| <b>Intoxikace</b>     | Otrava  |
| <b>Komorbidity</b>    | Současný výskyt více nemocí                     |
| <b>Leukocytóza</b>    | Chorobné zmnožení bílých krvinek                |
| <b>Monoterapii</b>    | Léčba jedním lékem nebo způsobem                |
| <b>Permeabilita</b>   | Propustnost                                     |
| <b>Polydipsie</b>     | Patologicky nadměrná žíznivost                  |
| <b>Polyurie</b>       | Chorobně zvýšené vylučování moči                |

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| <b>Prolongace</b>    | Prodloužení                        |
| <b>Psychoaktivní</b> | Mající vliv na psychiku            |
| <b>Relaps</b>        | Návrat poruchy či příznaků nemoci  |
| <b>Remise</b>        | Přechodné vymizení příznaků nemoci |
| <b>Resocializace</b> | Znovuvedení do společnosti         |
| <b>Rigidita</b>      | Ztuhlost, nehybnost                |
| <b>Sedace</b>        | Uklidnění, utišení                 |
| <b>Stigmatizace</b>  |                                    |
| <b>Suicidium</b>     | Dobrovolné ukončení života         |
| <b>Tachykardie</b>   | Zrychlená srdeční činnost          |
| <b>Transformace</b>  | Přeměna, přetvoření                |

(VOKURKA a kol., 2010)

## **SEZNAM TABULEK**

|  |    |
|--|----|
| Tabulka 1 Diferenciální diagnóza BP a hraniční poruchy osobnosti ..... | 19 |
| Tabulka 2 Diferenciální diagnóza BP a ADHD .....                       | 20 |
| Tabulka 3 Biochemické vyšetření krve.....                              | 54 |
| Tabulka 4 Krevní obraz.....  | 55 |
| Tabulka 5 Chemické vyšetření moče .....                                | 55 |
| Tabulka 6 Rozpis medikace .....  | 56 |

# ÚVOD

Každý z nás je svým způsobem náladový. Může se to odvíjet od pracovní vytíženosti, rodinných problémů, únavy nebo stresu. Vždy si ovšem můžeme náladu zlepšit a to každý dle své potřeby. Někdo jede nakupovat, další si vezme den volna a jen tak relaxuje, někdo si může jít posedět se svými přáteli, jiní si jdou naopak zasportovat.

Bohužel ne všichni mohou své nálady měnit silou vůle. Někteří se postupně dostávají do trvale špatné nálady až do nálady depresivní a jindy jsou zase veselí až euforičtí. Záleží to na mnoha faktorech, které jsou uvedeny níže v bakalářské práci. Takové nálady, které člověk nemůže nijak ovlivnit nebo si neuvědomuje, že se mu nálada mění, mohou být příznaky začínající nemoci zvané bipolární afektivní porucha.

Bipolární afektivní porucha patří do poruch nálady. Dle MKN – 10 ji zařazujeme do afektivních poruch spolu s manickými, depresivními a smíšenými fázemi.

Záměrem první části této bakalářské práce je popsat bipolární afektivní poruchu jako takovou, dále její příčiny, klinické projevy, diagnostiku a především terapii, která může být formou psychofarmakologie či psychoterapie. Jsou zde uvedené různé situace nebo reakce blízkých osob, které se mohou projevit. Poslední kapitola teoretické části je věnována specifikům práce sestry na psychiatrickém oddělení.

V druhé, praktické části je popsán ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou v těžké depresivní fázi bez psychotických příznaků. Potřeby pacienta byly vyhledány na základě posouzení stavu pacienta, psychického a sociálního posouzení, fyzikálního vyšetření sestrou a indikací lékaře. Na základě zjištěných problémů byly zpracovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II.

Shromážděné informace v této bakalářské práci mohou posloužit jako návod pro zdravotnické pracovníky při realizaci ošetrovatelské péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou.

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

**Cíl 1:** Vyextrahovat informace o onemocnění, kterým se bakalářská práce zabývá.

**Cíl 2:** Popsat správné i chybné jednání všeobecných sester k pacientovi, hospitalizovaném na psychiatrickém oddělení.

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

**Cíl 1:** Detailně popsat ošetrovatelskou péči u pacienta s bipolární afektivní poruchou.

## Vstupní literatura

1. LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.
2. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
3. ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.
4. SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.
5. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

## Popis rešeršní strategie

Pro vypracování rešeršní strategie jsem využila knihovnu Vysoké školy zdravotnické o.p.s., v časovém období říjen 2016 až únor 2017 na zpracování bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou. Časové omezení k vyhledávání zdrojů k psaní této bakalářské práce bylo vymezeno lety 2007-2016. Použité druhy literatury byly knihy, články a příspěvky ve sborníku.

Základní prameny pro vyhledávání byly katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)), kvalifikační práce (**thesis, cuni**), Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz)), Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>), Online katalog NCO NZO.

V českém jazyce byla stanovena následující slova: bipolární afektivní porucha, BAP, deprese, depresivní epizody, psychiatrie, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces. V anglickém jazyce: Bipolar affective disorder, Depression, Depressive Episodes, Psychiatry, Nursing Care, Nursing Process.

Pro zpracování této bakalářské práce bylo použito celkem 35 zdrojů – 23 knih, 11 článků a jeden internetový zdroj. Z toho 3 anglické knihy a jeden článek, jeden slovenský článek.

# 1 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Bipolární afektivní porucha (BAP) je poruchou nálady, která se začíná projevovat kolem 20. roku života. Většina literatury uvádí přítomnost této poruchy ve srovnání k pohlaví poměr 1:1. U bipolární afektivní poruchy se střídají manické a depresivní epizody. Ve většině případu se projevuje častěji deprese než mánie. Někdy se v literatuře uvádí, že život s bipolární afektivní poruchou je jako na houpačce, ale bohužel to není zcela přesné přirovnání, jelikož i houpačka se bez pomoci vnějších vlivů zastaví. Tudíž je spíše přesnější přirovnání život jako na horské dráze (LÁTALOVÁ, 2010).

Dle DSM. IV. (příručka Americké psychiatrické společnosti, která je používána mezinárodně), rozlišujeme v dnešní době dva druhy bipolární afektivní poruchy a to bipolární afektivní poruchu prvního typu (BAP I.), u které dochází k plně vyjádřené mánii, která musí proběhnout alespoň jednou a bipolární afektivní poruchu druhého typu (BAP II.), u které se projevuje maximálně hypománie. V České republice se tato porucha posuzuje dle MKN – 10, kde je rozdělena do 9 podskupin, které jsou uvedené v příloze č. 2 (LÁTALOVÁ, 2010).

Díky novějším studiím dnes lékaři vědí, že průběh nemoci může být ovlivněn věkem pacienta. Látalová (2012) píše, že pokud se bipolární porucha začne rozvíjet kolem 30 roku života, mohou se projevit větší tendence k zneužívání alkoholu, ale i k abúzu jiných psychoaktivních látek. Také se zde více objevují suicidální tendence. Pokud se bipolární porucha začne rozvíjet kolem 15 roku života, může mít dopad na osobnost a rozvoj dítěte.

## 1.1 ETIOPATOGENEZE

Příčiny tohoto onemocnění nejsou zcela jasné. Látalová (2010) uvádí, že etiologie vzniku bipolární afektivní poruchy má základ při působení psychosociálních a biologických vlivů. Ovšem záleží také na odolnosti každého člověka. Důležitou roli v rozvinutí poruchy hraje také stres, který může být negativní (ztráta zaměstnání, úmrtí blízké osoby, finanční ztráta) nebo pozitivní (svatba, narození dítěte, pracovní úspěch, finanční výhra), poruchy biorytmů, nedostatek spánku, abúzus alkoholu, užívání psychoaktivních látek. Vše také závisí na genetické dispozici jedince.

Dle Češkové a Příkryla (2013) genetické faktory nejvíce ovlivňují bipolární afektivní poruchu v porovnání s jinými psychiatrickými onemocněními. Toto tvrzení je založené na výzkumu, který byl zaměřen na chromozomální fragmenty. Dále také tuto poruchu můžou vyvolat nebo se mohou podílet na jejím vzniku také neurochemické změny. Depresi ovlivňuje spíše serotonin a u mánie dopamin.

## 1.2 KLINICKÉ PROJEVY

Pro bipolární afektivní poruchu je typické střídání manických a depresivních fází, které mohou být pokaždé v jiném stádiu. U obou epizod se v těžkých formách mohou objevit psychotické příznaky, jako jsou bludy a halucinace. V průběhu se také mohou být přítomny sebevražedné myšlenky nebo může dojít k suicidálním pokusům. U bipolární afektivní poruchy je suicidalita mezi 10 a 15 % (LÁTALOVÁ, 2010), (LÁTALOVÁ, PRAŠKO, 2009).

Látalová (2010) popisuje, ve své knize, změnu kognitivních funkcí u bipolární afektivní poruchy, avšak dále také udává, že na tuto problematiku není jednotný názor. Jako důkaz v ní popisuje některé výzkumy, u kterých je viditelné, že nelze s určitostí potvrdit, zda dochází ke změnám kognitivních funkcí či nikoliv.

Při poruchách pozornosti nebo soustředění Látalová (2010) uvádí, že u 71 % pacientů, kteří prochází manickou fází a u 91 % pacientů s fází depresivní se mohou objevovat disfunkce těchto dvou funkcí, avšak v akutní fázi onemocnění. Ještě stále není jasné a prokazatelné, zda porucha pozornosti přetrvává i v remisi onemocnění nebo je omezena atakou. Dalšími kognitivními funkcemi jsou učení a paměť, u jejichž porušení se názory opět neshodují, vzhledem k nesprávně zvolené metodologii u některých studií. U řeči je tomu již jinak. Důkazem toho je pozorovatelné zrychlení, nemocnému není rozumět a někdy věty nemusejí dávat smysl, v remisi je řeč v normě. U psychomotorických funkcí je pozorovatelný rozdíl mezi manickou epizodou, při které je psychomotorické tempo zrychleno a u depresivní epizody naopak zpomaleno. V některé literatuře se uvádí, že exekutivní funkce jsou u bipolární poruchy ve srovnání s psychotickými horší a v jiné literatuře zase, že jsou stejně špatné. Tyto funkce, ale také může ovlivňovat medikace, jako například antipsychotika první generace. Poslední zmíněnou kognitivní funkcí je inteligenční funkce. U nich se udává, že pacienti trpící bipolární afektivní poruchou mají nižší IQ, než je tomu u schizofrenie.



## MÁNIE

Manická epizoda může probíhat ve třech fázích:

- hypománie
- mánie bez psychotických příznaků
- mánie s psychotickými příznaky.

Během manické epizody se vyskytuje euforická, nadnesená nálada, lidé, ale mohou být i podráždění až agresivní, nemocní nemají žádné zábrany, rozhazují peníze, nejsou schopni si uvědomit následky, také často bývají hypersexuální, promiskuitní, nemají potřebu jíst, spát, mají pocit, jak je svět skvělý a leží jim u nohou. U lidí, kteří trpí bipolární afektivní poruchou, která probíhá v manické fázi je také velmi specifické, že tvrdí kolik znají známých osobností. V rozhovoru s těmito lidmi je těžké je přerušit, a pokud se tak stane, jsou podráždění, nelíbí se jim to. Lidé v mánii si neuvědomují, že to v pořádku není, popírají odchylky od normálu i to, že by byli nemocní. Mohou se objevit bludy nebo halucinace (LÁTALOVÁ, 2010), (ČEŠKOVÁ, PŘIKRYL, 2013), (PURI, TREASADEN, 2011).

Nejčastější druhy bludů, které se mohou objevit v manické epizodě, jsou megalomaničké bludy, při kterých jsou nemocní přesvědčeni, že jsou velice významní a důležití, mají tendence na to velice často poukazovat ostatním osobám, pokud to ostatní neakceptují, může u nemocného dojít k podrážděnosti (VÁGNETEROVÁ, 2012).

U hypománie se objevují výše uvedené příznaky, ale nedosahují až takové míry, že by je to omezovalo v práci či v soukromém životě. Bludy a halucinace nejsou přítomny (LÁTALOVÁ, 2010).

## DEPRESE

Rozeznáváme čtyři fáze depresivní epizody – lehká depresivní fáze, středně těžká depresivní fáze, těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků nebo s nimi. Mezi hlavní příznaky deprese patří patologicky smutná nálada, lidé jsou skleslí, dochází k snížení životního elánu, pesimismu, nevykonnosti, ztrácí zájem o dřívější koníčky. Objevují se poruchy spánku, tím dochází ke zvýšené únavě, změny chuti k jídlu. Psychomotorické tempo pacienta je zpomalené. Nejsou schopni prožívat radost, mají

snížené sebehodnocení a sebevědomí, pocity viny, tendence k sebeobviňování. Mohou být nerozhodní. U těchto lidí je také častá nejistota. Depresivní epizody často provázejí poruchy soustředění a pozornosti, pocity bezvýchodnosti, beznaděje, úvahy o sebevraždě (SVOBODA a kol., 2015), (SIMOČKOVÁ, 2008).

S těmito příznaky úzce souvisejí i druhy bludů, které se mohou projevit v těžké depresi. Mikromanické bludy jsou charakteristické pocity bezvýznamnosti, nemocní udávají, že jsou bezcenní nebo ubozí. Dále se také mohou objevit hypochondrické bludy, u kterých jsou nemocní přesvědčeni, že trpí nevyléčitelnou nemocí. U těchto bludů se mohou přidat bizarní projevy, kdy nemocní udávají nepřítomnost některých orgánů v jejich těle. Jako třetí nejčastější druh bludů, které se mohou objevit, jsou autoakuzační, které jsou charakteristické přepisováním velké viny za to, co provedli nebo zkazili, mají pocit, že všichni v jejich blízkosti budou jen trpět. Nejzávažnější formou bludné produkce je nihilistický blud, kdy je nemocná absolutně přesvědčen, že celý svět skončí, přestane existovat. Tento blud je nejzávažnější (VÁGNETEROVÁ, 2012).

## SMÍŠENÁ EPIZODA

Tato epizoda je velmi náročná na její rozpoznání, jelikož její příznaky mohou být zastíněny několika faktory, jedním z nich je například bagatelizace, nespolupráce pacienta apod. Proto se může zaměnit za poruchu osobnosti. Tato epizoda se může projevovat při změnách epizod nebo může probíhat jen čistě tato fáze. U smíšené epizody by měly být příznaky epizody hypomanické či manické a dále by se měly objevovat alespoň tři příznaky depresivní fáze (ČEŠKOVÁ & PŘIKRYL, 2013), (LÁTALOVÁ, 2010).

## 1.3 DIAGNOSTIKA

Češková a Přikryl (2013) uvádějí nutnost základního vyšetření, které zahrnuje laboratorní vyšetření, zde se sleduje toxikologické vyšetření, krevní obraz, elektrolyty, urea, hormony štítné žlázy, kreatinin, jaterní testy, glykemie, eventuálně těhotenský test. Mezi další bazální vyšetření patří i neurologické vyšetření, BMI a krevní tlak. Výsledky těchto vyšetření mohou ovlivnit volbu medikace první volby (ČEŠKOVÁ, PŘIKRYL, 2013).

Jedna z prvních a také velmi důležitých metod je odebrání anamnézy. Při získávání informací by se měl klást důraz na vedení rozhovoru. Zvláště pak u pacienta, který prochází manickou fází. Určitě by se s pacientem nemělo dohadovat, rozhovor by měl být krátký, cílený a v něm jasně určovat meze (PROBSTOVÁ a kol., 2014).

U pacientů s bipolární afektivní poruchou bychom se měli dotazovat i na abúzy, které se při této nemoci často projevují a ovlivňují její průběh a léčbu. V manické fázi mají pacienti sklon k užívání drog a ve fázi depresivní mají tendence k nadužívání anxiolytik. S BAP se často objevují i jiné duševní problémy, jakými jsou například úzkost, která může být i jedním z projevů bipolární afektivní poruchy (GAY, 2010).

Bipolární afektivní porucha se v mnoha případech diagnostikuje až pozdě, jelikož mánie nebo deprese nemusejí být v jasně rozpoznatelné formě a rodiče či příbuzní si mohou myslet, že jde jen o normální změny nálad. Lékaři také mohou zaměnit BAP. A to buď s psychózou, nebo s hraniční poruchou osobnosti. V obou případech to může vést k velmi špatným následkům, jelikož psychóza se často léčí antipsychotiky, jež mohou ovlivňovat člověka nebo mohou zastírat pravý průběh nemoci. Dále se také bipolární afektivní porucha může zaměnit s hraniční poruchou osobnosti, jasné odlišnosti jsou viditelné v tabulce níže (GAY, 2010).

Tabulka 1 Diferenciální diagnóza BP a hraniční poruchy osobnosti

| <b>Kritérium</b>                | <b>BP</b>                         | <b>Hraniční porucha osobnosti</b> |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>začátek onemocnění</b>       | může začít před pubertou          | po pubertě                        |
| <b>rodinná anamnéza</b>         | pozitivní rodinná anamnéza pro BP | deprivace a abúzus                |
| <b>dysregulace nálady</b>       | bifazická                         | v depresivním spektru             |
| <b>během eutymických period</b> | kvalitní fungování                | dysfunkce přetrvává               |

Zdroj: Češková, Příkryl, 2013, s. 76

Další poruchou, se kterou se může zaměnit bipolární afektivní porucha, je hyperkinetický syndrom (ADHD). V tabulce níže jsou sepsány nejčastější odlišnosti těchto dvou poruch (GAY, 2010).

Tabulka 2 Diferenciální diagnóza BP a ADHD

| Kritérium              | BP                               | ADHD                            |
|------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| začátek onemocnění     | výjimečně před dosažením 12 roků | před dosažením 4 roků           |
| výskyt příznaků        | epizodický                       | kontinuální                     |
| rodinná anamnéza       | poruchy nálady                   | poruchy chování                 |
| klinické rysy          |                                  |                                 |
| velikášství            | přítomno                         | vychloubání, ale ne velikášství |
| spánek                 | snížená potřeba spánku           | iniciální insomnie              |
| sexualita              | zvýšená sexualita                | nepřiměřená sexualita           |
| reakce na stimulancia  | žádná                            | pozitivní                       |
| odpověď na stab.nálady | pozitivní                        | variabilní nebo žádná           |

Zdroj: Češková, Příkryl, 2013, s. 76

Aby byla jasně definovaná mánie nebo deprese, je nutné se řídit MKN – 10, přičemž depresivní epizoda by měla trvat nejméně 2 týdny a v tomto období by měly být vyjádřené některé z klinických projevů deprese. Manická epizoda je nejméně jeden týden trvající období, ve které jsou jasně vyjádřeny příznaky mánie (LÁTALOVÁ, 2010).

Důležité je také zmínit, že lidé, kteří by mohli trpět bipolární afektivní poruchou, většinou vyhledávají lékařskou pomoc v depresivní fázi, tudíž se také tato porucha může diagnostikovat jen jako deprese, kdy se k léčbě využívají antidepressiva, které však u BAP mohou vést k přesmyku do fáze manické (SVOBODA a kol., 2015).

Mezi diagnostické metody také můžeme zařadit dotazníky, které jsou určeny přímo k diagnostice bipolární afektivní poruchy. Mohou je vyplňovat sami nemocní nebo jim mohou pomoci jejich příbuzní. Jedním z hlavních je dotazník pro diagnostiku bipolárního spektra – BSDS. Další metoda je sebesposuzující dotazník k hodnocení depresivních příznaků bipolární afektivní poruchy. Pro pacienty by mohl být také vhodný deník nálady, který je určen hlavně pro stabilizované pacienty a pro jejich informace o sobě a jejich náladách. Jaké druhy nálad u pacienta probíhají, v jakém intervalu se střídají. Pacient si do nich také píše svou aktuální medikaci, životní události, které ho potkají, ale také i menstruační cyklus (LÁTALOVÁ, 2010).

Již v úvodu byly zmíněny dva typy bipolární afektivní poruchy klasifikované dle DSM – IV. Bipolární porucha typu I., je popisována jen depresivními epizodami a nejméně jednou manickou epizodou. U bipolární poruchy typu II., jsou převážně depresivní projevy, ale u pacienta se minimálně jednou vyskytla hypománie a nebyly zde jasné příznaky manické epizody. I přesto, že se může zdát tato forma, jako mírnější, je tomu naopak. U pacientů trpící BAP II. typu dochází k častějšímu střídání epizod, častěji se objevují suicidální pokusy i dokonané sebevraždy, dochází zde k větší komorbiditě. (LÁTALOVÁ, 2010).

## **1.4 PSYCHOFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA**

Do léčebných možností můžeme zahrnout psychofarmakologii, u které se nejčastěji používají stabilizátory nálad, popřípadě v kombinaci s antipsychotiky či antidepressivy. V této bakalářské práci uvedeme, jen některé zástupce psychofarmak. Další nedílnou součástí terapie jsou psychoterapeutické postupy, psychoedukace a biologická léčba. V níže uvedených oddílech jsou popsány jednotlivé druhy terapie u různých epizod, které se u bipolární afektivní poruchy mohou vyskytnout.

### **1.4.1 LÉČBA MANICKÉ EPIZODY**

Antipsychotika (AP) jsou brány v akutní manické fázi jako medikace první volby, kdy mohou být podávány společně se stabilizátory nálad. Nedoporučují se podávat v monoterapii. Příkryl (2011) Antipsychotika rozdělujeme na antipsychotika první, druhé, třetí a čtvrté generace. Zástupcem první generace je haloperidol, který je typický jako lék první volby u manické epizody v akutní fázi. U nadměrného a dlouhodobého užívání se mohou vyskytnout extrapyramidové příznaky. Komplikací při intoxikaci antipsychotik je maligní neuroleptický syndrom, což je život ohrožující stav. Ten jsme podrobněji popsali v podkapitole, která je věnována nežádoucím účinkům (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (PŘÍKRYL, 2011).

Vhledem k tomu, že maničtí pacienti mohou být agresivní, podává se také zyklopentixol. Látalová, (2010) uvádí, že zyklopentixol je charakteristický pro svou sedativní účinnost. Ale i u něj se objevují extrapyramidové příznaky.

Antipsychotika druhé generace, jejichž zástupcem je olanzapin. Tento lék je relativně málo účinný proti acetylcholinu (má tzv. anticholinergní účinek). Dalšími

zástupci této skupiny jsou risperidon a quetiapin, které Příkryl (2011) považuje za velmi účinné léky při léčbě akutní mánie (LÁTALOVÁ, 2010), (PŘIKRYL, 2011).

Lithium je stabilizátor nálady, který se samotný nepodává vzhledem k dlouhému čekání na antimanický účinek, který se může dostavit po 14 a více dnech. Důvodem proč se lithium nepoužívá jako medikace první volby, je nutnost zjištění laboratorních výsledků ledvin. Tyto výsledky se však mohou obtížně zjišťovat, jelikož pacienti v manické fázi příliš nespolupracují a některé úkony mohou odmítat. U lithia by se měla věnovat pozornost také při jeho vysazování, kdy může dojít k náhlému navrácení manické či depresivní epizody. Při užívání lithia by měla směřovat pozornost ošetrovatelského personálu na pitný režim pacienta. Při nízkém pitném režimu může dojít k intoxikaci (LÁTALOVÁ, 2010), (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

Další psychofarmakum, které se používá při léčbě manické fáze je valproát, který je řazen do antiepileptik II. generace. Látalová (2010) uvádí, že u pacientů, kteří jsou v manické fázi a současně se u nich objevují příznaky deprese, je účinnější valproát než Lithium. Jsou také studie, které tvrdí, že účinek valproátu je srovnatelný s účinky haloperidolu. Valproát je nevhodný pro ženy, které jsou v reprodukčním věku, může způsobovat polycystická ovaria (LÁTALOVÁ, 2010), (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (ČEŠKOVÁ, 2012).

Prokázaná účinnost v profylaktické léčbě u bipolární afektivní poruchy je u karbamazepinu. Toto antiepileptikum, které se řadí do skupiny antiepileptik II. generace, jako valproát, je také alternativní řešení při neefektivitě lithia. Celkově je tento lék pacienty dobře tolerován, avšak mohou se objevit nežádoucí účinky, jako jsou závratě, také se může objevit únava nebo třes (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

#### **1.4.2 LÉČBA DEPRESIVNÍ EPIZODY**

Jako léky první volby u depresivní epizody nejsou antidepressiva, jak by se mohlo zdát z názvu, ale stabilizátory nálad. Pokud se antidepressiva nasazují, pak ještě v kombinaci s thymoprofylaktiky. V americké psychiatrické asociaci (APA) se aktuálně používají, jako léky první volby, lithium a lamotrigin, naopak v Evropě se stále začíná

psychofarmakologická léčba antidepresivy. Dle Látalové (2010) nejsou vhodná antidepresiva v monoterapii.

Lithium v léčbě depresivní epizody nemá tak velké zastoupení kvůli jeho nízkým účinkům. Je to způsobeno tím, že antidepresivní účinky se mohou dostavit ještě později než účinky antimanické. Oproti tomu Příkryl (2011) píše, že Lithium má stále velké zastoupení v monoterapii jako lék první volby u bipolární deprese, ale záleží na dalších okolnostech. Dále se také používá valproát, karbamazepin či lamotrigin. (LÁTALOVÁ, 2010), (PŘIKRYL, 2011).

V léčbě depresivní epizody se také mohou používat antipsychotika a to převážně v depresivní fázi s psychotickými příznaky. Ale převážně v kombinaci se stabilizátory nálad. Nejčastěji používaným antipsychotikem je quetiapin. V některých studiích se udává, že je vhodný jako lék první volby, v jiných se doporučuje ho ordinovat jen spolu se stabilizátory nálad. Příkryl (2011) dále publikuje, že se může užívat i olanzapin, který se doporučuje ordinovat v kombinaci s antidepresivy.

Při hospitalizaci pacienta s bipolární afektivní poruchou ve fázi akutní deprese je důležité, kontrolovat výskyt suicidálních myšlenek. Pokud je pacient ve fázi těžké deprese, není většinou suicidálního pokusu schopen. Avšak v době, kdy začne léčba působit, je nutné pacienta monitorovat, aby k tomuto pokusu nedošlo (PRICE et al., 2012), (LÁTALOVÁ, 2010).

### **1.4.3 LÉČBA SMÍŠENÉ EPIZODY**

Dle Látalové, Praška, Kubínka a kol.(2009) se léčba smíšené epizody může rozdělit do tří skupin. První je akutní léčba, kdy je snaha o dosažení remise a resocializace, ve druhé skupině probíhá tzv. pokračovací léčba, kdy si lékaři kladou za cíl zabránit relapsu onemocnění či přesmyku do jiné fáze a jako poslední je profylaktická léčba, jíž hlavním úkolem je prevence.

## **1.5 PSYCHOTERAPIE**

Psychoterapie je nedílnou součástí jakékoli léčby, hlavně na psychiatrických odděleních. U hospitalizovaného pacienta se psychoterapie provádí jako podpůrná léčba. Psychoterapie má své využití také v prevenci relapsu. Specifické psychoterapeutické metody jsou popsány níže (ČEŠKOVÁ & PŘIKRYL, 2013).

## KOGNITIVNÍ TERAPIE

Tato terapie je zaměřena hlavně na poznávací procesy a myšlení. Je zaměřena na racionálně logickou orientaci. Pokud se, u depresivní epizody, objevuje úzkost či strach je možné nacvičovat situace, při kterých se pacientovi strach objevuje. Pomáhá pacientů snížit stres denním režimem, který by měl být rytmický. Pacient dostává úkoly, které by měl aktivně plnit (VYMĚTAL & kolektiv, 2007).

## KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

KBT byla dříve používána výhradně při léčbě deprese, postupně i při léčbě úzkostných poruch. Avšak dnes se tato metoda využívá i v psychoterapii u pacientů s bipolární afektivní poruchou. Jejím cílem je pacienta co nejpodrobněji edukovat o svém onemocnění a rozeznání včasných varovných příznaků relapsu bipolární afektivní poruchy, dále se zabývá technikami, které pomohou zvládat stresové situace. Při této terapii se také klade důraz na biorytmy, které by pacient měl, co nejpřísněji, dodržovat (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

## INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE SOCIÁLNÍCH RYTMŮ

Tato terapie pomáhá pacientů dodržovat biorytmy. U pacientů, kteří je dodržují, je menší riziko relapsu některé z epizod. Látalová (2010) uvádí, dle Franka et al.(1997), že nácvik cyklů bdění a spánek, strava apod., napomáhá k nápravě životního stylu více, než u pacientů, kteří byli léčeni pouze psychofarmaky. Avšak dále také uvádí, že tato metoda bohužel nenapomáhá k rychlejšímu odeznění manické či depresivní epizody. Aby psychoterapie byla hodnotná, pacient by neměl mít narušeny kognitivní funkce nebo, alespoň co nejméně a měl by mít schopnost sebereflexe.

O této metodě Látalová (2010, str. 190) píše: *Jedná se o terapii náročnou, která předpokládá, že se pacient časem naučí udržet rovnováhu mezi potřebou pravidelného denního režimu a nutností dostatečné flexibility, která je v běžném životě nutná. Vychýlení na jednu či druhou stranu představuje sociální izolaci, resp. Hrozbu další epizody.*

## PSYCHOEDUKACE

Psychoedukace u bipolární afektivní poruchy by měla být zaměřena hlavně na pečlivé a detailní informovanosti pacienta a jeho rodiny, co se týče poruchy jako



takové, na její příznaky. Pacient a jeho blízcí by měli včas rozpoznat, zda dochází k relapsu nemoci. Při této terapii se pacienti i jejich blízcí učí zvládat stresové situace. Jsou edukováni o možnostech suicidálních tendencích a hlavně o tom, jak se pokusit jim zabránit. Existuje několik typů psychoedukace (PRASKO et al., 2013).

Při individuální terapii se pacient edukuje o nutnosti změny životního stylu, dodržování již zmíněných cyklů bdění a spánku, užívat řádně medikaci a neméně důležitá je také dispenzarizace (PRASKO et al., 2013).

Skupinová terapie je prováděna pro doplnění medikamentózní léčby. Tyto terapie většinou trvají od 2 do 5 let. U skupinové terapie se doufá v to, že když pacient bude co nejpodrobněji edukován o svém onemocnění a o včasném rozpoznání relapsu, přispívá to k pacientově větší pohodě a k lepšímu vnitřnímu pocitu. Interakce mezi účastníky skupinové psychoterapie může pozitivně ovlivnit emoce. Pacienti si mohou sdělovat své příběhy, řešení apod. (PRASKO et al., 2013).

Stává se, že se pacient při propuštění do domácího prostředí nesetká s pozitivním přístupem ba naopak. A tak může docházet k opakovaným hospitalizacím. Rodinná psychoedukace je založena na zlepšení vztahů mezi pacientem a jeho rodinou. Je důležité, aby rodina pochopila, že pacientovo chování před hospitalizací bylo ovlivněno nemocí (PRASKO et al., 2013).

## **1.6 BIOLOGICKÁ LÉČBA**

V této podkapitole jsou uvedeny nejčastější nefarmakologické potupy, které se využívají při léčbě psychiatrických onemocnění, přičemž největší pozornost zaměřujeme na elektrokonvulzivní terapii, jakožto na nejpoužívanější biologickou metodu s velmi dobrými účinky.

### **ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE**

Svoboda a kol. (2015, s. 72) uvádí: *EKT spočívá v podstatě ve vyvolání velkého epileptického záchvatu, který vede ke změně permeability (propustnosti) membrán nervových buněk a změnám koncentrací základních neurotransmiterů; v poslední době se ukazuje, že dochází i ke změnám uvnitř buňky s ke změnám exprese genů, odpovědných za regeneraci nervových buněk. Je prováděna pod celkovou anestézií, a před zákrokem se podávají myorelaxancia, aby nedocházelo k tonicko-klonickým*

*křečím.* Elektrokonvulzivní terapie se opakuje 6x-12x za sebou (SVOBODA a kol., 2015).

Svoboda a kol. (2015, s. 72) dále píše: *Přístroje, které se nyní používají při EKT, jsou technicky velmi dokonalé, Zabudovaný počítač umožní zvolit nejmenší nutnou intenzitu k vyvolání záchvatu, současně je snímán EEG a elektrokardiogram (EKG). Na EEG záznamu lze velmi přesně identifikovat počátek a konec záchvatu, protože tento má typické projevy (vysoké ostré vlny). Monitorování EKG umožní odhalit eventuální srdeční komplikace.*

EKT lze indikovat z vitální indikace a to u stuporózních stavů s odmítáním stravy, maligního neuroleptického syndromu a letální katatonie. Indikována je tato metoda v případech přítomnosti deprese, mánie, schizoafektivní poruchy, schizofrenie a katatonie. Používá se hlavně u farmakorezistentních forem. Mezi kontraindikace řadíme mozkový nádor, cévní aneurysma, těžkou hypertenzi, stav po CMP, poškození sítnice nebo nedávno prodělaný IM.

V mnoha studiích je prokázáno zlepšení u pacientů v manické fázi, kteří podstoupí EKT a dodržují udržovací léčbu s lithiem. I u bipolární deprese je prokázána větší účinnost při použití EKT se současným užíváním antidepresiv. Při EKT může také docházet k menšímu výskytu depresivních epizod. U smíšených epizod má EKT opět rychlý nástup účinku a snižuje dobu hospitalizace (LÁTALOVÁ, 2010).

Všeobecná sestra je důležitým článkem celého týmu v péči o pacienta před výkonem i po něm. Před EKT sestra provádí kontrolu dokumentace a celkového vyšetření, dále také kontroluje, jestli je podepsaný informovaný souhlas pacientem či jeho opatrovníkem. Před provedením EKT, musí mít pacient změřen krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu a váhu. V případě, že je pacient léčen s diabetem mellitus, musí být doložen výsledek ranní glykémie. Všeobecná sestra se musí ujistit, že pacient od půlnoci nepil, nejedl, nekouřil a nepožil ranní medikaci. Dále se musí ujistit, zda pacient nemá žádné kovové předměty nebo zubní protézu.

Léky, které by se neměly užívat před EKT:

- reserpin – měl by být vysazen minimálně 1 týden před EKT
- inhibitory MAO – nesmí se podávat nejméně 2 týdny před EKT

- lithium – zvyšuje riziko postkonvulzivní zmatenosti, epileptické aktivity a blokuje nervosvalový přenos
- benzodiazepinové trankvilizéry – zvyšují záchvatový práh, způsobují myorelaxaci
- antipsychotika a antidepressiva – při současném podávání ve vysokých dávkách, mohou zvyšovat riziko výskytu kardiovaskulárních komplikací
- kofein – prodloužuje epileptický záchvat, může vyvolat status epilepticus

Při výkonu všeobecná sestra asistuje lékaři, zajistí žilní vstup, připravuje léky, přikládá elektrody, které mohou být přikládány bipolárně či unipolárně, vloží pacientovi do úst roubík a zajistí jeho přidržení. Při vyvolání indukovaného záchvatu je důležité pacienta přidržovat v oblasti horních i dolních končetin, pánve, ramen a brady. Po výkonu se zkontroluje, zda nedošlo k poranění, měří se tlak krve a puls. Pacient se uloží na tzv. dospávací pokoj. Poté, co se pacient probere do částečně bdělého stavu, je odvezen v doprovodu ošetřovatelů na oddělení. Pacient by neměl dvě hodiny po výkonu přijímat nic per os. Provádí se kontrola fyziologických funkcí a sleduje se stav pacienta (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

## SPÁNKOVÁ DEPRIVACE

Spánková deprivace se používá hlavně v depresivní fázi, avšak je zde prokázán krátký antidepressivní účinek, který je vysvětlován narušenými cirkadiánními rytmy. Může být indikována pro rychlejší nástup účinku antidepressiv.

Svoboda a kol. (2015, s. 73) popisuje druhy spánkové deprivace takto: *Spánková deprivace může být celková, kdy pacient musí být udržován bdělý po celou noc, a částečná, kdy pacient je udržován vzhůru od 24 hodin do rána.*

## VAGOVÁ STIMULACE

Dušek a Večeřová - Procházková (2015, s. 584) popisují vagovou stimulaci takto: *Chirurgicky implantovaný pulzní generátor vysílá elektrické pulzy k elektrodě přichycené k levé větvi n. vagus v krční oblasti, frekvence 7-145Hz; proud 0-12mA. NCP je implantabilní elektronické zařízení připomínající kardiostimulátor, které se voperovává do podkoží pod klíční kostí na levé straně hrudníku. Od stimulátoru*

*je podkožím vedena stimulační elektroda k vypreparovanému levostrannému nervus vagus.*

Vagová stimulace je metoda, která se využívá hlavně při těžké epilepsii, avšak účinnost byla prokázána i u rezistentní deprese, při které se objevují suicidální sklony. Pacientům zlepšuje náladu. Také je prokázán pozitivní efekt na kognitivní funkce (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

## **1.7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou se odvíjí od fáze, která právě probíhá. U pacienta v manické fázi by sestra měla dohlížet, zda je schopen dodržovat režim oddělení a motivovat jej k tomu. Pacientovi by se měly dát jasné hranice, co je přijatelné a co nikoliv. Všeobecná sestra i jiný ošetrovatelský personál dohlíží na pitný režim, přijímání stravy a také dodržování cyklů bdění a spánku. Nemocní, kteří procházejí manickou fází, mají sníženou potřebu spánku, tudíž by personál měl dbát na dostatečný odpočinek. Je vhodné pacienta zaměstnávat aktivitami (uzpůsobené jeho aktuálnímu stavu) na oddělení přes den. Dále je důležité, aby pacient řádně dodržoval hygienickou péči a péči o sebe sama, případně vést k obnovení hygienických návyků. Řádně by se mělo dohlížet na užívání medikace a sledování jejích účinků (PETR, MARKOVÁ, 2014), (SIMOČKOVÁ, 2008).

U pacienta, který prochází depresivní fází, by měl být kladen hlavně na rozhovor, při kterém sestra klade otázky jasně, srozumitelně, nepoužívat cizí výrazy, měla by být trpělivá a otázku i několikrát zopakovat, dát pacientovi najevo, že se na ošetrovatelský personál může spolehnout, důvěřovat mu a nemusí se bát se na cokoli zeptat či sdělit. Ptát se ho na jeho myšlenky a zjišťuje suicidální myšlenky či tendence, které bychom nikdy neměli brát na lehkou váhu. Zejména u těžké depresivní fáze, kdy se zahajuje léčba antidepresivy a thymoprofylaktiky se riziko sebevraždy zvyšuje. Sledují se účinky léků. Ošetrovatelský personál by měl zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí, odstranit nebezpečné předměty. Za přítomnosti pacienta, ošetrovatelský tým pravidelně kontroluje jeho osobní věci, zda si neshromažďuje medikaci nebo předměty, kterými by se mohl pokusit o sebevraždu. Dále by se mělo dbát na důkladnou hygienu. Pacient, který právě prochází depresivní epizodou, má deficit sebepéče, záleží však na druhu deprese. Důležitý je také dohled nad příjmem stravy i tekutiny, kontrolou váhy. Nemocný by se měl zapojovat do aktivit na oddělení, ty by měly být z počátku

jednoduché a postupem času nároky zvyšovat. V neposlední řadě se monitoruje, zda pacient léky polyká, sleduje se jejich postupný účinek nebo nežádoucí účinky (PETR, MARKOVÁ, 2014), (SIMOČKOVÁ, 2008).

Všeobecné sestry také sledují výskyt nežádoucích účinků, které se mohou vyskytnout u psychofarmakologické léčby. Níže jsou vypsány nejčastěji užívaná léčiva a jejich možné nežádoucí účinky.

Lithium - Včasné vedlejší účinky, (jsou nejméně závažné), jako jsou průjemy, nauzea a zvracení, třes rukou, slabost svalů a únava většinou odeznívají a zmizí po 2-4 týdnech od začátku užívání. Postupně se mohou začít objevovat další vedlejší účinky, mezi které řadíme polydipsii a polyurii dále také kardiovaskulární potíže (kardiomyopatie, která se projeví arytmiemi a změnami na EKG), v oblasti elektrolytového a vodního hospodářství mohou vznikat edémy nebo může dojít ke zvyšování hmotnosti, dermatologické (psoriáza, akné, vypadávání vlasů); hematologické (leukocytóza) a endokrinní (struma, hypotyreóza). Také může objevit snížení potence a libida. Pozorovatelné jsou poruchy paměti. Při dlouhodobé léčbě občas může dojít k trvalým změnám v histologii ledvin, ke vzniku ledvinových mikrocyst, onkocytomů, karcinomu ledvin ze sběrných kanálků (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (PRICE et al., 2012).

Valproát – ve výše uvedených kapitolách již byly zmíněny poruchy ve smyslu zvýšení krevních testů a úbytku krevních destiček. Dále mohou pacienti pociťovat bolesti hlavy, sníženou chuť k jídlu, kterou následuje úbytek váhy, ale není vyloučené ani přibírání na váze. Mohou vzniknout poruchy menstruačního cyklu (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (PRICE et al., 2012).

Antidepresiva – u skupiny těchto léků se objevují nejčastěji přírůstek hmotnosti, sexuální dysfunkce, dyspepsie, emoční oploštělost. Hlavně nárůst hmotnosti vede pacienty k jejich vysazení. Také záleží na podávaných antidepresivech, u tricyklických se může objevovat sucho v ústech, zácpa, rozmazané vidění retence moči, tachykardie, prolongace QT intervalu, narušení paměti. U antidepresiv skupiny SSRI může docházet k průjmu, nechutenství, dyspepsii. Pacienti mohou trpět bolestmi hlavy, insomnií, nervozitou nebo sexuálními dysfunkcemi. Nejzávažnějším nežádoucím účinkem, který ohrožuje život pacienta je serotoninový syndrom, který se projevuje bolestí hlavy, hypománie, třesavkou pocením, hypertenzí, tachykardií, neklidem a agitovaností,

v pokročilých stádiích se objevuje horečka a dochází k renálnímu selhávání. Při pozdním zásahu může pacient upadnout do kómatu. Pokud se u pacienta začne projevovat serotoninový syndrom, často pomůže vysadit serotoninovou léčbu. Nebo podáním cyproheptadinu po 2-4 hodinách, u agitovanosti se mohou podávat benzodiazepiny (RABOCH a kol., 2008).

Antipsychotika – nežádoucí účinky u antipsychotik mohou být rozdílné vzhledem k tomu, na jaký přenašeč v mozku působí. Nicméně všechna ovlivňují dopamin. Může se vyskytnout polékový extrapyramidový syndrom (parkinsonismus), dystonie, dyskineze, rigidita, oploštění emocí, kognitivní dysfunkce, poruchy menstruačního cyklu. Život ohrožujícím stavem je maligní neuroleptický syndrom, u kterého je mortalita 10 %, klinicky se rozvíjí během 24-72 hodin. Příznaky jsou rigidita svalů různého stupně, která může být omezena jen na určitou skupinu svalů, dále se objevuje febrilie, kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí, nadměrné pocení, hypersalivace, tachykardie a kolísání TK. Při léčbě tohoto syndromu se užívá dantrolen, bromokryptyn a hlavně se musí vysadit všechna antipsychotika. Také pacient může podstoupit EKT z vitální indikace (DUŠEK & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (LÁTALOVÁ, 2010), (PRICE et al., 2012).

## **1.8 KOMUNITNÍ PÉČE**

Tato podkapitola obsahuje informace o komunitní péči, se kterou se stále častěji setkáváme v médiích, jako chybějící část psychiatrické péče. Tento nedostatek by se měl vyřešit vytvářením nových komunitních center, čímž by mělo docházet k deinstitucionalizaci.

Komunitní péče je založená na multioborové spolupráci se sociálními a zdravotními složkami, se kterými se pacient setkává. Cílem je zvládnutí příznaků, zlepšení kognitivní, sociálních a pracovních funkcí, dosažení plnohodnotného života při trvajícím duševním onemocněním. Z pohledu zdravotnické péče je zaměřena na „recovery“ (úzdavu), což je jedinečný osobní proces, v němž se klient snaží dát svému životu znovu obsah, aktivně přijmout onemocnění a znovu získat sebekontrolu nad vlastním životem. Probíhá zde resocializační proces, který je zahájen již během pobytu ve zdravotnickém zařízení, závisí na prostředí, do kterého se pacient vrací nebo nastupuje. Práce všeobecné sestry v komunitní péči je edukace pacienta, psychiatrická

rehabilitace, terénní krizová intervence, různé formy přístupu k pacientovi (BLOCH, GREEN, 2009).

Definice komunity dle WHO: *Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří* (WHO, 1974, s. 7).

Aby mohlo dojít k plnohodnotné transformaci psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do komunit, je k tomu potřeba také zbavení společnosti předsudků, které stále omezují resocializaci psychiatrických pacientů. Tyto překážky vznikají z důvodu nevědomosti. V dnešní době stále hodně lidí věří tomu, že psychiatricky léčený pacient je pro veřejnost nebezpečný a měl by být zavřený do „blázince“. Toto přesvědčení vzniká v případech, kdy média, nebo i nemocný sám, ukáže pouze akutní fázi svého onemocnění. Pro odstranění diskriminace a stigmatizace duševně nemocných by měla vzniknout mediální kampaň, ale také vzdělávací programy na školách. Ale toto je pouze první krok. V dalším bodě k dosažení cíle je nutné, aby se shodli odborníci na tom, jak by transformace měla vypadat a jak toho úspěšně docílit. Také stát by se měl podílet na provázání sociální a zdravotní péče (HEJZLAR a kol., 2010).

Principy komunitní péče:

- partnerský přístup a respekt – klient a sestra plánují, pracují a rozhodují spolu
- aktivní zapojení klienta – klient by se měl na všem aktivně podílet, tým by za něj neměl přebírat zodpovědnost
- proaktivní péče – aktivní vyhledávání klientů, předjímání problematických situací, pomoc v krizi
- regionalita – komunitní centra jsou zodpovědný za určitý region, lepší provázanost a spolupráce s komunitou
- dodržování občanských práv – komunitní centrum klade důraz na zachování občanských práv a zodpovědnost klienta za jeho chování

- multidisciplinární tým (JAROŠOVÁ, 2007), (HEJZLAR a kol., 2010).

Prvky systému komunitní péče:

- mobilní terénní týmy – péče ve vlastním prostředí klienta, krizová intervence, indikace ambulantním psychiatrem
- krizová centra – neodkladná bezbariérová péče, psychiatrické vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobá systematická psychoterapie, farmakoterapie, krátkodobý pobyt na lůžku
- denní stacionáře – systematický psychoterapeutický, rehabilitační a resocializační program
- rezidenční zařízení – chráněné bydlení
- psychosociální rehabilitace – chráněná práce a bydlení, vzdělávání, volnočasové aktivity
- svépomocné organizace – poradenství (právní, sociální), volnočasové aktivity (JAROŠOVÁ, 2007)

## OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V KOMUNITĚ

Ošetřovatelský proces v komunitní péči se rozděluje, stejně jako ošetřovatelský proces při hospitalizaci, do pěti fází. Jako první je hodnocení. Jarošová (2007), s. 43 publikuje: *Hodnocení komunity je procesem kritického myšlení o komunitě, kdy sestry jasně definují svého klienta (komunitu) termíny v rámci tří základních dimenzí – lidé, místo, funkce:*

- *Kde jsou geografické hranice komunity?*
- *Jací lidé jsou členy komunity?*
- *Jaké jsou jejich společné charakteristiky?*

Při hodnocení dochází k třídění a interpretaci dat, u kterých jsou důležitá kvantitativní i kvalitativní data. Generování dat může probíhat buď sekundární analýzou, kdy se vyhodnocují již známá data, nebo studií při které sestra sbírá a zpracovává data u daného souboru klientů v komunitě.



Druhou fází ošetrovatelského procesu v komunitě, je stanovení ošetrovatelských diagnóz, které se soustředí na komunitu. Tyto diagnózy se soustředí na riziko, které může vzniknout v komunitě, poté specifikuje komunitu jako klienta a dále by se zde měly popisovat charakteristiky komunity. Třetí fáze – plánování – zahrnuje stanovení cílů a úkolů a dále se identifikují intervenční činnosti. Jarošová (2007, s. 45) popisuje tato obecná kritéria pro prioritizace problémů:

- *komunita zná své problémy*
- *komunita je motivována k řešení problémů*
- *sestra je schopna ovlivňovat řešení problémů*
- *sestra má požadovanou odbornost pro řešení problémů*
- *je definováno více možností (závěrů), nejsou-li problémy řešitelné*
- *problém je řešen dostatečně rychle*

Čtvrtá fáze se týká realizace v komunitě, kde jsou začleněny činnosti, které vedou k následnému dosažení cílů a splnění úkolů. Jarošová (2007) uvádí, že realizaci by měla plnit sestra, nebo osoba, která stanovovala cíle. Poslední fází ošetrovatelského procesu v komunitě hodnocení daných cílů. Hodnotí se jejich adekvátnost či účinek (JAROŠOVÁ, 2007).

Mezi činnosti komunitních psychiatrických sester patří sledování celkového stavu pacienta v jeho domácím prostředí, dále kontrolují užívání medikace, dále zpracovávají krizový a rehabilitační plán, nacvičují s pacienty komunikační dovednosti, techniky, které pomáhají zvládat běžné situace, podílejí se na psychoedukace pacienta a jeho blízkých ([www.ceskapsychiatrie.cz](http://www.ceskapsychiatrie.cz)).

Komunitní centra služeb podporují pacienta v několika oblastech. V oblasti pro podporu práce nebo zaměstnání napomáhají resocializaci do zaměstnání v podobě chráněných dílen, umožňují také vzdělávání, nabízejí také služby na podporu bydlení v podobě komunitního či chráněného bydlení. Pacienti i jejich rodiny mohou využít centra denních aktivit, které se soustředí na volný čas ([www.ceskapsychiatrie.cz](http://www.ceskapsychiatrie.cz)).

## 1.9 VLIV ONEMOCNĚNÍ NA RODINU PACIENTA

Dle Gaye (2010) se lidé v blízkém okolí pacienta, u kterého se vyskytla bipolární afektivní porucha, se mohou potýkat s různými emocemi. Jedna z prvních emocí, která se i blízkých osob projeví je strach, který souvisí s nevědomostí. Pacient se náhle začíná měnit. Pokud se u pacienta jako první objeví fáze depresivní, jeho blízcí začnou mít pocit strachu hlavně o něj, pacient ztrácí zájem o okolí i zájmy. Může začít mluvit o tom, jak by si nejraději něco udělal a v horším případě se již pokusil o sebevraždu. Pokud se nemoc začne rozvíjet ve fázi manické, nastupuje strach o bezpečí pacient, ale i osob v okolí. Gay (2010, s. 51) popisuje reakce blízkých osob takto: *Pacientovi blízcí si nedokáží představit, jak značně by mohla bipolární porucha jejich vztah ovlivnit, dokud to nezažijí na vlastní kůži.*

V případě, relapsu onemocnění je strach, ale i ostatní emoce, které jsou vyspány níže, blízkých osob spjat s nedostatečnou informovaností o této nemoci, kdy je velmi důležité, aby tito lidé navštívili psychiatra pacienta nebo začali shánět různé podklady k získání, co nejvíce informací. V případě změny chování pacienta se může dostavit stud nebo strach z reakce širšího okolí (GAY, 2010).

Další emocí, která se vyskytuje u blízkých osob, je zlost, která většinou vzniká z důvodu vyčerpání o pacienta s bipolární afektivní poruchou. Rodina si neví rady, co s ním. Opět zde záleží na fázi, ve které se pacient právě nachází. S vyčerpáním souvisí také bezmoc, která se u blízkých osob často vyskytuje (GAY, 2010).

Blízké osoby pacienta mohou mít tendence k sebeobviňování, hlavně ve chvíli, kdy nemoc vypukne v souvislosti právě s nimi. Začnou mít pocit, že pro pacienta neudělali to, co by měly, když se jedná o dítě, partnera nebo rodiče (GAY, 2010).

Z náhlé změny chování pacienta a následné změny celkového životního stylu, nevědomosti, vyčerpanosti a dalších jiných změn se u rodinných příslušníků může objevit úzkost. V těchto případech může dojít ke ztrátě důvěry k medicíně (GAY, 2010), (HERMAN, 2007).

Co se týče chování k pacientovi, rodinní příslušníci mohou popírat to, že by jejich blízký mohl být nemocný. Dále mohou zlehčovat problémy a příznaky, které se začnou vyskytovat. Na rozdíl od popření, blízké osoby jsou schopni rozeznat odchylku, ale nepřikládají jí takový důraz. U blízkých osob může dojít až k agresivitě, která

je vysvětlována tím, že pacient byl také agresivní. Avšak u rodinných příslušníků není výjimkou ani heteroagrese, která je úzce spjata s absolutním psychickým vyčerpáním. V případě onemocnění jedno z partnerů, může dojít k odmítání jeho osoby. Tato reakce má mnoho důvodů. Mezi ně můžeme zařadit hlavně změny chování, obavy z relapsu onemocnění, ztráta zamilovanosti či lásky, ale také fyzické změny, které jsou ovlivněny psychofarmaky např. u podávání některých antidepresiv, může dojít k nepřiměřenému tloušťnutí (HERMAN, 2007), (GAY, 2010).

## 2 SPECIFIKA PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Vzhledem k tomu, že sestra tráví s pacientem nejvíce času, je důležité, aby dokázala ovládat základní dovednosti. Nejen v psychiatrické péči je důležitý kladný vztah mezi sestrou a pacientem. Měl by se zakládat hlavně na důvěře a spolehlivosti. Sestra pouhým rozhovorem může předejít agresivitě, která se u pacienta může rozvíjet, také může ovlivnit spolupráci pacienta na dodržování léčebného režimu.

Mezi faktory, které ovlivňují kvalitu péče, řadíme například osobnostní předpoklady. Od sestry na psychiatrickém oddělení se žádá znalost řešení krizových situací, ale i dalších důležitých prvků, např. rozpoznání vedlejších účinků, vyhodnocování aktuálního stavu, měla by být empatická. Každé duševní onemocnění má odlišné příznaky a rozdílný přístup. Tyto dovednosti by měla znát pro, co nejdetailnější, popis pro lékaře, kteří tak mohou včas zahájit léčbu či jiná opatření. Sestra je také členem psychoterapeutického týmu. Na těchto aktivitách se účastní buď aktivně, kdy sezení vede nebo pasivní účast, jež vede k přistupování k pacientovi. Jelikož medicína je pokrokový obor, měla by se permanentně vzdělávat.

Sestra by měla pacientovi podávat dostatek informací, způsobem tak, aby všemu rozuměl a postupně došlo k navázání důvěrného psychoterapeutického vztahu. Sestra by se měla podílet na podpoře aktivního začlenění na oddělení, měla by zachovávat společenská pravidla. Na začátku léčby je nutné seznámit pacienta s chodem a řádem oddělení, trvat na zpětné vazbě a vyvarovat se tak nepříjemnostem z důvodu nedostatečné informovanosti. Všechny sestry na oddělení by měly zachovat kolegalitu, aby nedocházelo k podrývání důvěry (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2010).

### CHYBY V JEDNÁNÍ S PACIENTEM

Sestry by měly znát chyby, ke kterým může, v souvislosti chování k pacientovi, docházet, aby se jim vyvarovaly.

- bagatelizace, ironické chování, nezdvořilost
- soukromé vztahy k pacientům
- nervozita, neklid

- negativní až agresivní postoj k pacientům
- rezignace, lhostejnost
- přehnaná péče
- neosobní vztah

Na psychiatrických odděleních se stává, častěji než na jiných, že dojde k auto či heteroagresivitě pacienta, která je verbální či brachiální. Tyto situace se z počátku řeší verbálními dovednostmi ošetřovatelského personálu, jelikož klíčem veškerého úspěchu je vhodný způsob komunikace. Sestra by měla znát své pacienty. Napomůže anamnéza násilných činů, míra stresové zátěže a neverbální projevy. Musí být schopna svým chování jí předcházet. V případě, že je již agrese rozvinuta, by sestra měla umět vyhodnotit riziko, vždy s ní musí počítat, avšak vždy se podaří nebezpečné situace takto zvládnout (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2010).

**NEVERBÁLNÍ PROJEVY:** výrazná gestikulace, rychlé pohyby končetin, nadnesená nálada, výraz tváře, neklid v nohách chování, podupávání, upřený oční kontakt, nápadné vyhýbání se očnímu kontaktu, vstup do bezpečné zóny druhé osobě, svírání rukou v pěst (LÁTALOVÁ, 2013)

**ZÁSADY:** sestra zachovává vstřícný postoj k pacientovi, nesnaží se o konfrontaci, nepodněcuje agresi, detailně ho o všem informuje, neměla by s ním hovořit o samotě, při snaze ho uklidnit nesmí sedět, udržovat od něj odstup, většinou by sestra neměla stát přímo k pacientovi, aby v něm nevzbuzovala ještě větší pocit agrese, neotáčí se k němu zády, vždy musí znát možnosti útěku. Základem komunikace je rozčileného pacienta vyslechnout a přesunout zájem ze msty k řešení (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007), (LÁTALOVÁ, 2013).

#### TERAPEUTICKÁ IZOLACE

Omezení pacienta v terapeutické izolaci, je indikováno pro akutní psychomotorický neklid pacienta, kdy ohrožuje sebe nebo své okolí a jeho stav se nedá zvládnout jinými prostředky. Toto omezení ordinuje vždy lékař, který poté zaznamenává do dokumentace aktuální stav pacienta každých dvanáct hodin, sestra jednou za tři hodiny. Ve zvlášť závažných případech, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, může rozhodnout o umístění pacienta do terapeutické izolace staniční nebo zastupující

sestra, která neprodleně po umístění informuje lékaře. Pacient, zákonný zástupce či opatrovník by měli být informováni o důvodu umístění do terapeutické izolace. Vyžaduje-li to situace, je možné pacienta omezit i bez jeho souhlasu a je informován ihned, jakmile to jeho stav dovolí (DOHNALOVÁ, 2011), (DUŠEK, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, 2015).

Po dobu pacientovo omezení je důležité dbát na důkladnou ošetrovatelskou péči, která je zaměřena hlavně na dostatečnou hydrataci, péči o výživu, vyprazdňování, prevenci dekubitů, prevence podchlazení, hygienickou péči (DOHNALOVÁ, 2011).

### OMEZENÍ V LŮŽKU

Omezení v lůžku se provádí fixací horních a dolních končetin pomocí popruhů. Indikacemi k tomuto omezení jsou psychomotorický neklid pacienta, stav, kdy ohrožuje sebe nebo okolí. U pacienta v tomto omezení je nutný permanentní vizuální dohled, alespoň jedním ošetrovatelským personálem a to buď přímo či prostřednictvím kamerového systému. Lékař provádí záznamy každé 3 hodiny a vždy posuzuje, zda nutnost omezení trvá. Sestra píše zápisy do dokumentace každou hodinu (DUŠEK, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, 2015).

Při tomto omezení ošetrovatelský personál provádí permanentní dohled, monitoruje výraz tváře, verbální projev, psychický stav, zajišťuje stravu a tekutiny, kontroluje prokrvení končetin (každých 20minut), stav kůže, prevenci podchlazení, provádí dostatečnou hygienu (DOHNALOVÁ, 2011).

### **3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU V TĚŽKÉ DEPRESIVNÍ FÁZI**

Ošetrovatelský proces je způsob, při kterém všeobecná sestra vykonává péči o nemocného. Ošetrovatelská péče je zaměřená na individuální uspokojování potřeb pacienta. V dnešní době je vypracováno několik definic ošetrovatelského procesu, jejichž společným cílem je systémové komplexní vykonávání ošetrovatelské péče. V Českém zdravotnictví se aplikuje proces, který je rozdělen do pěti fází – zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Ošetrovatelský proces byl zpracováván u 51 letého pacienta, který byl přijat s diagnózou bipolární afektivní porucha, těžká depresivní fáze, do psychiatrické nemocnice v Dobřanech, na doporučení ambulantního psychiatra. Při příjmu odebrána anamnéza od manželky a částečně od pacienta Po kompenzaci stavu doplněna pacientem. Jedná se o první hospitalizaci v této nemocnici, avšak již dříve byl hospitalizován 4x v nemocnici v Písku – r. 2004, r. 2007, r. 2010, r. 2014. První hospitalizace byla z důvodu přítomnosti manické fáze a zbylé hospitalizace byly v depresivní fázi, nikdy nebyly přítomny bludy či halucinace, nynější fáze byla zatím nejtěžší. Mezi atakami pacient pozoruje střídání nálad, ale vždy se to podchytilo včas u ambulantního psychiatra. Na příjmovém akutním oddělení byl hospitalizován od 17. 11. 2016 do 2. 1. 2017.

Pacientovi změřen TK, puls a dech, byl zvážen a změřen, bylo vypočítáno BMI – viz vitální funkce zjišťované při příjmu. Pacient i jeho manželka byli seznámeni s chodem a řádem oddělení, dále s právy a povinnostmi pacientů. Odebrána krev a moč na laboratorní vyšetření – Tabulka č. 3, 4, 5. Objednán na vstupní RTG a EKG – výsledky jsou uvedeny v medicínském managementu (podkapitola 3.2).

Pacient byl uložen na lůžko na příjmové ložnici, která je umístěna nejbližší lékárny pro indikovaný dohled 2 – tento dohled je indikován v případech, kdy je riziko auto či heteroagrese avšak s dobrou aktuální schopností kontrolovat impulzy, může být indikován v případech náhlé změny stavu či vědomí pacienta, zhoršené spolupráci.

Pokud lékař neurčí jinak, jsou prováděny denní kontroly (6-22 hod.) po 30 minutách, noční kontroly (22-6 hod) jsou prováděny po 60 minutách.

Pacient byl při přijetí mírně zanedbaný, k výzvám se jevil nejprve apatický, po dlouhých odmlkách zjištěno, že je pacient mírně orientovaný, moc si toho nepamatuje, nebyl schopen vnímat okolí. Důvody přijetí nedokáže vysvětlit. Spolupráce byla velmi omezena sníženým psychomotorickým tempem, je nesoustředěný, oční kontakt nenavazuje ani na krátké intervaly, řeč je tichá pomalá, latence odpovědi velmi dlouhé, místy neodpověděl vůbec. K suicidálním myšlenkám a tendencím se nevyjadřoval. Nejevil známky intoxikace či odvykacího stavu. Pacient pravidelně monitorován.

Po domluvě ošetřující lékařky a primáře oddělení byla domluvena elektrokonvulzivní terapie. Provedeno tedy interní vyšetření, jehož výsledky nebyly kontraindikací k terapii – viz medicínský management. Pacient podepsal informovaný souhlas. Byl poučen o režimu před – od půlnoci nesmí jíst a pít a po EKT – bude uložen na dospávací pokoj, odkud ho odveze ošetrovatelský personál zpět na oddělení, zde bude v lůžku a minimálně 2 hodiny nebude moci jíst a pít, edukačně způsobilý. První elektrokonvulzi pacient podstoupil 21. 11. 2016 bez vedlejších účinků a s částečným efektem. Již po druhém výkonu se pacientův stav výrazně zlepšil, byl klidnější, forie se projasňovala, začal rozkrývat rodinné problémy, TS myšlenky a suicidální tendence nejevil, neprojevoval se auto či heteroagresivně.

Dne 1. 12. 2016 byl pacient přemístěn, (s jeho souhlasem), do druhé části oddělení na pozorování. Seznámen s chodem a řádem oddělení, edukaci podepsal, všemu rozuměl, doplňující otázky neměl. Zde absolvoval ještě 5 elektrokonvulzivních terapií, které snášel dobře, jediným vedlejším účinkem byla bolest hlavy, která, jak sám udával, odezněla po pár hodinách.

Informační zdroje byly získávány z dokumentace, od ošetrovatelského týmu, od rodiny a po té i od pacienta, fyzikální vyšetření sestrou. Vzhledem k ochraně osobních údajů dle zákona č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, nebudou uvedeny ani pacientovy iniciály.

### **3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE**

Jméno a příjmení:

X. X.



Pohlaví: muž  
Rok narození: 1965  
Věk: 51 let  
Kontaktní osoby k podávání informací: manželka, dcera, syn  
Typ přijetí: na doporučení ambulantního psychiatra  
Oddělení: příjmové akutní oddělení  
Ošetřující lékař: MUDr. X. Y.  
Informovaný souhlas s hospitalizací: pacient podepsal dobrovolný vstup  
Pacient a jeho manželka byli lékařkou edukováni o nutnosti hospitalizace a o léčebném režimu.

**Důvod přijetí udávaný pacientem:**

„Nevím, nic mi nebaví, nechce se mi nic, rád bych si lehnul.“

**Medicínská diagnóza hlavní:**

F314 Bipolární afektivní porucha – Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese bez psychotických syndromů.

**Medicínská diagnóza vedlejší:**

Hypertenze

**VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘÍJMU**

TK: 100/60 – spíše hypotenze

Výška: 180 cm

P: 76', pravidelný – v normě

Hmotnost: 70 kg

D: 16/min – v normě

BMI: 21,6 – ideální váha

TT: 36,6°C - normotermie

Pohyblivost: chůze pomalá, s pomocí doprovodu

Stav vědomí: pacient je při vědomí, avšak nedokáže plně přijímat a zpracovávat informace, odpovědi jsou strohé.

## **NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ**

51 letý pacient byl dne 17. 11. 2016 přivezen manželkou na doporučení ambulantního psychiatra z důvodu relapsu onemocnění v těžké depresivní fázi. Pacient není schopen se sám o sebe postarat. V poslední době byl vystaven psychickému tlaku v rodinném kruhu, kdy jeho matka nařkla jeho manželku, že jí okradla.

Pacient při příjmu není schopen plně komunikovat, na kladené otázky krčí rameny nebo odpovídá slovy ano/ne. Anamnéza sepsána s pomocí jeho manželky. „Ani nevím, jak se do tohoto stavu dostal, hádali jsme se s jeho matkou, která mne osočila, že jsem jí okradla, uběhlo pár dní a není schopen se ani najíst.“ Pacientovi byla stanovena lékařská diagnóza F314 Bipolární afektivní porucha – Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese bez psychotických syndromů.

## **3.2 ANAMNÉZA**

Pacient při přijetí nebyl schopen rozhovoru pro odebrání anamnézy, částečně odebrána od manželky, po stabilizaci stavu doplněna pacientem.

### **RODINNÁ ANAMNÉZA**

Matka \*1937, pracovala jako učitelka na základní škole, v 65 letech prodělala operaci levého kolene po pádu ze schodů, psychiatricky léčena nebyla.

Otec zemřel v roce 2005 na infarkt myokardu, užíval pouze antihypertenziva, s ničím jiným se neléčil ani vážněji nestonal, pracoval jako elektrikář.

Manželka \*1961 pracuje jako úřednice, léčí se s vysokým tlakem a cholesterolem, žádné operace nepodstoupila, vážněji nestonala.

Pacient má syna 30let, dceru 25 let, bezdětní, s žádnými vážnějšími nemocemi se neléčí. Obě děti již bydlí samostatně, vztah s rodiči mají dobrý, navštěvují se.

### **OSOBNÍ ANAMNÉZA**

Prodělal BDN, jiné závažné infekce neguje, v bezvědomí nebyl, epileptické záchvaty neměl. Byl již 4x hospitalizován v nemocnici v Písku.

## ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacient neguje žádné alergie na potraviny, léky, chemické látky, pyly, prachy apod.

## ABÚZY

Pacient nekouří, alkohol pil dříve, když byl mladý, po diagnostikování nemoci se snaží alkoholu vyhýbat, dá si maximálně jedno pivo po obědě. Drogy ani gambling neguje. Alkohol test při příjmu negativní.

## SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Ženatý, s manželkou bydlí v rodinném domě. Vztah udává jako harmonický, občas se sice nepohodnou, ale nikdy to není kvůli vážným věcem, na těch se vždy domluví. V domě žijí s matkou pacienta, která bydlí v přízemí. On s ní vychází bez větších potíží, ale před pár týdny měla konflikt s jeho manželkou. Údajně jí měla ukrást nějaké peníze. Pacient ani jeho manželka si nedokážou vysvětlit, jak ji to mohlo napadnout. Ony dvě spolu nikdy takto velké rozepře neměly. Hádaly se dříve, kvůli výchově dětí, ale později si k sobě našly cestu a navzájem se respektovaly.

## PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Pacient pracoval jako obráběč kovů ve firmě poblíž jeho bydliště do svých 40 let, od roku 2005 pobírá invalidní důchod III. stupně z psychiatrické indikace. V zaměstnání byl spokojený. Nikdy nechtěl vedoucí funkci, ví, že je to velká zodpovědnost. Velké ambice nikdy neměl.

## SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient není věřící, pouze se řídí tím, že jak se lidé chovají k němu, tak i on se chová k lidem.

### **3.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 1. 12. 2016**

#### **Hlava a krk**

SUBJEKTIVNĚ: „Dříve jsem bolestmi hlavy netrpěl, ale nyní si občas potřebuji vzít léky po těch šokách.“

**OBJEKTIVNĚ:** Hlava normocefalická, mezocefalická, na poklep nebolestivá, držení hlavy je přirozené, příušní žláza není zvětšená, oční bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické, zvukovod bez sekrece, slyší dobře, nos bez výtoků, rty růžové, ústní koutky jsou bez známek infekce, jazyk plazí ve střední čáře, povrch růžový, vlhký, mírně povleklý, sliznice dutiny ústní vlhká, bez zápachu, chrup vlastní.

### **Hrudník a dýchací systém**

**SUBJEKTIVNĚ:** „Žádné problémy s dýcháním nepocítuji.“

**OBJEKTIVNĚ:** Hrudník klenutý, symetrický, pevný. Pacient je nekuřák, s dýcháním potíže neudává, kašel nemá, léky na dýchání nikdy pravidelně nebral, jen když měl chřipku, která se u něj vyskytne max. 1 do roka, léčbu kyslíkem nepodstoupil. Dýchání pravidelné, frekvence 17/min, čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

### **Srdce a cévní systém**

**SUBJEKTIVNĚ:** Víím, že se mi tlak hodně mění, ale léčím se s vysokým tlakem.“

**OBJEKTIVNĚ:** Srdeční akce pravidelná (78/min), užívá léky na vysoký tlak, při přijetí podstoupil interní vyšetření, kde měl spíše hypotenzi, srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný.

### **Břicho a GIT**

**SUBJEKTIVNĚ:** „ Břicho mně nebolí“

**OBJEKTIVNĚ:** Břicho pod úrovní hrudníku, nebolestivé, souměrné, poklep bubínkový, kůže hladká, barva světlá, růžová. Peristaltika klidná, játra i slezina jsou nehmatné.

### **Vylučovací a pohlavní ústrojí**

**SUBJEKTIVNĚ:** „ S močením žádné potíže nemám, jen chodím méně na stolicí, asi tak 1-2x týdně, ale takhle to mám, co pamatuji.“

**OBJEKTIVNĚ:** Pacient svou nepravidelnou stolicí nevidí jako problém, který by chtěl řešit, je takto zvyklý, nějak blíže to neřešil, nemá žádné rituály nebo osvědčenou metodu, která by mu pomohla k pravidelné stolici. Stolice je pevná, bez příměsí. Mikce

je bez problémů, nepozoruje žádnou změnu v poslední době, zvládne se vymočit sám, obtíže při močení neudává, bez příměsí.

### **Pohybový aparát**

SUBJEKTIVNĚ: „Občas mě bolí záda, ale to je v mém věku normální.“

OBJEKTIVNĚ: Horní i dolní končetiny bez edémů, prsty symetrické, kůže končetin je teplá, varixy 0, lýtka pohmatově nebolestivá, klouby pohyblivé, páteř je fyziologicky zakřivená, při prudším pohybu nebo ve strnutí v jedné poloze mírně až středně bolestivá.

### **Nervový systém**

SUBJEKTIVNĚ: „Moc si nepamatuji, jak jsem se sem dostal a ani můj psychický stav, jen vím, že se mi někdo na něco pořád ptal a já neměl sílu ani odpovědět. Také vím, že jsem podepisoval nějaký souhlas k šokům. Teď vím, že jsem v psychiatrické nemocnici v Dobřanech, chodím na ty šoky a ty asi pomáhají.“

OBJEKTIVNĚ: Aktuálně je pacient orientován časem, místem, osobou i situací, psychomotorické tempo je mírně zpomalené, ale je jasně viditelný pozitivní účinek elektrokonvulzivní terapie. Aktuálně spolupracuje nejlépe dle svých možností.

### **Endokrinní systém**

SUBJEKTIVNĚ: „Se štítnou žlázou jsem se nikdy neléčil.“

OBJEKTIVNĚ: Štítná žláza je nebolestivá, velikost v normě, potíže se štítnou žlázou neudává.

### **Imunitní systém**

SUBJEKTIVNĚ: „Na nic alergický nejsem, alespoň o tom nevím.“

OBJEKTIVNĚ: Lymfatické uzliny na pohmat nebolestivé, na pohled nezvětšené, tělesná teplota 36,4°C.

### **Kůže a její adnexa**

SUBJEKTIVNĚ: „Hygienu provádím, snad i dost kvalitně, převážně každý den. Někdy vynechám hlavně teda, když nemám náladu, ale se snažím, abych vypadal.“

OBJEKTIVNĚ: Kůže čistá, kožní turgor v normě, celkový vzhled nyní je upravený. Aktuálně provádí hygienu pravidelně pod dohledem a nečiní mu to žádné potíže. Hematomy ani jizvy po těle nemá.

#### AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

OD MANŽELKY: „Pokud je manžel stabilizovaný, je schopen se o sebe postarat ve všech směrech, záleží také na tom jak hluboké má změny depresí, někdy byste na něm ani nemoc nepoznali a jindy je spíše morózní a je lepší na něj nemluvit, avšak snažím se, aby hygienu, pitný režim a jídlo dodržoval. Po dlouhé době se však jeho stav natolik zhoršil, že jsme neviděli jiné východisko, než hospitalizaci a doporučil nám ji i jeho ambulantní psychiatr.“

#### **Stravování a pitný režim**

SUBJEKTIVNĚ: „No jak kdy, vždyť víte, jak to u téhle nemoci chodí, ale manželka mě dost hlídá.“

OBJEKTIVNĚ: Žádné dietní opatření nepotřebuje, aktuální dieta číslo 3, v průběhu 14 dní před hospitalizací zhubl 6 kg, ale BMI stále v normě. Manželka dohlížela, aby snědl minimum připravené porce. V průběhu hospitalizace je pacient pravidelně kontrolován, jaké množství potravy přijímá, chuť k jídlu má již vyšší. Během 14 dnů přibral 2 kg, aktuální BMI – 22,22. Stravu přijímá per os, forma stravy doma i při hospitalizaci normální, poruchu polykání nebo nauzea neudává. Je poučen o nutnosti dodržování příjmu potravy i tekutiny, je schopen se najíst sám. Aktuálně přiměřeně hydratován, doma, při relapsu, kontrolován manželkou. Zvládá si uvařit méně náročná jídla, pokud je manželka v zaměstnání. Je schopen dodržovat pitný režim. Vypije kolem 1,5 litru za den. Nemá vyhrazené druhy nápojů.

#### **Vylučování moče a stolice**

SUBJEKTIVNĚ: „Močení i stolice je stejná doma i při hospitalizaci, na stolici chodím tak 1-2x týdně, ale to mám pořád.“

OBJEKTIVNĚ: Poslední stolice byla včera tj. 30. 11. 2016 a před tím 28. 11. 2016 (dle ošetřovatelské dokumentace). Na stolici si je pacient schopný dojít sám, chodí 1-2x týdně, má sklony k zácpě, žádné návyky a rituály nevyužívá, neregistruje žádnou změnu

ve vyprazdňování v poslední době, obtíže během vyprazdňování nemá. Taktéž bez příměsí, barva v normě. Při močení žádné potíže neudává.

Ošetrovatelský problém: riziko vzniku zácpy

Priorita: nízká

Měřicí technika: příjem a výdej tekutin

### **Spánek a bdění**

SUBJEKTIVNĚ: „No jak kdy, zase záleží na mém psychickém stavu, jsou noci, kdy spím a pak jsou noci, kdy nemůžu usnout nebo se budím, také záleží na okolnostech.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient má zvýšený dohled 2, kontrola po 30 minutách, většinu nocí spí, někdy se vzbudí, ale jen se projde po sále a jde zase spát, někdy rád před spaním pohovoří s všeobecnou sestrou (odebráno z ošetrovatelské dokumentace). Někdy udává, že nemohl usnout nebo se ráno brzy probudil. Přes den se snaží v lůžku nespávat, sleduje TV, čte si (Epocha, Týden), spolupracuje s ergoterapeutkou, účastní se komunit. Pacient udává problémy se spánkem hlavně v době, kdy se vyskytnou nějaké potíže v rodinném kruhu nebo při relapsu depresivní fáze. Střídají se problémy s usínáním a častým probouzením. Od prvního dne hospitalizace se ošetrovatelský tým podílí na zlepšení kvality spánku, pacient má předepsanou medikaci při nespavosti, přes den se snaží nespát pouze hodinu při poledním klidu, před hospitalizací spal hodně střídavě a bylo jedno, zda byla noc nebo den. S usínáním má potíže, jelikož přemýšlí nad rodinnými událostmi. Aktuálně se po spánku cítí převážně odpočatý, občas ho budí ostatní pacienti chrápáním, ale většinou to zaspí. Medikaci při nespavosti pacient užívá zřídka. Nyní žádnou bolest neudává, jen pár hodin po elektrokonvulzivní terapii, ale ta vždy přejde. Snaží se nevyužívat medikaci při bolesti hlavy.

Ošetrovatelský problém: nespavost, bolest akutní

Priorita: střední

Měřicí technika: NRS – aktuálně 0, při bolesti hlavy vyznačuje na číselné stupnici hodnoty 3-4

### **Hygiena**

SUBJEKTIVNĚ: „Teď už je mi lépe, jsem schopen celkovou hygienu provést sám, a když je mi dobře tak i doma, ale někdy mi manželka pomůže“.

OBJEKTIVNĚ: V prvních dnech hospitalizace byla nutná celková pomoc při hygieně, pacient se nebyl schopen umýt, pouze když se mu řeklo, ale ne důsledně. Nyní je pacientův stav lepší, není tedy nutná dopomoc, nýbrž postačí dohled. Použit Bärthelové test – 100 bodů, nezávislý.

### **Samostatnost**

SUBJEKTIVNĚ: „Myslím si, že v tomto stavu jsem schopen se o sebe postarat.“

OBJEKTIVNĚ: Při přijetí byl jen částečně upraven, nebyl schopen se sám obléci ani se umýt, manželka vše řádně nezvládala. Aktuálně pacient soběstačný ve všech denních činnostech. Nepotřebuje dopomoc, ale hygienu provádí pod dohledem z důvodu dohledu 2. Pacient je schopen se převážně obléct sám, aktuálně je upraven. Bärthelové test základních všedních činností – 100 bodů, nezávislý.

### **POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU**

#### **Vědomí**

SUBJEKTIVNĚ: „Vím, že jsme někam jeli, ale moc si toho nepamatuju, neměl jsem sílu ani jít, snad ani koukat natož sledovat, co se děje okolo mě. Ale teď vím vše tak, jak je.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient je plně při vědomí (GCS 15).

#### **Orientace**

SUBJEKTIVNĚ: „Vím, jak se jmenuji, jsem v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, jelikož se má nemoc vrátila ve formě těžké deprese, je 1. 12. 2016, byl jsem umístěn na druhou část oddělení pro pozorování, líbí se mi tu.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient je orientován časem, místem, osobou i situací. Slovní projev je adekvátní, byl seznámen s chodem a řádem oddělení.

#### **Nálada**



SUBJEKTIVNÍ: „ Teď se cítím o dost lépe než před a při přijetí, překvapilo mě, jak dobře a rychle zabraly ty šoky, těším se domů.“

OBJEKTIVNÍ: Pacient je zvyklý již z předešlých hospitalizací na průběh kromě elektrokonvulzivní terapie, ta je u pacienta aplikována poprvé, ale snáší ji dobře a sám je z toho mile překvapen.

### **Paměť**

#### **Staropaměť**

SUBJEKTIVNÍ: „Zásadní věci z dětství a mládí si pamatuji.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient si vzpomene na zlomové okamžiky z jeho dětství (hlavně ze základní školy a z učiliště). Nemůže si stěžovat, žádnou šikanu vůči jeho osobě ani v jeho okolí nezažil, byli dobrá parta.

#### **Novopaměť**

SUBJEKTIVNĚ: „Řekl bych, že zatím nesenilním, pamatuju si informace dobře.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient si pamatuje veškeré informace, které mu byly poskytnuty po zlepšení stavu a i z doby kdy byl kompenzován (manželka potvrdila), sám uznává, že z posledních 14 dnů před hospitalizací si moc nepamatuje, jen že prostě neměl sílu vstřebávat informace a zapamatovat si je.

### **Myšlení**

SUBJEKTIVNĚ: „Občas přemýšlím, že jsem tu svým nejbližším akorát na obtíž, manželka je skvělá žena, nezaslouží si to, ale když vidím mé děti, tak si říkám, že by to byla asi škoda. Rád bych se dožil vnoučat. Teď se zabít nechci, nikdy jsem nechtěl, spíše jsem jen tak polemizoval.“

OBJEKTIVNĚ: Na začátku hospitalizace bylo psychomotorické tempo zpomalené, pacient byl bradypsychický, nedokázal říci delší slovo. Nyní pacient odpovídá celými větami, psychomotorické tempo blízko k normě, občas se zamyslí nad slovem, které by chtěl použít, suicidální myšlenky či tendence popírá, avšak nelze jej plně vyloučit.

Ošetřovatelský problém: riziko sebevraždy

Priorita: vysoká

Měřicí technika: test rizika sebevražedného jednání – 1 bod, nízké riziko

### **Temperament**

SUBJEKTIVNĚ: „Řekl bych, že jsem od každého trošku, ale asi nejvíce introvert, možná trochu cholerický, ale zase umím být i veselý a přátelský.“

OBJEKTIVNĚ: Na oddělení se projevuje klidně, s ostatními pacienty zatím vychází bez problémů, nekonfliktní. Rozhovor poskytuje ochotně.

### **Sebehodnocení**

SUBJEKTIVNĚ: „To tak nějak nedokážu říct, asi nejsem úplně špatný, ale mohlo by to být i lepší.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient nevykazuje známky špatného sebehodnocení, je schopen na sobě najít i kvality.

### **Vnímání zdraví**

SUBJEKTIVNĚ: „Doufám, že po té léčbě šoky budu mít menší riziko relapsu a hlavně, že půjdu brzy domů, chtěl bych být s rodinou na vánoce.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient dodržuje léčebný režim, chtěl by být, co nejdříve, stabilizován.

### **Vnímání zdravotního stavu**

SUBJEKTIVNĚ: „Myslím si, že jsem ke svému onemocnění kritický, vím, co obnáší, jsem nemocný už dlouho a tohle je má 5 hospitalizace v nemocnici, spokojený nejsem, ale snad budu brzy v pořádku.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient má na své onemocnění náhled, dělá vše pro to, aby byl brzy propuštěn.

### **Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění**

SUBJEKTIVNĚ: „Nevím, co se stalo, že jsem opět hospitalizován, sice je to po dlouhé prodlevě, ale léky jsem užíval pravidelně. Je možné, že to bylo stresem, který jsem prožíval před hospitalizací.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient chápe, co obnáší tato nemoc, ale nechápe, proč se jeho stav takto rapidně změnil.

Ošetřovatelský problém: neefektivní zvládnání zátěže

Priorita: střední

### **Reakce na hospitalizaci**

SUBJEKTIVNĚ: „Sice nejsem nadšený, že jsem hospitalizovaný, ale nedá se nic dělat, snad mi ty šoky pomohou.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient je s hospitalizací smířený.

### **Adaptace na onemocnění**

SUBJEKTIVNĚ: „Už se cítím mnohem lépe, chtěl bych, aby mne po šokách propustili.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient je nevíce podporován svou manželkou. Vzhledem k chronickému onemocnění, je adaptace lepší.

### **Projevy jistoty a nejistoty**

SUBJEKTIVNĚ: „Nedá se říct, že bych měl strach, spíše doufám v účinnost nové léčby.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient nejeví známky přímé nejistoty, snaží se být, v tomto ohledu, optimista.

### **Zkušenosti z předchozí hospitalizace**

SUBJEKTIVNĚ: „Už jsem byl 4x hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici v Písku jednou kvůli mánii a poté jen kvůli depresi, ale nevím, jestli jsem byl někdy v takovémto stavu. Není to tu špatný, ale doma je doma.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient má zkušenosti z předešlých hospitalizací, největší změnou pro něj bylo prostředí, že není v Písku, nýbrž v Dobřanech. Priorita pro něj je, jít co nejdříve domů.

### **POSOUZENÍ SOCIÁLIHO STAVU**

### **Komunikace verbální**

SUBJEKTIVNĚ: „Teď bych řekl, že mluvím normálně, ale jak to bylo před tím, nejsem schopen posoudit. Já toho moc nenamluvím ani, když můj stav je relativně v pořádku.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient při přijetí nebyl schopen plynulého verbálního projevu, odpovídal spíše slovy – ano, ne nevím – nebo krčil rameny. Nyní pacient dokáže adekvátně odpovědět na otázku i vést dialog, slovní zásoba je lehce omezená.

### **Komunikace neverbální**

Pacientova neverbální komunikace doprovází rozhovor minimálně, ve tváři spíše strnulý výraz, ale spokojený, nejvýraznější je gestikulace rukama. Navazuje přiměřený oční kontakt.

### **Informovanost o onemocnění**

SUBJEKTIVNĚ: „Myslím si, o onemocnění jsem informován i o jeho relapsu, ale ne vždy to dokážu rozpoznat. Stav, ve kterém jsem byl přijat, byl asi způsoben událostmi, které tomu předcházely.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient s náhledem na onemocnění, ke svému stavu převážně kritický. Je třeba pacientovi objasnit veškeré možné nastávající situace, relapsy i dodržování léčby v remisi.

### **Informovanost o diagnostických metodách**

SUBJEKTIVNĚ: „Na rentgenu jsem už byl několikrát, EKG už mi také v písku dělali.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient byl dostatečně informován o diagnostických metodách, dotazy k nim nemá.

### **Informovanost o léčbě a dietě**

SUBJEKTIVNĚ: „Nemám žádné dietní opatření, vím, že mne sestry hlídají, jestli jím a také vím, že před šoky nesmím od půlnoci jíst, pít, kouřit, nedělá mi to potíže.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient dostatečně informován o opatřeních, která provází přípravu před EKT, v noci většinou spí. Vzhledem k naordinovanému dohledu 2, kontrola

á 30 minut a kamerovému systému na oddělení, je ošetrovatelský personál schopen tuto přípravu zajistit.

### **Informovanost o délce hospitalizace**

SUBJEKTIVNĚ: „Zatím mi přesnou délku hospitalizace nikdo neříkal, ale když jsem mluvil s panem primářem, bylo vidět, že jeho zájem není mne zde držet dobu nezbytně nutnou, hlavním cílem je stabilizace mého psychického stavu.“

OBJEKTIVNĚ: U pacienta nelze přesně posoudit délku hospitalizace. Pacient i jeho manželka jsou schopni tuto informaci akceptovat.

### **Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace**

#### **Primární role (role související s věkem a pohlavím)**

Muž, 51 let. Role je aktuálně ovlivněna psychickým stavem.

#### **Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi)**

SUBJEKTIVNĚ: „Otec, manžel, syn.“

OBJEKTIVNĚ: Otec, manžel, syn, kamarád. Jeho role jsou ovlivněny jeho současným stavem.

#### **Terciální role (související s volným časem a zálibami)**

SUBJEKTIVNĚ: „Rád trávím čas na chalupě, tam mám od lidí klid. Také jsem rád se svou rodinou a nejbližšími přáteli.“

OBJEKTIVNĚ: Pacient se nejlépe cítí v rodinném kruhu a se svými nejbližšími přáteli, zde se zadaptoval brzo, hlavně kvůli stabilizaci svého stavu a nejbližšímu propuštění.

## **3.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT**

### **Ordinovaná vyšetření:**

- RTG + EKG vstupní
- interní vyšetření + EKG k EKT

- laboratorní vyšetření krve – tabulky č. 3, 4, 5

Výsledky:

Příjmové EKG – pravidelný sinus 83/min, SEO doleva, LAH, intervaly v normě, bez ischemie, možná hypertrofie LKS.

Příjmový RTG – bez nálezu

Interní vyšetření – Subj. Deprese až melancholie, tělesné potíže neudává žádné. Obj.: apatický, skloněná hlava, hypomimický, mobilní, hydratace slušná, bez klidové dušnosti a cyanózy, hlava a krk bpn., AS pravidelný 100/min, ozvy bez šelestů, TK 105/80, dýchání povrchní, hypoventiluje, sklípkové, břicho měkké, břicho měkké, nebolestivé. Laboratoř v normě. EKG: prav. sinus 83/min, SEO doleva, LAH, intervaly v normě, bez ischemie.

Závěr: léčená arteriální hypertenze, nyní spíše hypotenze, z interního hlediska není kontraindikací k EKT, ASA 2, dále kontrola TK.

Tabulka 3 Biochemické vyšetření krve

| Název      | Hodnota           | Referenční mez   |
|------------|-------------------|------------------|
| sUre       | 6,6 mmol/l        | 2 – 8            |
| sKre       | 87 umol/l         | 62 – 115         |
| sUA        | 247 umol/l        | 200 – 420        |
| <b>sNa</b> | <b>147 mmol/l</b> | <b>136 - 145</b> |
| sK         | 4,20 mmol/l       | 3,5 – 5,4        |
| sCl        | 106 mmol/l        | 95 – 112         |
| sCa        | 2,47 mmol/l       | 2 – 2,7          |
| sMg        | 0,99 mmol/l       | 0,73 – 1,1       |
| sP         | 1,22 mmol/l       | 0,85 – 1,45      |
| Osm        | 306 mmol/l        |                  |
| sBil       | 16,1 umol/l       | 5 – 18           |
| sALT       | 0,52 ukat/l       | 0,22 – 0,75      |
| sAST       | 0,43 ukat/l       | 0,1 – 0,65       |
| sGMT       | 0,43 ukat/l       | 0,1 – 1,77       |
| sALP       | 1,26 ukat/l       | 0,7 – 2,2        |

|                         |                   |                  |
|-------------------------|-------------------|------------------|
| sCh                     | 4,9 mmol/l        | 2,9 – 5          |
| sGlu                    | 4,9 mmol/l        | 3,3 – 5,6        |
| CRPf                    | 5 mg/l            | 0 – 5            |
| sCB                     | 75,8 g/l          | 64 – 83          |
| sAlb                    | 45,1 g/l          | 32 – 52          |
| ag                      | 1,47              | 0,9 – 2          |
| <b>S-Kys. valproová</b> | <b>345 umol/l</b> | <b>350 - 700</b> |

Zdroj: Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Pacient má lehce zvýšenou hladinu sodíku v krvi, a sníženou hladinu kyseliny valproové – látka ze skupiny anitiepileptik II. generace.

Tabulka 4 Krevní obraz

| Název | Hodnota | Referenční mez |
|-------|---------|----------------|
| Leu   | 6,6     | 4 – 10         |
| Ery   | 4,69    | 4 – 5,6        |
| Hb    | 144     | 130 – 173      |
| Ht    | 0,42    | 0,42 – 0,52    |
| Ober  | 89      | 80 – 98        |
| Hber  | 31      | 26 – 35        |
| Hker  | 344     | 320 – 370      |
| Trom  | 248     | 136 – 380      |

Zdroj: Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Tabulka 5 Chemické vyšetření moče

| Název        | Hodnota   | Referenční mez |
|--------------|-----------|----------------|
| moč+sediment | 6,0       | 5 – 6          |
| uBlk         | negativní |                |
| uGlu         | negativní |                |
| uKet         | negativní |                |
| uUbg         | negativní |                |
| uBil         | negativní |                |
| uKrv         | negativní |                |

Zdroj: Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

### Konzervativní léčba:

Pacient přijímá stravu i tekutiny per os, nemá žádné dietní opatření, volný pohybový režim.

### Medikamentózní léčba:

Tabulka 6 Rozpis medikace

| Název léku             | Síla léku | Dávkování              | Způsob podání | Skupina                      |
|------------------------|-----------|------------------------|---------------|------------------------------|
| Miraklide              | 10 mg     | 1-1/2-0                | per os        | antidepressivum              |
| Mirtazapin sandoz      | 45 mg     | 0-0-0-1                | per os        | antidepressivum              |
| Micardis               | 80 mg     | 1-0-0                  | per os        | antihypertenzivum            |
| Valproát chrono sandoz | 500mg     | 1-0-1                  | per os        | antiepileptikum              |
| Sanval                 | 10 mg     | 1 tbl. při nespavosti  | per os        | hypnotikum                   |
| Apaurin                | 5 mg      | 1 amp/2 ml při neklidu | i.m.          | antiepileptikum/anxiolytikum |

Zdroj: Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

## 3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientův aktuální stav je výrazně lepší než při přijetí, spolupracuje dle svých možností, aktivně se účastní komunit na oddělení, také zvládá postupné zvyšování zátěže, je schopen přijmout a zpracovat informace. Pacient upravený, spolupracuje dle svých možností, bludy či halucinace neuvádí, bez projevů verbální či brachiální hetero/autoagrese. Stále podstupuje elektrokonvulzivní terapii, kterou snáší velice dobře a sám je z výsledků překvapen. Avšak jsou zde stále události, které by mohly negativně ovlivnit psychický stav pacienta. Má pochybnosti, jak dopadne spor mezi jeho manželkou a matkou, doufá, že se vše vyřeší a bude v pořádku. Na základě tohoto zjištění byl stanoven ošetrovatelský problém neefektivní zvládnání zátěže. Kvůli těmto sporům, nad kterými často přemýšlí, nemůže usnout nebo se v noci probudí, přemýšlí, jak by to měl řešit, aby to mělo minimální odraz na jeho psychickém stavu i na rodinné vztahy. Z tohoto důvodu byl stanoven ošetrovatelský problém nespavost.



Dne 1. 12. 2016 byl pacient poučen přípravou před EKT, ale pacient si již vše relativně pamatuje. Po aplikacích elektrokonvulzivní terapie pacient udává bolest hlavy, ale medikaci při bolesti zatím nevyžaduje. Někdy mu pomůže se z toho pořádně vyspat, pokud by bolest byla tak silná, že by to nešlo vydržet, sám si vyžádá medikaci při bolesti. Před tím mu pomohla.

U pacienta byla zpracována diagnóza riziko sebevraždy, jelikož pacient sám udával, že nad tím už někdy přemýšlel, i když vždy to sám sobě rozmluvil, ale ošetrovatelský personál by měl dbát na jeho bezpečí, hlavně nyní, kdy se projevuje efekt biologické léčby. Tento problém byl zařazen jako potencionální. Jelikož pacient udává nepravidelnou stolicí 1 – 2x týdně aktuálně to jako problém nevnímá, prý je takto zvyklý celý život, ale vzhledem k tomu, že by to pacientovi mohlo dělat potíže, stanovili jsme další potencionální problém – riziko zácpy.

Na základě zjištění ošetrovatelských problémů byly stanoveny aktuální ošetrovatelské diagnózy – neefektivní zvládnání zátěže (00069), nespavost (00095), a akutní bolest (00132). Byly stanoveny také diagnózy potencionální – riziko zácpy (00015) a riziko sebevraždy (00150), která bude níže rozpracována.

Pacient při rozhovoru a sběru dat k této bakalářské práci ochotný, v relativně dobré náladě, snažil se být otevřený a odpovídal důkladně na každou položenou otázku. Při dotazování hodně opakoval, že nechápe, jak se mu to mohlo stát, proč se nemoc vrátila. Byl ujištěn, že vše bude pacientovi opakovaně a řádně vysvětleno lékařem i ošetrovatelským personálem, je rád, že byl umístěn do klidnější části oddělení.

### **3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE PRIORITY**

Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla použita NANDA International 2015-2017 taxonomie II. Tyto diagnózy jsou seřazeny dle závažnosti a potřeb pacienta. Pro potřeby bakalářské práce jsme rozpracovaly 4 ošetrovatelské diagnózy. Z toho 2 aktuální a jednu potencionální.

#### **Akutní ošetrovatelské diagnózy, priorita vysoká a střední**

- neefektivní zvládnání zátěže (00069)

- nespavost (00095)
- bolest akutní (00132)

**Potencionální ošetrovatelské diagnózy, priorita vysoká a střední**

- riziko sebevraždy (00150)

**Potencionální ošetrovatelské diagnózy, priorita nízká**

- riziko vzniku zácpy (00015)

**NEEFEKTIVNÍ ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE**

**Kód:** 00069

**Doména 9:** Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

**Třída:**

**Definice:** Neschopnost souvisle formulovat stresory, zvolit adekvátní reakce a/nebo využívat dostupné zdroje.

**Určující znaky:** změněný vzorec spánku, změna koncentrace, neschopnost řešit situaci, nedostatečné řešení problémů

**Související faktory:** nedostatečná příležitost připravit se na stresory, nedostatečný smysl pro kontrolu, nejistota

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient je schopen se plně koncentrovat a řešit přítomnost rodinných problémů – do 2 týdnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacient je schopen mluvit o svých problémech a je rozhodnutý je řešit – od 4 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient je schopen se svěřit ošetrovatelskému personálu – do 2 dnů.

- Pacient chápe nutnost řešení svých problémů – do 3 dnů.
- Pacient je ochoten najít řešení, které pozitivně ovlivní rodinné vztahy – do 4 dnů.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Podporuj pacienta k vyjádření svých problémů – ihned a po celou dobu hospitalizace.
2. Informuj pacienta o nutnosti řešení problémů – 1. den, všeobecná sestra.
3. Motivuj pacienta k vhodnému řešení – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Podporuj pacienta v jeho snaze řešit problémy – během hospitalizace, všeobecná sestra.
5. Sleduj vývoj vztahů v rodině – během hospitalizace, všeobecná sestra.
6. Sleduj psychický stav pacienta a prováděj zápisy do dokumentace – během hospitalizace, všeobecná sestra.

#### **Realizace:**

Při příjmu a v prvních dnech hospitalizace se pacient cítil unavený a vyčerpaný, vyžadoval permanentní pobyt v lůžku, nebyl schopný se soustředit, po druhé elektrokonvulzi se pacientův stav výrazně zlepšil. Po přesunutí do druhé části oddělení byl schopný komunikovat, začal být otevřenější k ošetrovatelskému personálu, sděloval rodinné problémy, které ho trápí. Je schopen, s personálem i s jeho manželkou, diskutovat o problému a nacházet řešení. Je si vědom toho, že bude muset začít problémy řešit. Byl by rád, aby tomu tak bylo, co nejdříve. Pacient byl neustále informován o nutnosti zapojování do aktivit na oddělení, jeho snaha byla oceňována.

#### **Hodnocení:**

Pacient je aktuálně schopen se soustředit na řešení rodinných problémů. Jeho vytrvalost a snaha se zvyšuje po elektrokonvulzivní terapii a po antidepresivní léčbě. Je stále motivován k hledání všech možných řešení. Jeho největší oporou je jeho manželka. Cíl krátkodobý byl splněn, cíl dlouhodobý spíše jen částečně.

**Pokračující intervence:**

2. Motivuj pacienta k jejich vhodnému – během hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Oceňuj snahu pacienta – během hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Sleduj vývoj vztahů v rodině – během hospitalizace, všeobecná sestra.
5. Sleduj psychický stav pacienta a prováděj zápisy do dokumentace – během hospitalizace, všeobecná sestra.

**NESPAVOST****Kód:** 00095**Doména 4:** Aktivita – odpočinek**Třída 1:** Spánek/odpočinek**Definice:** Porucha délky a kvality spánku**Určující znaky:** porucha usínání, časně probouzení, kratší délka spánku, nedostatečné odpočinutí po spánku, únava**Související faktory:** psychogenní – deprese, vliv prostředí – spolupacienti**Priorita:** střední**Cíl dlouhodobý:** Pacient bude v noci spát a bude se cítit po spánku odpočatý - do 1 týdne.**Cíl krátkodobý:** Pacient nebude mít problémy s usínáním a vzbudí se maximálně jednou za noc – do 2 dnů.**Očekávané výsledky:**

- Pacient chápe důležitost kvalitního spánku – 1. den a po celou dobu hospitalizace.
- Pacient je schopen říci, co by mu pomohlo a naopak co mu při usínání vadí – 1. den a po celou dobu hospitalizace.

- Pacient bude mít zajištěno vhodné prostředí pro klidný spánek – po celou dobu hospitalizace.
- Pacient nebude mít problém s usínáním a bude spát celou noc – do 4 dnů.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Poskytni pacientovi dostatek informací o důležitosti kvalitního spánku – ihned, všeobecná sestra.
2. Zjistí, zda má pacient spánkové rituály – ihned, všeobecná sestra.
3. Zjistí, co pacientovi brání k usnutí – ihned, všeobecná sestra.
4. Zajisti klidné a vhodné prostředí – ihned a po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra, ošetrovatel.
5. Poskytni pacientovi dostatek prostoru k rozhovoru a sdělení potíží – ihned a po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
6. Zapojuj pacienta do aktivit na oddělení, dle jeho možností – od 1. dne, všeobecná sestra, ergoterapeutka.
7. Zjišťuj aktuální psychický stav pacienta – ihned a po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj a zapisuj jejich žádoucí i nežádoucí účinky – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.

### **Realizace:**

Při zjištění potíží pacient řádně poučen o nutnosti spánkové hygieny, dodržování cyklů bdění a spánku. Personál se snaží, aby pacient měl přiměřenou aktivitu na oddělení. Dochází sem ergoterapeutka, která ho zapojuje do nenáročných aktivit, jelikož pacientův stav není zcela stabilizován. Tyto úkony se budou postupně zvyšovat. Pacient ví, že se kdykoli může na ošetrovatelský personál obrátit. Žádné spánkové rituály nemá. V průběhu prvního týdne pacient sděluje, že mu vadí pacient na pokoji, který chrápe. Po domluvě pacient přestěhován na jinou ložnici. Když ulehne, přemýšlí nad problémy, které vznikly mezi jeho manželkou a matkou. Bojí se toho, jak se to

vyřeší. Většinou si před spaním přijde promluvit na lékárně. Pokud mu ani rozhovor nepomůže, vyžádá si medikaci při nespavosti, která je vždy s efektem.

### **Hodnocení:**

Pacienta aktuálně na pokoji nikdo neruší, většinou nemůže usnout z důvodu rodinných problémů, občas mu pomůže rozhovor s ošetřovatelským personálem, někdy si vyžádá medikaci při nespavosti, ta je vždy s efektem. Pokud se pacient vzbudí v nočních hodinách, snaží se znovu usnout. Ví, že se i v nočních hodinách může na ošetřovatelský personál obrátit. Práce s ergoterapeutkou ho baví, ale někdy se cítí unavený, tak raději jen kouká na televizi. Cíle byly splněny částečně.

### **Pokračující intervence:**

3. Zjistí, co pacientovi brání k usnutí – ihned, všeobecná sestra
4. Zajisti klidné a vhodné prostředí – ihned a po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra, ošetřovatel.
5. Poskytni pacientovi dostatek prostoru k rozhovoru a sdělení potíží – dle potřeby pacienta a po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
6. Zapojuj pacienta do aktivit na oddělení, dle jeho možností – po celou dobu hospitalizace.
7. Zjišťuj aktuální psychický stav pacienta – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra
8. Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj a zapisuj jejich žádoucí i nežádoucí účinky – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.

### **RIZIKO SEBEVRAŽDY**

**Kód:** 00150

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 3:** Násilí

**Definice:** Riziko život ohrožujícího zranění způsobené sebou samým.

**Určující znaky:** polemizování o sebevraždě, rozdávání věcí a majetku, uzavřenost, samotářství

**Související faktory:** duševní onemocnění, deprese, sociální izolace

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacient nevykoná sebevraždu – po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacient nevykoná sebevraždu – do 14 dnů

**Očekávané výsledky:**

- Pacient je schopen navázat kontakt s ošetrovatelským personálem sám od sebe 1. den a po celou dobu hospitalizace.
- Pacient v případě sebevražedných myšlenek se během hospitalizace svěří ošetrovatelskému personálu – po celou dobu hospitalizace.
- Pacient je schopen mluvit o svých problémech a případně se je pokusit řešit – do 2. dne.
- Pacient nebude udávat sebevražedné myšlenky ani při zlepšení jeho psychického stavu, bude mít chuť žít – od 1. aplikace elektrokonvulzivní terapie do konce hospitalizace.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Prohlédni osobní věci pacienta, za jeho přítomnosti, a nebezpečné předměty ulož na bezpečné místo (s podpisem pacienta nebo 2 osob ošetrovatelského personálu) – všeobecná sestra, ihned a dále dle potřeby.
2. Snaž se s pacientem navozovat, co nejvíce verbálního kontaktu – všeobecná sestra, ihned a dále dle potřeby.
3. Snaž se vytvořit vztah založený na důvěře – všeobecná sestra, ihned a po celou dobu hospitalizace.
4. Ptej se pacienta na jeho problémy a rodinné vztahy – všeobecná sestra, ihned a poté při každém rozhovoru.

5. Sleduj změny pacienta v jeho chování – všeobecná sestra, ošetřovatel, ihned a po celou dobu hospitalizace.

**Realizace:**

Pacient byl informován o nutnosti kontroly jeho věcí, u které byl přítomen. Odebrány věci, které by pacient mohl použít jako nástroj pro spáchání sebevraždy. Od začátku hospitalizace se ošetřovatelský personál snaží vybudovat s pacientem vztah založený na důvěře. Pacientovi poskytován rozhovor dle jeho potřeby. Ošetřovatelský personál zajistil bezpečí pacienta a jeho okolí dle možností oddělení. Pacientovi jsou podávány léky dle ordinace lékaře, pod dohledem.

**Hodnocení:**

Po zlepšení stavu pacient neudává žádné suicidální myšlenky ani tendence, chce žít a užívat si život s jeho rodinou, dle možností. Je rád, že elektrokonvulzivní terapie má velmi dobrý účinek. Cíl splněn.

### **3.7 ZHODNOCENÍ PÉČE**

Dne 1. 12. 2016 bylo u pacienta zjištěno 5 ošetřovatelských diagnóz, které byly rozděleny na akutní a potencionální s prioritou, vysokou, střední nebo nízkou. Poté byly rozpracovány 2 aktuální a jedna potencionální. Přičemž u neefektivního zvládnutí zátěže byl krátkodobý cíl splněn a dlouhodobý jen částečně, u nespavosti byly cíle splněny částečně a je tedy nutné pokračovat v uvedených intervencích. A u rizika sebevraždy byl cíl splněn. U diagnóz, které nebyly v bakalářské práci detailně rozpracovány, byl pacient edukován. Bolest akutní – pacient udával bolesti jen po provedené elektrokonvulzivní terapii a nebyla vždy pravidlem, někdy pacient medikaci při bolesti odmítl, někdy za ni byl rád – vždy s efektem. Riziko vzniku zácpy – pacient byl informován o možnostech, jak zrychlit frekvenci vylučování stolice, potraviny, potravinové doplňky, cvičení. Pacient slíbil, že některé zkusí, ale prý je na to zvyklý, stolici má nepravidelnou celý život.

Ošetřovatelská péče byla realizována v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech na akutním lůžkovém oddělení. Ošetřovatelský proces byl popisován v období, kdy se pacient účastnil elektrokonvulzivní terapie a je zde vidět rychlý a pozitivní účinek. Léčba i ošetřovatelská péče byly pacientem hodnoceny úspěšně.



Na základě laboratorního vyšetření, kde byly hodnoty valproové v normě, a pacientova psychického a fyzického stavu byl 34. den hospitalizace přeložen na psychoterapeutické oddělení.

### **3.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Vzhledem k tomu, že tato nemoc je velmi pestrá při jejích projevech a ošetrovatelská péče je náročná pro ošetrovatelský personál i pro rodinu pacienta, rozhodli jsme se sepsat doporučení pro pacienta, jeho rodinu a pro ošetrovatelský personál.

#### **Doporučení pro pacienta:**

- Dodržovat rytmy bdění a spánku.
- Naučit se dovednostem, které pomohou lépe zvládat psychickou zátěž pacienta.
- Naučit se relaxovat.
- Naučit se včas rozpoznávat subjektivní příznaky relapsu onemocnění.
- Pravidelně užívat medikaci.
- Dodržovat stravovací návyky a pitný režim.
- Dispenzarizace.

#### **Doporučení pro rodinu pacienta:**

- Aktivně vyhledávat informace o onemocnění.
- S nemocným udržovat harmonický vztah.
- Možnost docházet na rodinné psychoterapie.
- Být pacientovi oporou.
- Umět odpočívat.
- Dotazovat se na jeho stav u ambulantního psychiatra.
- Naučit se rozpoznat objektivní příznaky možného relapsu.

**Doporučení pro ošetrovatelský personál:**

- Navázat s pacientem vztah založený na vzájemné důvěře.
- Zajistit přirozené, klidné prostředí a bezpečí.
- Řádně edukovat rodinu, aby pacienta podporovala.
- Při dlouhodobé léčbě zajistit komfort a pohodlí, v rámci možností oddělení.
- Aktivně se zajímat o problematiku bipolární afektivní poruchy a účastnit se seminářů nebo konferencí.

## ZÁVĚR

Smyslem této práce bylo popsat ošetrovatelský proces u pacienta, který procházel těžkou depresivní fází bez psychotických symptomů. Při jeho zpracování jsme chtěli poukázat na velmi dobrý účinek elektrokonvulzivní terapie u bipolární deprese. Tudiž byly informace sbírány v začátcích, kdy se s terapií začalo. Z informací od pacienta bylo jasné, že k EKT mohou mít pacienti stále předsudky, které zhoršují jejich přístupnost k této velmi účinné terapii.

Stres velmi negativně působí na psychicky zdravého člověka a v případě duševního onemocnění může mít velmi neblahé následky. Pacient, u kterého byl popisován ošetrovatelský proces, se k léčbě i edukaci postavil velmi zodpovědně. Byl motivován svou manželkou. Bohužel, se postupem času, k duševnímu onemocnění přidávají abúzy alkoholu nebo drog, které mohou zkreslovat diagnostiku, zhoršují spolupráci pacientů při léčbě a je u nich větší riziko relapsů.

U pacienta byly cíle splněny zcela nebo částečně. Při překládání na psychoterapeutické oddělení sice nebyl úplně spokojen, jelikož si myslel, že ho lékaři propustí, ale po edukaci byl schopen toto rozhodnutí akceptovat. Byl informován o standardním postupu.

Vzhledem k tomu, že tato práce může posloužit jako inspirace pro všeobecné sestry, byla v práci sepsána doporučení pro praxi, která jsou specifikována na psychiatrické oddělení u pacientů s bipolární afektivní poruchou.

### **V teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Vyextrahovat informace o onemocnění, kterým se bakalářská práce zabývá. Cíl splněn.

**Cíl 2:** Popsat správné i chybné jednání všeobecných sester k pacientovi, hospitalizovaném na psychiatrickém oddělení. Cíl splněn.

### **V praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Detailně popsat ošetrovatelskou péči u pacienta s bipolární afektivní poruchou. Cíl splněn.

Bipolární afektivní porucha je velmi závažné onemocnění, které je náročné na její diagnostiku i léčbu. Její příznaky jsou sice u všech podobné, ale u každého může probíhat jinak – originálně, proto je velmi důležité, aby přístup ke každému pacientovi byl vždy profesionální a individuální. Díky napsání této práce byly získány nové poznatky a informace, které pozitivně ovlivní ošetrovatelskou péči.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BLOCH, Sidney a Stephen A. GREEN, ed. 2009 *Psychiatric ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-923431-8.

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. c2013. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.

ČEŠKOVÁ, Eva. 2012. Léčba bipolární deprese v klinické praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, **108**(4), 177-181. ISSN 1212-0383.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

DOHNALOVÁ, Hana. 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicina pro praxi*, **8**(2), s. 86-88. ISSN 1214-8687.

GAY, Christian. 2010. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-668-1.

HEJZLAR, Petr, ed. c2010. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo. ISBN 978-80-904009-6-2.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace* .. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 9788024754123.

HERMAN, Erik. c2007. *Bipolární porucha a její léčba: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf. ISBN 9788073451356.

JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.

LÁTALOVÁ, Klára. 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

LÁTALOVÁ, Klára. 2012. Kombinovaná léčba bipolární afektivní poruchy. *Medical tribune*, **8**(1), C8. ISSN 1214-8911.

LÁTALOVÁ, Klára. 2012. Bipolární afektivní porucha v různém věku. *Postgraduální medicína*, **14**(1), 51-56. ISSN 1212-4184.

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

- LÁTALOVÁ, Klára a Ján PRAŠKO. 2009. Bipolární afektivní porucha a suicidalita. *Česká a slovenská psychiatrie*, **105**(3), 129-134. ISSN 1212-0383.
- LÁTALOVÁ, Klára, Ján PRAŠKO, Radim KUBÍNEK a kol. 2009. Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy a její léčba. *Psychiatrie pro praxi*, **10**(5), 209-215. ISSN 1213-0508.
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. 2010. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-723-7.
- MONDIMORE, Francis Mark. 2006. *Bipolar disorder: a guide for patients and families*. 2nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press. ISBN 0801883148.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství. Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PĚČ, Ondřej. *Komunitní péče*. [online]. [www.ceskapsychiatrie.cz/](http://www.ceskapsychiatrie.cz/) [cit. 2017-02-20]. Dostupné z [http://ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200:komunitni-pee&catid=73:komunitni-pee&Itemid=106/](http://ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200:komunitni-pee&catid=73:komunitni-pee&Itemid=106/)
- PRASKO, Ján, Marie OCISKOVA, Dana KAMARADOVA et al. 2013. Bipolar affective disorder and psychoeducation. *Neuro-endocrinology letters*, **34**(2), 83-96. ISSN 0172-780X.
- PRICE, Amy L. a Gabrielle R. MARZANI-NISSEN. 2012. Bipolární porucha. *Medicina po promoci*, **13**(4), 34-40.; ISSN 1212-9445.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
- PŘIKRYL, Radovan. 2011. Akutní léčba deprese u bipolární afektivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, **12**(4), 149-152. ISSN 1213-0508.
- PŘIKRYL, Radovan. 2011. Současné trendy v akutní léčbě manické epizody bipolární afektivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, **12**(1), 9-12. ISSN 1213-0508.
- PURI, Basant K. a I. H. TREASADEN. 2011. *Textbook of psychiatry*. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier. ISBN 0702031577.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. c2008. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-586-4.
- SIMOČKOVÁ, Viera. 2008. Ošetrovanie chorých pri poruchách nálady. *Florence*, **4**(10), 393-394. ISSN 1801-464X.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.

TÓTHOVÁ, Valérie. 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 9788073877859.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. 2009. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

VYMĚTAL, Jan. 2007. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1315-1.

## SEZNAM PŘÍLOH

|  |     |
|--|-----|
| Příloha A – Škála pro diagnostiku bipolárního spektra – Bipolar Spectrum Diagnostic Scale – BSDS ..... | I   |
| Příloha B - Rozdělení bipolární afektivní poruchy dle MKN – 10 .....                                   | III |
| Příloha C - Test na zhodnocení rizika sebevražedného jednání.....                                      | IV  |
| Příloha D – Test na hodnocení rizika agresivity .....  | V   |
| Příloha E – Rešeršní protokol .....  | VI  |
| Příloha F - Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce.....                                | VII |
| Příloha G – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....  | IX  |



Příloha A – Škála pro diagnostiku bipolárního spektra – Bipolar Spectrum Diagnostic Scale – BSDS

|   |         |
|---|---------|
| Všiml jsem si, že se mi občas náhle změní nálada/energie.   | 1-2-3-4 |
| Když tato změna nastane, mám náladu/energii „hodně nahoře“, nebo „hodně dole“.  | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, připadám si, jako bych ztratil energii, táhne mě to do postele, mám vyšší potřebu spánku a nemůžu se přinutit nic dělat (ani povinnosti). | 1-2-3-4 |
| Často během těchto období zhubnu nebo přiberu.  | 1-2-3-4 |
| Když jsem „dole“, jsem většinou smutný, depresivní, zádumčivý.  | 1-2-3-4 |
| Někdy, když jsem „dole“, cítím a přemýšlím, že bych třeba skončil svůj život.   | 1-2-3-4 |
| Když jsem „dole“, „nefunguji“ v práci.  | 1-2-3-4 |
| Většinou tohle období trvá několik týdnů, ale třeba i jen několik dní.  | 1-2-3-4 |
| Mezi změnami nálady/energie funguji normálně.   | 1-2-3-4 |
| Podle některých typických známek lze poznat, že se mi nálada/energie mění „přesmykuje“.   | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, dělám věci, které běžně nedělám nebo bych jich ani nebyl schopen.   | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, mám mnoho sil a energie.  | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“ jsem někdy podrážděný, snadno se rozčílím. Mohu být i agresivní.   | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, dělám hodně věcí naráz.   | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, utrácím hodně peněz.  | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, nedělá mi potíže mluvit, seznamovat se, mám větší chuť na sex.  | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, některým lidem to vadí, připadá jim to zvláštní a nechápou to.  | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, mám někdy potíže s kolegy v práci nebo i s policií.   | 1-2-3-4 |
| Když jsem „nahore“, více piji alkohol nebo beru jiné omamné látky.  | 1-2-3-4 |

Zatrhněte možnost, která je vám nejbližší:

1. Popis se na mě hodí téměř dokonale a vystihuje mé potíže.

2. Tento popis docela odpovídá stavům, které prožívám.
3. Některé popsané body se ke mně hodí, jiné ne.
4. Tento popis mým stavům vůbec neodpovídá.

Přičtete k původnímu součtu další body dle následujících pokynů:

1. Přičtete 6, jestliže jste zvolili možnost 1.
2. Přičtete 4, jestliže jste zvolili možnost 2.
3. Přičtete 2, jestliže jste zvolili možnost 3.
4. Přičtete 0, jestliže jste zvolili možnost 4.

Interpretace skóre v diagnostické stupnici bipolárního spektra:

| <b>Skóre</b> | <b>Pravděpodobnost BAP</b> |
|--------------|----------------------------|
| 0-6          | vysoce nepravděpodobná     |
| 7-12         | malá                       |
| 13-19        | střední                    |
| 20-25        | vysoká                     |

Zdroj: Látalová, 2010, s. 43

## Příloha B - Rozdělení bipolární afektivní poruchy dle MKN – 10

Dle MKN – 10 rozdělujeme bipolární afektivní poruchu do 9 podskupin:

- F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda hypomanická
- F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická bez psychotických symptomů
- F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická s psychotickými symptomy
- F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda lehká nebo střední deprese
- F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese bez psychotických symptomů
- F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžká deprese s psychotickými symptomy
- F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda smíšená
- F31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi
- F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy
- F31.9 Bipolární afektivní porucha nespécifikovaná

Zdroj: MKN – 10, 2009, s. 204

Příloha C - Test na zhodnocení rizika sebevražděného jednání

|  |     |   |
|--|-----|---|
| beznaděj   | Ano | 0 |
|  | Ne  | 3 |
| plán spáchat sebevraždu  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 3 |
| aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 3 |
| sebevražedný pokus v anamnéze  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 3 |
| přítomnost stresových událostí   | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku) | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| varovné známky sebevražděného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)   | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| psychóza v anamnéze  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| ztráta manžela/ky nebo životního partnera  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| známky sociálního stažení  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| socioekonomická strádání v anamnéze  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| přítomnost terminálního onemocnění   | Ano | 0 |
|  | Ne  | 1 |
| deprese a ztráta zájmu a potěšení  | Ano | 0 |
|  | Ne  | 3 |

Hodnocení: 0-7 nízké riziko

8-13 střední riziko

14-24 vysoké riziko

Zdroj: Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Příloha D – Test na hodnocení rizika agresivity

|                    |     |   |
|--------------------|-----|---|
| Zmatenost          | Ano | 1 |
|                    | Ne  | 0 |
| Podrážděnost       | Ano | 1 |
|                    | Ne  | 0 |
| Výbušnost          | Ano | 1 |
|                    | Ne  | 0 |
| Slovní vyhrožování | Ano | 1 |
|                    | Ne  | 0 |
| Agrese vůči věcem  | Ano | 1 |
|                    | Ne  | 0 |

Hodnocení: 0-1 bodů, nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hod.

2-5bodů, vyšší pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hod.

Zdroj: Psychiatrická nemocnice v Dobřanech



## Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou

**Klíčová slova:** bipolární afektivní porucha, BAP, deprese, depresivní epizody, psychiatrie, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces

**Rešerše č. 51/2016**

**Bibliografický soupis**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Počet záznamů:</b>     | <b>celkem 39 záznamů</b><br><br>(kvalifikační práce – 4, monografie – 17, ostatní – 18) |
| <b>Časové omezení:</b>    | 2007-2016   |
| <b>Jazykové vymezení:</b> | čeština, angličtina   |
| <b>Druh literatury:</b>   | knihy, články a příspěvky ve sborníku   |
| <b>Datum:</b>             | 27. 10. 2016  |

### **Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- kvalifikační práce (**thesis, cuni**)
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Online katalog NCO NZO

Příloha F - Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce

**PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V DOBŘANECH**

Ústavní ul., Dobřany – 33441

K rukám primáře oddělení **MUDr. Vladimírovi Šupinovi**

V Dobřanech, dne 1. 11. 2016

**Věc: Žádost**

Žádám o povolení provést sběr podkladů pro praktickou část mé bakalářské práce na oddělení 13 v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Práce se věnuje ošetrovatelské péči o pacienta s bipolární afektivní poruchou. Praktická část obsahuje zhodnocení stavu pacienta při přijetí a v průběhu hospitalizace. Následně bude popsán ošetrovatelský proces, stanovení diagnóz a vlastní realizace. Zavazuji se, že veškeré mnou získané informace budou anonymní a spolupráce pacienta bude dobrovolná.

S pozdravem a poděkováním

Polívková Daniela – studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., obor všeobecná sestra

Loudů 847, Dobřany 33441

tel.: 604388243

e-mail: [polivkova.dany@seznam.cz](mailto:polivkova.dany@seznam.cz)

Vyjádření primáře oddělení **MUDr. Vladimíra Šupiny**

*Soublesně a plně podporuji se studiu.*

MUDr. Šupina Vladimír  
IČPK 45 901 271

**PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V DOBŘANECH**

Ústavní ul., Dobřany – 33441

K rukám hlavní sestře **Bc. Hany Benediktové**

V Dobřanech, dne 1. 11. 2016

**Věc: Žádost**

Žádám o povolení provést sběr podkladů pro praktickou část mé bakalářské práce na oddělení 13 v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Práce se věnuje ošetrovatelské péči o pacienta s bipolární afektivní poruchou. Praktická část obsahuje zhodnocení stavu pacienta při přijetí a v průběhu hospitalizace. Následně bude popsán ošetrovatelský proces, stanovení diagnóz a vlastní realizace. Zavazuji se, že veškeré mnou získané informace budou anonymní a spolupráce pacienta bude dobrovolná.

S pozdravem a poděkováním

Polívková Daniela – studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., obor všeobecná sestra

Loudů 847, Dobřany 33441

tel.: 604388243

e-mail: [polivkova.dany@seznam.cz](mailto:polivkova.dany@seznam.cz)

Vyjádření hlavní sestry **Bc. Hany Benediktové**

*Souhlasím*

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V DOBŘANECH  
hlavní sestra  
Ústavní ul., 334 41 Dobřany



## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelská péče o 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