

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

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

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**VIKTORIE VÍZNEROVÁ**

**PRAHA 2019**

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

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

Bakalářská práce

**Viktorie Víznerová**

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

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

Praha 2019



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

VÍZNEROVÁ Viktorie

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou

*Nursing Process in Patients with Bipolar Affective Disorder*

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

V Praze dne 1. listopadu 2018

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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 3. 2019

*Podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych úvodem poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za cenné rady a připomínky, které mi během psaní mé bakalářské práce poskytla.

## ABSTRAKT

VÍZNEROVÁ, Viktorie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2019. 58 s.

Bakalářská práce je zaměřena na bipolární afektivní poruchu a na ošetrovatelský proces u pacienta s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou. Cílem práce je podat čtenáři informace o bipolární afektivní poruše a vytvořit detailní popis případu pacienta s daným diagnostikovaným onemocněním.

Práce je rozdělena na dvě části. V první části, teoretické, je uvedena klasifikace bipolární afektivní poruchy, klinický obraz jednotlivých epizod onemocnění a možnosti její léčby. Dále je práce zaměřena na ošetrovatelství v psychiatrii, na ošetrovatelskou péči o depresivního a o manického pacienta. V praktické části je uveden popis případu pacienta s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou. Praktická část obsahuje tři rozpracované ošetrovatelské diagnózy, k jejichž stanovení byla využita NANDA I Taxonomie II 2015–2017. K utřídění získaných informací byl využit ošetrovatelský model Funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové, který byl rozšířený o dvanáctou a třináctou doménu podle NANDA I Taxonomie II. V závěru práce jsou shrnuta doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Bipolární afektivní porucha. Depresivní epizoda. Manická epizoda. Ošetrovatelství v psychiatrii.

## ABSTRACT

VÍZNEROVÁ, Viktorie. Nursing Process in Patients with Bipolar Affective Disorder. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.) Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2018. 58 pages.

This Bachelor Thesis focuses on bipolar affective disorder and the nursing process which relates to the psychological illness. The aim of this research is to provide information about the disorder and to create a comprehensive description of a patient's case who has been diagnosed with it.

The research is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part focuses on the classification of bipolar affective disorders, description of various clinical episodes related to the disease and its treatment options. Moreover, this part focuses on nursing in psychiatry and nursing care of a patient with depressive and manic disorder. The second practical part includes the nursing process in patients with bipolar affective disorder and it is dedicated to three different nursing diagnosis which were classified by the aid of NANDA I Taxonomy II 2015 – 2017. In order to categorize the collected data, Gordon's functional health patterns, which includes the twelfth and thirteenth domains in accordance with NANDA I taxonomy II, were used. Lastly, recommendations for practice were made.

Key words:

Bipolar Affective Disorder. Depressive episode. Manic episode. Nursing in psychiatric.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>1 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA.....</b>	<b>12</b>
1.1 KLASIFIKACE BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY .....	13
1.2 KOMORBIDITA U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY .....	14
1.3 SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY .....	14
<b>2 KLINICKÝ OBRAZ BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY .....</b>	<b>15</b>
2.1 DEPRESIVNÍ EPIZODA .....	15
2.2 MANICKÁ EPIZODA.....	16
2.3 HYPOMANICKÁ EPIZODA.....	17
2.4 SMÍŠENÁ EPIZODA .....	17
2.5 OBDOBÍ REMISE A RIZIKO RELAPSU .....	18
<b>3 LÉČBA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY .....</b>	<b>19</b>
3.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	19
3.1.1 <i>Lithium</i> .....	20
3.1.2 <i>Kyselina valproová</i> .....	20
3.1.3 <i>Karbamazepin</i> .....	20
3.1.4 <i>Lamotrigin</i> .....	21
3.1.5 <i>Farmakologie depresivní epizody</i> .....	21
3.1.6 <i>Farmakologie manické epizody</i> .....	21
3.1.7 <i>Udržovací a profylaktická léčba</i> .....	21
3.2 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE .....	22
3.3 PSYCHOEDUKACE, PSYCHOTERAPIE.....	22
<b>4 OŠETŘOVATELSTVÍ V PSYCHIATRII.....</b>	<b>24</b>
4.1 KOMPETENCE SESTER NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ .....	25
4.2 HOSPITALIZACE NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ A JEHO REŽIM .....	26
4.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DEPRESIVNÍHO PACIENTA .....	27
4.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O MANICKÉHO PACIENTA .....	27
<b>5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU.....</b>	<b>29</b>
5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	31
5.2 HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU .....	31



5.3	ANAMNÉZA .....	33
5.4	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ .....	35
5.5	MEDICINSKÝ MANAGEMENT .....	37
5.6	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE NANDA INTERNATIONAL .....	39
5.7	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 6. 2. 2019 .....	41
5.8	PŘEHLED VŠECH STANOVENÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ ...	41
5.9	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	42
<b>6</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>49</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>50</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>51</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

# ÚVOD

Bakalářská práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou pojednává o daném onemocnění a o ošetrovatelském procesu u pacienta s touto duševní poruchou.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na podání informací o bipolární afektivní poruše, o rizikových faktorech, které podněcují její rozvoj, o klinickém obraze jednotlivých epizod a o možnostech její léčby. Dále se práce zaměřuje na ošetrovatelství v psychiatrii. Cílem teoretické části práce je informovat čtenáře o psychiatrickém ošetrovatelství a o jednom konkrétním psychiatrickém onemocnění a snížit tak výskyt předsudků o duševních poruchách, které dosavad kolují v nynější společnosti.

Praktická část obsahuje popis ošetrovatelské péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou, jenž byla zpracována formou ošetrovatelského procesu. Posouzení stavu pacienta je podle ošetrovatelského modelu Funkčního vzorců zdraví Marjory Gordon. „Gordonová chápala jedince jako holistickou bytost se svými bio-psycho-sociálními potřebami. Autorka předpokládala, že všichni jedinci mají společné typy chování související se zdravím, kvalitou života, rozvojem schopností a dosažením lidského potenciálu. Zhodnocení typů zdraví pomáhá sestře rozpoznat funkční, dysfunkční nebo potenciálně dysfunkční chování jedince a následně stanovit ošetrovatelskou diagnózu“ (PLEVOVÁ, 2018, s. 185). Právě tato komplexnost modelu Marjory Gordon byla důvodem k jeho použití při zpracovávání praktické části bakalářské práce. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na základě NANDA I Taxonomie II 2015–2017.

Bipolární afektivní porucha je porucha nálady. „Hlavním projevem poruch nálady je její změna ve smyslu snížení nebo zvýšení. Bipolární afektivní porucha zahrnuje depresivní (lehká, středně těžká, těžká, těžká s psychotickými příznaky) a manické epizody (hypománie, mánie, mánie s psychotickými příznaky). Začátek jednotlivých epizod bývá často spojen se zátěžovými situacemi. Roli hrají také genetické faktory“ (PETR, 2014, s. 220). Celoživotní prevalence bipolární afektivní poruchy je kolem 1–2 % (ČEŠKOVÁ, 2015).

Obsah této práce je určen pro studenty zdravotnických nelékařských oborů, ale i pro laickou veřejnost a může být využit jako zdroj informací či studijní materiál.

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

Cíl 1. Informovat čtenáře o bipolární afektivní poruše.

Cíl 2. Podat čtenáři informace o psychiatrickém ošetřovatelství.

Cíl 3. Seznámením čtenáře s jedním z psychiatrických onemocnění snížit výskyt předsudků o duševně nemocných, které dosud kolují ve společnosti 21. století.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:**

Cíl 1. Detailní popis případu pacienta s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou.

**Vstupní literatura**

ČEŠKOVÁ, Eva, 2015. Bipolární porucha – minimum pro farmaceuty. *Praktické lékárenství*. 11(2), 61-63. ISSN 1801-2434.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2018. *Ošetřovatelství I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

PETR, Tomáš a kol., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-905728-1-2.

## **Popis rešeršní strategie**

Rešerše, která byla použita ke zpracování bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou, byla zhotovena v Národní lékařské knihovně. Odborné publikace byly vyhledávány za časové období od roku 2008 do roku 2018. Jako základní prameny byly použity Katalogy knihoven systému Medvik, Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články), Medline a Cinahl. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: Bipolární afektivní porucha. Depresivní epizoda. Manická epizoda. Ošetrovatelství v psychiatrii. V jazyce anglickém: Bipolar Affective Disorder. Depressive episode. Manic episode. Nursing in psychiatric.

Pomocí rešerše bylo dohledáno 41 záznamů, z toho 12 knih a 29 článků. Pro realizaci bakalářské práce bylo využito 10 knižních publikací a 11 odborných článků. Některé články a knihy byly vyřazeny jelikož se tématu týkaly jen okrajově či byly zaměřeny na jinou cílovou skupinu.

# 1 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Bipolární afektivní porucha, dříve nazývána maniodepresivní porucha či psychóza, je duševní onemocnění, které se řadí mezi poruchy nálad. Jde o onemocnění závažné a převážně celoživotní s opakujícími se výskyty jednotlivých epizod. Nemocný prožívá období neboli epizody s příznaky a období bez příznaků tzv. remise. Epizody jsou depresivní, manické či hypomanické nebo vzácně i smíšené (ČEŠKOVÁ, 2015), (SCHOU, 2009), (ŠEBELA a kol., 2017).

Celoživotní prevalence bipolární afektivní poruchy, neboli počet celoživotně nemocných osob k celkovému počtu osob v populaci, se pohybuje v rozmezí kolem 1- 2 % (ČEŠKOVÁ, 2015).

Výskyt daného onemocnění je u žen a mužů zastoupen ve stejném poměru. Vyšší riziko rozvoje nemoci je však u osob, jejichž příbuzní mají bipolární afektivní poruchu v anamnéze. V případě výskytu tohoto onemocnění u jednoho z příbuzných prvního stupně je riziko rozvoje dané nemoci 15-30 %, u obou rodičů pak 50-75 %. Nejde však přímo o dědičnost nemoci – dědí se vloha neboli náchylnost k onemocnění (ČEŠKOVÁ, 2015), (PRAŠKO a kol., 2017).

Bipolární afektivní porucha obvykle začíná v adolescenci či v rané dospělosti, ve věku mezi 15 a 30 roky. Jedná se o onemocnění chronické, které mívá celoživotní dopad na pacientovo mentální i fyzické zdraví, vzdělávací a profesní fungování a mezilidské vztahy (SCHOU, 2009).

Vznik první epizody, která bývá častěji depresivní, je ovlivněn mnoha faktory. Za rozvoj bipolární afektivní poruchy mohou často vlivy okolního prostředí spolu s traumatickými zážitky z minulosti. Pokud má pacient k danému onemocnění vrozenou dispozici, pak v kombinaci s negativními událostmi může dojít ke snížení adaptace na stres a postupně k biochemickým změnám v mozku. Následně se rozvine první epizoda. Za nepříznivé faktory se počítá opakovaný stres, pracovní přetížení, nedostatek spánku, problémy ve vztazích, úmrtí blízké osoby, pracovní či finanční potíže a tak dále. Mezi

rizikové faktory patří ale též události mimořádně pozitivní, jako například sňatek, narození dítěte či Vánoce. To vše se řadí mezi stresory působící na náš organismus. Stres je tedy významným spouštěčem první epizody, která se ale může rozvinout až za různě dlouhou dobu od prožití události. Další epizody se již objevují bez větších příčin, často i v závislosti na ročním období. Bolestné zážitky a zátěžové situace mohou spustit jak depresivní, tak manickou epizodu bipolární afektivní poruchy. Za rozvojem epizody může stát i výrazná změna životního rytmu. Projeví-li se epizoda mánie či deprese v pozdějším věku, může být příčinou jiné onemocnění, například mozkové nádory, hypertyreóza, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc a další. Epizoda může být spuštěna i užitím toxických látek nebo některých léků (GAY, 2010), (LÁTALOVÁ, 2010), (PRAŠKO a kol., 2017).

## **1.1 KLASIFIKACE BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY**

Bipolární afektivní porucha se podle klasifikace užívané ve Spojených státech amerických dělí na bipolární poruchu typu I a typu II. Bipolární porucha typu I spočívá ve střídání depresivních epizod spolu s manickými. Diagnóza se stanovuje během manické epizody, která musí být minimálně jedna a musí být plně vyjádřena. Bipolární porucha typu II je oproti tomu charakterizována střídáním depresivních epizod s jednou nebo více epizodami hypomanickými, nejde tedy o plně vyjádřenou manickou epizodu. Tento typ je chápán jako mírnější, avšak jeho důsledky bývají mnohdy závažnější. Od typu I se může lišit jak průběhem, tak reakcí na léčbu (LÁTALOVA, 2010), (GAY, 2010).

V České republice se v současnosti užívá Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů, 10. revize neboli MKN 10. Jedná se o překlad dokumentu vydaný Světovou zdravotnickou organizací, jejíž poslední aktualizace z 1. ledna 2018 stanovuje jednotlivé diagnózy bipolární afektivní poruchy takto:

„F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze je hypomanická

F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů

F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy

F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese

F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů

F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy

F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená

F31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi“

(ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2018).

## **1.2 KOMORBIDITA U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY**

Komorbidity znamená přítomnost dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince. U dospělých pacientů s bipolární afektivní poruchou je komorbidity velice častá a proto také může být její diagnostika obtížná. Mnohdy je u pacientů s bipolární afektivní poruchou zároveň přítomna další psychiatrická problematika, nejčastěji abúzus návykových látek a poruchy osobnosti. Dále mohou být přítomny úzkostné poruchy nebo, méně často, i příznaky obsedantně kompulzivní poruchy. Rozvine-li se první epizoda bipolární afektivní poruchy již v dětství, může být často doprovázena stavy úzkosti, s fobiemi, s poruchami příjmu potravy nebo závažnými poruchami spánku (GAY, 2010), (LÁTALOVÁ, 2010).

## **1.3 SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY**

V porovnání se zdravou populací je suicidální riziko, neboli riziko sebevraždy, u pacientů s onemocněním bipolární afektivní porucha, mnohonásobně vyšší. Nejvyšší riziko je během depresivní epizody, ale může se vyskytnout i v ostatních epizodách či v remisi. Snížení suicidálního rizika tak ve všech fázích patří k základním cílům. Při farmakologické léčbě se jako lék s jednoznačným antisuicidálním efektem ukázalo lithium, dále má též vliv doprovodná psychosociální intervence, jako například psychoedukace, psychoterapie a tak podobně (LÁTALOVÁ, 2010).

## **2 KLINICKÝ OBRAZ BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY**

Jak vyplívá z názvu, bipolární afektivní porucha je poruchou nálady, kdy dochází ke střídání dvou opačných pólů, tedy deprese a mánie (či hypománie) s obdobím normální nálady. Je to onemocnění, které mnohdy nezasahuje pouze nemocného, ale často i jeho blízké (PRAŠKO a kol., 2017). Jednotlivé fáze daného onemocnění jsou popsány níže.

### **2.1 DEPRESIVNÍ EPIZODA**

Depresivní epizoda je charakterizována neopodstatněným pocitem smutku, ztrátou zájmu a nadšení pro jakoukoli činnost a zpomalením kognitivních funkcí. Od běžného smutku se liší zejména v tom, že přítomný smutek je hlubší a intenzivnější, trvá déle a narušuje fungování každodenního života (PRAŠKO a kol., 2017).

Deprese je onemocněním celého těla. Jedná se o poruchu nálady, která má však negativní vliv i na myšlení, chování a tělesné fungování. Dochází ke zpomalení motoriky a hybnosti, lidé s depresí často tráví dlouhý čas ležením na lůžku. Veškerá aktivita i nezákladnější činnosti jim činí velké problémy, často udávají, že je pro ně složité se i jen obléci. Myšlení je zpomalené a tím i zhoršená schopnost koncentrace, pozornosti a paměti. Také se objevuje snížená chuť k jídlu, hubnutí. Běžné jsou problémy se spánkem, ať už je na vině neschopnost usnout kvůli negativním myšlenkám či časté probouzení se. Mnohdy udávají, že je nepříjemné myšlenky neopouští ani během spánku. Spánek tedy není kvalitní, neschopnost odpočinout si může přispívat k prohloubení deprese (GAY, 2010), (PRAŠKO a kol., 2017).

Dalším typickým rysem je přítomnost velké únavy, nejčastěji ihned po ránu. Nemocní nemají vůli ani motivaci plnit běžné úkony, při epizodě střední a těžké deprese nastávají velké problémy s docházkou do zaměstnání či do školy. Obvykle nejsou schopni dokončit věci, které rozdělali, protože vše je stojí příliš mnoho energie a času. Lidé s depresí se cítí beznadějně, postrádají chuť do života, trpí sebeobviňováním, pocity bezcennosti. Časté jsou suicidální myšlenky. Podle statistiky dochází k minimálně jednomu pokusu



o sebevraždu u 25 až 50 % lidí s bipolární afektivní poruchou a mezi 15 až 20 % se pohybuje počet nemocných, kteří takto svůj život skutečně ukončí (GAY, 2010), (LÁTALOVÁ, 2010).

V případě těžké depresivní epizody se mohou vyskytnout psychotické symptomy. Jedná se o bludy a halucinace, které mohou, ale nemusí, mít depresivní obsah (LÁTALOVÁ, 2010).

Ne všichni nemocní v depresi trpí všemi výše popsány příznaky. U někoho se depresivní epizoda může projevit jen pár symptomy, odlišná může být i závažnost jednotlivých příznaků (PRAŠKO a kol., 2017).

## 2.2 MANICKÁ EPIZODA

Mánie je charakterizována povznesenou nebo podrážděnou náladou, která je očividně abnormální a trvá minimálně čtyři po sobě jdoucí dny. Slovo mánie pochází z latinského slova *mania* a v českém překladu znamená „vášeň, zběsilost“ (HOSÁK a kol., 2016), (GAY, 2010).

Mezi symptomy patří zvýšená aktivita a energie. Člověk v mánii má pocit, že zvládne všechno, nic pro něj není neřešitelné. V hlavě má spoustu nápadů, které se často mění a jejich uskutečnění je mnohdy nereálné. Manický člověk mluví zrychlenou řečí, která může být až překotná, a pro okolí tak nesrozumitelná. Jeho myšlenky často rychle mění směr, objevují se problémy s pozorností. Dalším typickým rysem je nárůst sebevědomí, člověk v mánii se často chlubí, bývá přesvědčen o svých nadprůměrných schopnostech. Rádi hazardují a riskují, mají sklon ke zvýšenému užívání návykových látek. Mohou provádět neuvážlivé ekonomické transakce, zadlužují se, jednají impulzivně. Dochází ke zvýšení libida, snadno navozují sexuální kontakty, mohou mít sklon k promiskuitě. Manické chování je často v rozporu se sociálním chováním, člověk v mánii nemá zábrany a často si tak zadělává na budoucí potíže. Nepochopení od okolí nebo pomalejší reakce ostatních, často podněcuje podrážděnost nemocného a lehce tak může dojít ke konfliktům (PRAŠKO a kol., 2017), (LÁTALOVÁ, 2010).

Manický stav může velmi často narušit myšlení a objektivní vyhodnocování reality, což může vést, podobně jako u depresivní epizody, až k bludům či halucinacím (GAY, 2010).

Během mánie bývají ohroženy i základní tělesné potřeby, kdy může dojít k celkovému vyčerpání organismu. Je snížena potřeba spánku, kdy má nemocný subjektivní pocit odpočinku po pouhých dvou až třech hodinách spaní, nebo nepotřebuje spát vůbec. Nemocný mnohdy nemá čas jíst ani pít, dehydratace je problém, který může vést k ohrožení života (HOSÁK a kol., 2016), (PRAŠKO a kol., 2017).

Mánie je závažný psychický stav, pacienti v plně rozvinuté manické epizodě obvykle nejsou léčeni ambulantně, ale je nutná jejich hospitalizace, se kterou často nemusí podat souhlas, jelikož si neuvědomují abnormalitu svého počínání, chybí jim náhled na onemocnění (HOSÁK a kol., 2016).

### **2.3 HYPOMANICKÁ EPIZODA**

Podle intenzity a počtu symptomů se určuje, zdali se jedná o epizodu manickou či hypomanickou. U hypomanické epizody je projevů méně a jsou slabší, méně výrazné, což ale může vést ke ztížení diagnózy. Pro hypomanickou epizodu je typická trvale nadnesená nálada, nárůst energie a aktivity. Lidé v hypománii mívají pocit pohody, jsou zvýšeně společenští, pracovití, nenucení. Hypománie je podobná mánii, avšak bez závažnějších psychosociálních následků. U této epizody nejsou přítomny bludy ani halucinace (LÁTALOVÁ, 2010), (GAY, 2010).

### **2.4 SMÍŠENÁ EPIZODA**

Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy se projevuje smíšenými příznaky, nebo velmi rychlým střídáním depresivních, hypomanických či manických příznaků během minimálně dvou týdnů. Jednotlivé stavy se často mění i v průběhu několika hodin (HOSÁK a kol., 2016).

## 2.5 OBDOBÍ REMISE A RIZIKO RELAPSU

Období remise je obdobím bez příznaků akutní epizody. Nemocnému se pomalu stabilizuje nálada a navrácí se do původního režimu života. Tento asymptomatický stav může vést pacienta k domněnce, že je vyléčen a není třeba brát léky. Pokud se však preventivní léčba ukončí příliš brzy nebo pacient medikaci vysadí bez vědomí lékaře, může dojít k relapsu. Relaps znamená návrat akutních příznaků onemocnění, neboli rozvoj další akutní epizody (MOHR, 2012), (PRAŠKO a kol., 2017).

Pacienti, kteří prodělali první epizodu bipolární afektivní poruchy, by v remisi měli užívat medikaci alespoň po dobu jednoho až dvou let. Jestliže prodělali druhou epizodu nemoci, pak by se medikace měla užívat dva až tři roky. V případě prodělání tří a více epizod je doporučována dlouhodobá až celoživotní léčba (PRAŠKO a kol., 2017).

Riziko relapsu lze při dodržování léčby výrazně snížit. Důležité je věnovat stavu pacienta velkou pozornost, a to jak ze strany lékaře, tak ze strany rodiny a pacienta samotného. Většinou relapsů totiž předchází rozvoj řady varovných příznaků, díky jejichž rozpoznání lze relapsu včas zabránit, a to například pomocí zvýšení dávky či upravení stávající medikace. Riziko relapsu lze taktéž snížit pomocí psychoterapeutických intervencí, jako jsou například individuální či skupinové psychoterapie nebo rodinné terapie. Jedná se však o menší účinnost než u farmakologické léčby (MOHR, 2012), (PRAŠKO a kol., 2017).

### **3 LÉČBA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY**

Léčba bipolární afektivní poruchy se rozděluje na léčbu akutních epizod, na udržující léčbu a na následnou rehabilitaci a resocializaci. Při léčbě bipolární afektivní poruchy v její akutní fázi spočívá hlavní cíl ve zmírnění či optimálně v úplné eliminaci symptomů. V remisi se udržovací léčba zaměřuje na prevenci relapsu, tedy znovuvzplanutí akutní epizody. Během rehabilitace a resocializace dochází k obnovení duševních schopností oslabených akutní epizodou a k znovuzačlenění nemocného do běžného života. Farmakologická profylaxe doplněná o psychoedukaci může pacienta po mnoho let udržovat v remisi a taktéž může sloužit jako prevence dalších komorbidit, jako například úzkostných poruch či zneužívání návykových látek. Úspěšná profylaxe též snižuje risk suicidálních pokusů (HOSÁK a kol., 2016), (LÁTALOVÁ a kol. 2009).

U nemocného s bipolární afektivní poruchou je primární léčba farmakologická, která však může být doplněna o elektrokonvulzivní terapii či psychoterapii a psychoedukaci (HOSÁK a kol., 2016), (LÁTALOVÁ a kol. 2009).

Při léčbě depresivní epizody, hrozí-li riziko sebevraždy, spočívá akutní cíl v jejím zabránění. Následujícím cílem je omezení depresivních symptomů, například neopodstatněného pocitu smutku, netečnosti, úzkosti či poruch spánku, a tak snížení utrpení nemocného. Neoptimálnějším cílem je eliminace příznaků, tzn. dosažení remise, neboli bezpříznakového období (HOSÁK a kol., 2016).

#### **3.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA**

V léčbě bipolární afektivní poruchy je zásadní podávání thymoprofylaktika, které se během akutní depresivní fáze kombinuje s antidepresivem a během akutní manické fáze s neuroleptikem (DREHER, 2017).

Thymoprofylaktika, neboli stabilizátory nálady, jsou psychofarmaka, jež se využívají k thymoprofylaxi. V rámci bipolární afektivní poruchy při dlouhodobém užívání v době remise snižují počet a závažnost depresivních, manických a smíšených epizod. Jsou-li

užívány během akutní fáze onemocnění, působí antidepresivně a antimanicky, aniž by podněcovaly rychlý obrat do opačné polarity (MASOPUST, 2012). Mezi farmaka užívaná pro thymoprofylaxi s největším účinkem patří lithium, kyselina valproová (valproát), karbamazepin a lamotrigin (LÁTALOVÁ, 2012).

### **3.1.1 Lithium**

Nejčastější volbou pro léčbu bipolární afektivní poruchy je lithium. Je-li tato látka ordinována ve správné dávce, patří k nejvíce účinným thymoprofylaktikům a tedy i k nejčastěji předepisovaným léčivům při léčbě bipolární afektivní poruchy. Pro podání adekvátní dávky lithia je nutné se řídit podle plazmatické koncentrace v krvi. V době remise je zpravidla dostačující hladina kolem 0,6 mmol/l, ale to je též ovlivněno individuálně. Nežádoucí účinky lithia jsou pozorovány zejména při podávání vysokých dávek. Může se objevit třes a neklid, také poruchy barevného vidění a snížená bdělost. Lithium by nemělo být užíváno v době těhotenství, největší riziko je v prvním trimestru, a v době jeho plánování, jelikož působí teratogenně, neboli způsobuje vznik vrozených vývojových vad a defektů (DREHER, 2017).

### **3.1.2 Kyselina valproová**

Kyselina valproová a její soli – valproáty, patří mezi antiepileptika, které se používají primárně k léčbě epilepsie. V psychiatrii se však kyselina valproová předepisuje též k léčbě bipolární afektivní poruchy, u které je po lithiu druhým nejúčinnějším léčivem k thymoprofylaxi. Kyselina valproová má při zvyšování dávky sedativní, zklidňující, účinek, což je během manické epizody žádoucí. Stejně jako lithium má teratogenní účinky, které se v poslední době, na rozdíl od lithia, považují za výrazně vyšší než v minulých letech. Terapie kyselinou valproovou je tedy u žen v reprodukčním věku zakázáno, jeho užívání je povoleno pouze v případě poslední možné volby, po předchozím písemném prohlášení a v kombinaci se spolehlivou antikoncepcí (DREHER, 2017).

### **3.1.3 Karbamazepin**

Karbamazepin jakožto epileptikum, též spadá do léčby epilepsie. Při léčbě bipolární afektivní poruchy je indikováno zejména pokud není možno užívat lithium, nebo dochází-li k rychlému cyklování jednotlivých epizod. Při současném užívání karbamazepinu

a jiných léčiv, dochází k rychlejšímu odbourávání ostatních léčiv, a tak k poklesu jejich hladin v krvi, tedy k jejich nižšímu účinku. Dosud však není mechanismus účinku karbamazepinu zcela znám, ale při jeho správném užití a uvážlivým dávkování všech ostatních léků, představuje v terapii bipolární afektivní poruchy velmi účinný lék (DREHER, 2017).

#### **3.1.4 Lamotrigin**

Lamotrigin je rovněž antiepileptikum užívané od roku 1993. V léčbě bipolární afektivní poruchy má větší účinek při léčbě deprese než při léčbě mánie. Předepisuje se jako prevence opětovně se vracející deprese či během akutní depresivní epizody. Dávka lamotriginu musí být zvyšována pomalu, při rychlém zvyšování dávky se mohou vyskytnout problematické kožní změny, nejčastěji exantém (DREHER, 2017).

#### **3.1.5 Farmakologie depresivní epizody**

V případě propuknutí depresivní epizody je většinou podáváno thymoprofylaktikum ve spojení s antidepresivem. Antidepresivum nelze podávat samotné a v příliš velké dávce, z hlediska možného přesmyku do opačného pólu nemoci, tedy do mánie. Délka léčby antidepresivy by měla být indikována jen po dobu akutní fáze, tedy do odeznění symptomů deprese, není vhodná pro udržovací léčbu. Jedná-li se o lehčí formu deprese, je možná léčba pouze pomocí thymoprofylaktika bez kombinace s ostatními léky (HOSÁK a kol., 2016), (DREHER, 2017).

#### **3.1.6 Farmakologie manické epizody**

Problémem při léčbě akutní manické epizody je pacientův chybějící náhled na onemocnění, který může způsobit nevoli užívání léků a nedodržování léčby. Důležité je tedy přesvědčit pacienta, že je pro něj léčba prospěšná. Farmakologická terapie manické epizody spočívá v podávání velké dávky thymoprofylaktika v kombinaci s neuroleptikem (DREHER, 2017).

#### **3.1.7 Udržovací a profylaktická léčba**

Udržovací a profylaktická léčba pacientů s bipolární afektivní poruchou má více cílů, a to hlavně prevenci a zabránění relapsu. Dbá se na snížení frekvence cyklování fází, a tím na prodloužení období remise. Léčba se zaměřuje i na pokles rizika suicidálních pokusů

a na zlepšení emoční stability, která po právě prodělané akutní epizodě bývá rozhozená (LÁTALOVÁ, 2012).

V době remise jsou indikovány thymoprofylaktika. Alternativou je i nasazení antipsychotik druhé generace, která mohou rovněž plnit funkci stabilizátoru nálady, respektive udržují nemocného dlouhodobě v asymptomatickém období bez relapsů. Mezi ty patří olanzapin, apripirazol, risperidon a quetiapin (LÁTALOVÁ, 2010).

### **3.2 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE**

Často je metoda elektrokonvulzivní terapie společností vnímána velmi negativně a to především z důvodu milných domněnek, které vznikly na základě zhlédnutí kinematografických snímků s touto tematikou. V současnosti se však řadí mezi neúčinnější nefarmakologickou metodu léčby psychiatrických onemocnění, a tak je dodnes hojně užívaná (NOVÁK, 2010), (PŘIKRYL, 2011).

Elektrokonvulzivní terapie (ECT), neboli léčba elektrošoky, spočívá ve stimulaci mozkové tkáně pomocí elektrické energie, a tak dochází k vyvolání záchvatu, který má epileptickou formu. Nejčastěji se užívá pro léčbu velmi těžké deprese, ale bývá též indikována pro léčbu mánie, při výskytu psychotických symptomů či suicidálních myšlenek a při farmakorezistenci, neboli odolnosti vůči užívaným lékům. ECT se provádí při hospitalizaci, nebo i ambulantně, vhodné je 6 - 12 opakování. Účinek se objeví rychle, už po třech až čtyřech aplikacích a má velmi vysokou účinnost zejména u rezistentních depresivních stavů. Působí antidepresivně, antimanikálně, antipsychoticky, antisuicidálně, proti agresi a jako stabilizátor nálady. Mezi hlavní nežádoucí účinek patří porucha kognitivních funkcí, která je však v 98 % reverzibilní (SCHOU, 2009), (ALBRECHT a kol., 2017).

### **3.3 PSYCHOEDUKACE, PSYCHOTERAPIE**

Psychoedukace je důležitá jak u pacienta, tak u jeho blízkých. Zprvu je velmi těžké pro nemocného přijmout nebo pochopit fakt, že za jeho stav může onemocnění. Psychoedukace podává komplexní informace o nemoci, jejím průběhu a možnostech

léčby. Zahrnuje informuje o technice monitorování sebe sama tak, aby došlo k rozpoznání prodromálních příznaků. Prodromální příznaky jsou oslabené projevy deprese či mánie, které mohou předcházet rozvoji plné epizody až o týdny, a tak je jejich včasné zachycení důležité. Může se tak předejít plnému rozvoji depresivní či manické epizodě. Psychoedukace je zároveň vhodná jako prevence relapsu, zmírnění příznaků a suicidálního chování a jako prevence před abúzy alkoholu a dalších návykových látek. Též pomáhá pacientovi na adaptaci v rodině a rodinným příslušníkům k pochopení stavu nemocného a doporučení případných kroků při podpoře blízkého, která v životě pacienta hraje velkou roli. Také je informuje o rizikových faktorech a možnosti rizika sebevraždy (HOSÁK a kol., 2016), (LÁTALOVÁ, 2012).

Psychoterapie je v rámci léčby bipolární afektivní poruchy též důležitým faktorem. Při psychoterapii se pracuje na odstranění strachu z dalšího výskytu epizod, na zlepšení emoční stability během asymptomatického období a na odstranění úzkostí. Pomáhá při problémech ve vztazích, ke kterým došlo na základě prodělání jedné z akutních fází bipolární afektivní poruchy. Mezi nejčastěji užívané metody psychoterapie patří interpersonální terapie (ITP) a kognitivní terapie (HOSÁK a kol., 2016), (LÁTALOVÁ, 2012).



## 4 OŠETŘOVATELSTVÍ V PSYCHIATRII

„Psychiatrie je lékařský obor zabývající se studiem, diagnostikou, prevencí a léčbou duševních poruch“ (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013, s. 178).

Jedná se o poměrně mladý obor medicíny. Duševní onemocnění nebyla vždy považována za zdravotnický problém, ale byla tradičně vykládána jako posednutí ďáblem. Počátky psychiatrie jako vědy se tak kladou až na přelom 18. a 19. století. Prvním ústavem na našem území byl Ústav pro duševně choré v Praze, který vznikl roku 1790 a psychiatrickí pacienti zde byli ošetřováni již důstojným a adekvátním způsobem. Přelomové bylo 20. století, které dalo za vznik novým terapeutickým metodám. Ve druhé polovině minulého století byla do psychiatrie zavedena neuroleptika a antidepresiva. V poslední době nastal v psychiatrii velký pokrok co se léčby týče, avšak názory veřejnosti zůstávají nadále plné předsudků, jako například výše zmíněná léčba elektrošoky. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

Ošetrovatelské přístupy a postupy v psychiatrii se liší v závislosti na typu duševní poruchy. Vybraná specifika psychiatrického ošetrovatelství jsou popsána níže. Na sestavení terapeutického plánu pro duševně nemocného se podílí celý zdravotnický tým, jedná se o lékaře, ošetrovatelský personál, psychology a další terapeutů (PETR a kol., 2014).

Ošetrovatelství v psychiatrii má, tak jako další klinické obory, své specifické přístupy a pravidla. Důležitou roli zde hraje rozhovor, velmi významná je schopnost sestry umět správně s pacientem komunikovat. Je třeba, aby sestra ovládala verbální komunikaci a je vhodné, aby měla znalosti z oblasti neverbální komunikace, pomocí které se taktéž může o pacientovi leccos dozvědět. Specifickým momentem je první kontakt mezi pacientem a sestrou, cílem je navázat s pacientem důvěryhodný vztah. Sestra by měla umět naslouchat a mít schopnost vcítit se, měla by se chovat permissivně, neboli být tolerantní bez kritických připomínek a odsuzujících komentářů, aby umožnila pacientovi sdělení svých problémů bez obav z posměchu. S tím souvisí schopnost umět dokonale ovládat emoční reakce. Dále je v psychiatrickém ošetrovatelství důležité pozorování. Sestra by

se měla snažit o důkladné pozorování pacientova chování a jakékoli abnormální stavy hlásit ošetřujícímu lékaři. Trpí-li pacient bludy či halucinacemi, je zásadní tyto jevy nevyvracet, ale ani nepotvrzovat, je možné o daném problému polemizovat (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

Má-li pacient bludy či halucinace, je důležité svědectví rodiny či blízkých osob, které mohli být při těchto stavech pacienta přítomni. Spolupráce s rodinou je v psychiatrii zásadní. Lékaře a sestry zajímá, jak se psychické obtíže projevují doma a v jakém prostředí pacient žije. Podstatná je i informace o premorbidní osobnosti pacienta, tedy jaké měl vlastnosti a povahový charakter před vznikem onemocnění. Často totiž během psychiatrického onemocnění, například během deprese, zájmy opadávají a je těžké posoudit, co je pro daného pacienta normální a přirozené, jaká je jeho pravá osobnost, kterou by se měl pacient po ukončení léčby opět stát. Role rodiny hraje též velkou roli co se týče podpory pacienta, která je, zvláště při duševních poruchách, velmi důležitá (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

Vyskytne-li se u pacienta agresivní chování, je hlavní zajistit, aby nedošlo k poškození zdraví jak u něj samotného, tak u personálu a dalších pacientů. Agresivní pacient nesmí zůstat bez dozoru. Situaci může mnohdy vyřešit dobře a klidně vedený rozhovor. Hrozí-li fyzická agrese, je důležité zachovat klid a z pacientova dosahu odstranit všechny potenciálně nebezpečné předměty, udržovat bezpečnou vzdálenost, zajistit přítomnost dalších osob a pokud je to nutné, přivolat na pomoc policii (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

#### **4.1 KOMPETENCE SESTER NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ**

„Kompetence ve smyslu činností, k jejichž provádění je sestra oprávněna, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Ošetřovatelská péče v psychiatrii podle této vyhlášky naplňuje kritéria specializované a vysoce specializované ošetřovatelské péče. Specializovanou péčí se rozumí poskytování základní ošetřovatelské péče pacientům, kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života, zdraví pacienta nebo jeho okolí. Tuto péči může poskytovat všeobecná sestra. Ošetřovatelská péče o pacienty, kteří mají patologické změny

psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta či jeho okolí, spadá do kategorie vysoce specializované péče. Takovou péči může vykonávat všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí nebo všeobecná sestra pod jejím odborným dohledem“ (PETR a kol., 2014, s. 37-38).

## **4.2 HOSPITALIZACE NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ A JEHO REŽIM**

Pacient, u kterého se vyskytnou známky duševního onemocnění, je doporučen k hospitalizaci svým ambulantním psychiatrem, popřípadě praktickým lékařem či psychologem. V akutních případech může přijít sám či v doprovodu blízkých. Běžná je i situace, kdy příjem pacienta probíhá za asistence policie. Při přijetí pacient podepisuje *Souhlas s hospitalizací*. V určitých případech je nutná nedobrovolná hospitalizace, tj. situace, kdy pacient tento dokument nepodepíše. V takovém případě musí lékař do 24 hodin od přijetí odeslat tzv. *Hlášení přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného* příslušnému soudu, který do týdne rozhodne, zdali bude následovat nedobrovolná léčba či nikoli. Nedobrovolná léčba bývá realizovaná na uzavřeném oddělení. Uzavřené oddělení na psychiatrii je takové oddělení, které smí pacient opustit pouze se svolením lékaře. Na otevřeném oddělení smí pacient opustit oddělení na základě svolení sestry. Pacienti se svolením k opuštění oddělení se smí pohybovat pouze po areálu nemocnice či léčebny, mohou jít například na terapii, která se odehrává na jiném oddělení než na jakém jsou právě hospitalizovaní, nebo třeba na vycházku po areálu. Jestliže chce pacient opustit areál ústavu, musí mít od lékaře vystavenou propustku (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013), (PETR a kol., 2014).

„Režim oddělení je přesně propracovaný systém všech aktivit“ (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013, s. 201). Pacient je první den hospitalizace seznámen s režimem daného oddělení. Na každém oddělení je k dispozici rozvrh denního režimu a program aktivit na celý týden. Ukázka přehledu denního režimu psychiatrického oddělení je v příloze A. Den na oddělení začíná takzvanou komunitou. Na komunitě se sejde veškerý personál a všichni pacienti, kteří personálu sdělí, jak se cítí a co by rádi ten den podnikli. Dále následují další aktivity, jako například skupinová terapie s psychologem, skupinová relaxace,

pracovní terapie, arteterapie, cinematerapie, léčebný tělocvik a psychoedukace (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

### **4.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DEPRESIVNÍHO PACIENTA**

Pacienti s depresí jsou většinou léčeni ambulantně. Pokud je jejich stav vážný, trpí-li těžkou formou deprese, mají-li suicidální tendence či se u nich objevují psychotické symptomy, bývají hospitalizováni. Při výskytu sebevražedných myšlenek či pokusů, bývá pacient obvykle hospitalizován na uzavřeném psychiatrickém oddělení (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

K základním cílům ošetřovatelské péče o depresivního pacienta patří uspokojování základních potřeb a zajištění bezpečí. Sledují se možné projevy suicidálního chování, které je v akutní fázi deprese velice častým jevem. Základem je pozorování chování a jednání pacienta a hlášení výsledků pozorování ošetřujícímu lékaři. Mezi nejčastější ošetřovatelské problémy a intervence patří smutek, poruchy spánku, zhoršená nálada, snížená aktivita, zpomalené myšlení a pocit beznaděje. Často jsou depresí postihnuty i fyziologické procesy, pacient nemá chuť k jídlu, nemá zájem o žádnou aktivitu, má sníženou sexuální energii a tak dále (PETR a kol., 2014). „Všechny tyto projevy nemoci musí sestra v rámci ošetřovatelské péče, resp. ošetřovatelského procesu umět identifikovat, zpracovat v ošetřovatelský plán a navrhnout účelné ošetřovatelské intervence“ (PETR a kol., 2014, s. 223). K depresivnímu pacientovi vždy přistupujeme s empatií a zúčastněním, pacient musí cítit náš zájem o něj, aby nám sdělil své pocity a myšlenky. Je vhodné, když sestra pacienta chválí a motivuje, zároveň na něj ale netlačí a nepožaduje velká rozhodnutí. Aktivně s ním komunikuje a nabízí aktivity či možné řešení problémů (PETR a kol., 2014).

### **4.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O MANICKÉHO PACIENTA**

Prvním problémem, který se může vyskytnout u manického pacienta, je absence náhledu na onemocnění. Člověk v mánii si málokdy své onemocnění uvědomuje, zejména jedná-li se o první manickou epizodu. V těchto případech vzniká problém při hospitalizaci, ke které pacient v mánii nemusí dát souhlas. Musí pak být hospitalizován

nedobrovolně, což mnohdy znamená, že pacient odmítá spolupracovat, a to může mít nepříznivý vliv na realizaci ošetrovatelské péče (MURÍN a kol., 2009).

Maničtí pacienti bývají obvykle hluční a svým chováním obtěžují ostatní pacienty i personál. Ošetrovatelský tým by se měl chovat klidně a měl by se snažit snížit zdroje stimulace a rozptylování a mírnit tak pacienta v jeho manickém projevu. Lidé v mánii mají mnohdy problém při dodržování pravidel, během hospitalizace je tak pro ně těžké dodržovat režim oddělení. Je vhodné zaujat nekompromisní přístup, co se týče stanovených pravidel, a nutit tak pacienta v rámci možností dodržovat režim na oddělení (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

Manický pacient má kvůli své hyperaktivitě velmi často narušenou strukturu dne. Objevují se problémy s příjmem potravy a tekutin, může se objevit dehydratace. Je tedy důležité, aby ošetřující personál dohlížel na adekvátní příjem potravy a tekutin a vše zapisoval do zdravotnické dokumentace. Též musí dohlížet na pacientův spánek a zajišťovat dostatek odpočinku. Celý ošetrovatelský tým musí být rovněž připraven na možnou agresivitu manického pacienta a předcházet tak případnému napadení okolí (PETR a kol., 2014).

Když nastane ústup akutní manické epizody, pacient si začne uvědomovat následky svých činů, které udělal v době mánie. Je na členech ošetrovatelského týmu, aby mu navrhli nebo pomohli najít řešení následků jeho onemocnění. V této chvíli může totiž nálada velmi lehce přeskóčit do deprese. I proto je nadále nutné pozorování chování pacienta a jakékoli změny či výkyvy nálady okamžitě hlásit ošetřujícímu lékaři (PETR a kol., 2014).

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

Ošetrovatelský proces je metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Je systematický a racionální a skládá se z několika vzájemně propojených fází. Cílem ošetrovatelského procesu je pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná změna zdravotního stavu pacienta (TÓTHOVÁ, 2014).

U bipolární afektivní poruchy se ošetrovatelský proces liší v závislosti na aktuálně probíhající epizodě (PETR a kol., 2014).

V této, praktické, části bakalářské práce je popsána ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou, v současné manické fázi s psychotickými symptomy. Ošetrovatelská péče je realizována formou ošetrovatelského procesu. Posouzení stavu pacienta je podle ošetrovatelského modelu Funkčního vzorců zdraví Marjory Gordon. Právě komplexnost tohoto modelu byla důvodem k jeho použití při zpracování praktické části bakalářské práce. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na základě NANDA I Taxonomie II 2015–2017 (NANDA INTERNATIONAL, 2015), (PLEVOVÁ a kol., 2018).

Cílem praktické části je tedy detailní popis případu pacienta s daným onemocněním. Tato část bakalářské práce byla zpracována v rámci odborné praxe v Psychiatrické nemocnici Bohnice na koedukovaném příjmovém oddělení pro léčbu afektivních poruch. Pacient podal ústní souhlas se zpracováním jeho příběhu v rámci této práce. Informace byly získány od pacienta a jeho rodiny, z dokumentace pacienta, od ošetřujícího lékaře a ošetřujícího personálu.

Dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, jsou následující identifikační údaje smyšlené. Časová data byla pozměněna z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy.

Na centrální příjem nemocnice v Bohnicích přišel v doprovodu matky 27letý pacient. Důvodem byla nesoustředěnost, nespavost a stupňující se bizarní chování. Jedná se o prvokontakt v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

Pacient byl před třemi lety ambulantně léčen pro deprese, bylo mu předepsáno antidepresivum, jehož dávka byla třeba postupně navyšovat. Poté, z důvodu výskytu nežádoucích účinků, lék vysadil a přestal k psychiatrovi docházet. Nadále se však projevovala deprese. Pacient měl málo energie, byl unavený, hodně spal. Zkoušel různé alternativní metody a diety. Zhruba před třemi měsíci začal užívat med' jako doplněk stravy, která mu pomohla, postupně se začala zvedala energie a produktivita, vrátila se radost ze života. Energie postupně přibývalo, pacient měl pocit, že nepotřebuje spát, spal jen pár hodin denně, chodil do klubů, začal hodně pít. Med' vysadil minulý týden, kdy si řekl, že ji už nepotřebuje. Stav se dále stupňoval, pacient začal být podezřívavý, objevily se i halucinace. Nakonec byl v doprovodu matky přiveden na centrální příjem nemocnice v Bohnicích.

Na centrálním příjmu byla odebrána anamnéza a stanovena diagnóza F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy. Lékař pacientovi podal Rivotril 2,5 mg/ml na uklidnění. Pacient poté podepsal dobrovolný souhlas s hospitalizací.

Po vyšetření na centrálním příjmu byl pacient poslán na oddělení pro léčbu afektivních poruch. V rámci kazuistiky zaznamenáváme první týden hospitalizace na tomto oddělení a to v termínu od 6. února 2019 do 13. února 2019. Toto oddělení je uzavřené, pacienti nemohou svévolně opouštět oddělení, pouze mají-li povolené vycházky od ošetřujícího lékaře. Na oddělení je stanoven program na celý týden. K dispozici je řada aktivit, z toho některé jsou pro pacienty povinné.

## 5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. X.

Pohlaví: muž

Datum narození: 1991

Věk: 27 let

Adresa trvalého bydliště: Praha

RČ: 910000/0000

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: provozní pracovník ve službách

Stav: svobodný

Státní příslušnost: Česká republika

Datum přijetí: 6. 2. 2019

Typ přijetí: akutní

Oddělení: psychiatrické

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Nadužívání mědi jako doplňku stravy, halucinace

Medicínská diagnóza hlavní:

F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy

Medicínské diagnózy vedlejší: 0

## 5.2 HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

Zde uvádíme hodnoty, které byly zjišťovány při příjmu dne 6. února 2019.

TK: 145/100 mmHg

P: 94/min

D: 19/min

TT: 37,1 °C



Výška: 180 cm

Hmotnost: 79 kg

BMI: 24,4 kg/m<sup>2</sup>

Pohyblivost: bez omezení

Stav vědomí: při vědomí

Orientace místem, časem, osobou: orientován

Krevní skupina: nezjišťována

U pacienta byl zjištěn vysoký krevní tlak 145/100 mmHg a vyšší tepová frekvence. Podle výšky a váhy byl vypočítán Body Mass Index (BMI), neboli index tělesné hmotnosti, který vyšel na 24,4 kg/m<sup>2</sup>. Tato hodnota odpovídá normě, ale blíží se k hranici nadváhy, která je podle NANDA International stanovena od hodnoty 25 kg/m<sup>2</sup>. Jedná se tedy o riziko nadváhy. Tělesná teplota je lehce zvýšená.

### **Nynější onemocnění:**

Pacient při příjmu hodnotí své nynější onemocnění následujícím způsobem:

„No já nevím... přijdu si roztěkaný, hlavní potíží je nespavost a nesoustředěnost... před necelými třemi měsíci jsem začal užívat měď, ta mi pomohla, dostala mě z deprese... postupně se mi zvedala energie, byl jsem produktivnější v práci, zase jsem měl radost ze života... vyústilo to minulý týden, skoro jsem nespal, hodně jsem pil... měď jsem vysadil, protože jsem si říkal, že už ji nepotřebuji... ale už bylo asi pozdě... měl jsem sluchové halucinace, nemohl jsem spát... a tak mě rodiče odvezli sem...“

Pacient přišel v doprovodu matky, která situaci hodnotí takto:

„Poslední tři dny je zvláštní, chová se neadekvátně. Odchází z domu, protože se bojí, že mu chceme ublížit. Bratr ho viděl, jak si povídá s kočkou, tvrdí, že má nadpřirozené schopnosti. Před třemi lety se začal léčit na deprese, ale říkal, že mu nikdo nerozumí, tak začal s alternativní medicínou, zkoušel různé diety, teď poslední měsíce užíval měď, která ho dostala z deprese...“

## 5.3 ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza**

Matka: r. 1968, hypotyreóza, matka matky epilepsie

Otec: r. 1962, arteriální hypertenze

Sourozenci: bratr, o tři roky mladší, zdrav

Děti: 0

Matka pacienta se léčí se sníženou činností štítné žlázy, užívá letrox. Matka matky měla epilepsii. Otec se léčí s arteriální hypertenzí. Bratr zdrav.

### **Osobní anamnéza**

Překonaná a chronická onemocnění: běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: 0

Úrazy: fraktura os naviculare dx.

Transfúze: 0

Očkování: běžná povinná očkování

Pacient prodělal běžná dětská onemocnění. Jeho stav dosavadně nevyžadoval hospitalizaci, neprodělal žádnou operaci, nebyla mu podána transfúze. V roce 2012 si zlomil člunkovitou kost v pravém zánártí, léčeno sádrou. Očkován byl pouze povinnými očkováními.

### **Psychiatrická anamnéza**

Pro deprese, které začaly v roce 2016, ambulantně docházel k psychiatrovi. Po dvou letech užívání antidepressiv, která mu později již nezabírala, se rozhodl pro alternativní léčbu. Zkoušel různé diety. Před necelými třemi měsíci začal jako doplněk stravy užívat med, která ho dostala z deprese, její nadužívání však nejspíše vedlo k manické epizodě.

### **Farmakologická anamnéza**

Anamnesticky od psychiatra indikován lék Wellbutrin. Po nějaké době musel pacient z důvodu nedostatečnosti účinnosti lék navyšovat. Kvůli navýšení však došlo k výskytu nežádoucích účinků, objevil se exantém a svědění, zvýšená agresivita

a podrážděnost. Po dvou letech léčby tak přestal antidepressivum užívat. Žádné další léky neužívá.

### **Alergologická anamnéza**

Léky: neguje

Potraviny: intolerance lepku

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

### **Abúzy**

Alkohol: pravidelně

Kouření: pravidelně, asi 5 let

Káva: 2x denně

Léky: neguje

Jiné návykové látky: THC před dvěma lety, přestal užívat kvůli depresím

Pacient v posledním týdnu zvýšeně užíval alkohol. Už asi pět let pravidelně kouří, denně 10-15 cigaret. Kávu pije dvakrát denně. Před dvěma lety chvíli užíval THC, poté kvůli zhoršování depresí přestal. Ostatní neguje.

### **Sociální anamnéza**

Stav: svobodný

Bytové podmínky: v domě s rodiči a s bratrem

Vztahy, role a interakce: dobré

Záliby a volnočasové aktivity: sport, auta

### **Pracovní anamnéza**

Vzdělání: vystudoval VŠFS - finance, BC. titul

Pracovní zařazení: provozní pracovník ve službách

Čas působení: od r. 2018

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: dobré

### **Spirituální anamnéza**

Religiózní praktiky: neprovozuje

## 5.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

První den hospitalizace, tj. 6. února 2019, bylo provedeno fyzikální vyšetření sestrou a lékařem.

Hlava – normocefalického tvaru, volně pohyblivá s charakteristickou hranicí mezi obličejovou a vlasatou částí, na poklep nebolestivá.

Oči – obočí je symetrické, oční víčka bez otoků, oční štěrby symetrické, oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, skléry bílé, spojivky růžové, rohovka průhledná, zornice symetrické.

Uši, nos – uši jsou přiměřené velikosti a tvaru, zevní zvukovod bez výtoku, poklep na processus mastoideus nebolestivý. Nos je přiměřené velikosti a tvaru, symetrický, volně průchodný, bez sekrece.

Rty – symetrické, růžové, suché.

Dásně, sliznice dutiny ústní – dásně jsou růžové, pevné, bez krvácivých projevů. Sliznice dutiny ústní je růžová, suchá.

Jazyk – plazí se ve střední čáře, je růžový, suchý.

Tonzily – hladké, nezvětšené.

Chrup – vlastní, plně vyvinutý, zdravý.

Krk – krční páteř je dobře pohyblivá, pulzace karotid oboustranně hmatná, náplň krčních žil nezvýšená, krční uzliny a štítná žláza nehmatné.

Hrudník – souměrný, bez hmatné rezistence.

Plíce – poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové, bronchofonie a fremitus pectoralis symetrické, počet dechů 19/min.

Srdce – srdeční oblast bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, nehmatný, srdeční rytmus je pravidelný, 94/min, krevní tlak je zvýšený (145/100 mmHg), ozvy ohraničené, šelesty 0.

Břicho – měkké nebolestivé, bez hmatné rezistence, souměrné, jizvy 0, poklep bubínkový, slyšitelná peristaltika.

Játra – nepřesahují pravý oblouk žeberní, měkká, palpačně nebolestivá.

Slezina – nenaráží.

Ledviny – nehmatné.

Uzliny – nehmatné.

Páteř – pohyblivá, nebolestivá, zakřivení fyziologické.

Klouby – tvar ušlechtilý, pohyblivost dobrá, nebolestivé.

Reflexy – výbavné.

Čítí – přiměřené.

Varixy – nejsou přítomny.

Otoky – nejsou přítomny.

Kůže – prokrvená, bez patologických změn, čistá, kožní turgor snížený.

## 5.5 MEDICINSKÝ MANAGEMENT

První den hospitalizace byla lékařem ordinovaná biochemické a hematologické vyšetření.

Odběr biologického materiálu proběhl druhý den hospitalizace.

Níže uvedené výsledky, které byly získány na základě vyšetření, odpovídají normě.

### **Biochemie**

#### Metabolity

Glukosa 4,4 mmol/l

Urea 3,5 mmol/l

Kreatinin 88  $\mu$ mol/l

#### Minerály

Sodík 139 mmol/l

Draslík 4,6 mmol/l

Chloridy 104 mmol/l

Osmolalita 276 mmol/kg

#### Bílkoviny

Albumin 42,9 g/l

#### Moč kvantitativně

Kreatinin 10,64 mmol/l

### **Hematologie, krevní obraz**

Leukocyty  $8,15 \cdot 10^9/l$

Erytrocyty  $4,98 \cdot 10^{12}/l$

Hemoglobin 164 g/l

Hematokrit 0,463 l/l

Trombocyty  $184 \cdot 10^9/l$

## **Konzervativní léčba**

Dieta: BLP

Dohled: KD (kontaktní dohled á 2 hod.)

Vycházka: pobyt na oddělení, bez vycházek

Byla ordinována bezlepková dieta z důvodu intolerance lepku. Dále byl nařízen kontaktní režim každé dvě hodiny a pobyt na oddělení bez povolených vycházek.

## **Medikamentózní léčba**

Lékař na centrálním příjmu indikoval denní a fakultativní medikaci. Denní medikace je určená ke každodennímu podání, fakultativní medikace je určena pouze při změně stavu, například při nespavosti, zvýšené tenzi či při agresivitě.

Denní medikace:

ZYPREXA VELOTAB 10 MG por tbl dis 1-0-1

RIVOTRIL 2,5 MG/ML por gtt sol 5-5-10-10

Fakultativní medikace:

Nespí-li 22:00 – 5:00 hod.

HYPNOGEN 10 MG por tbl flm, podat 1 tbl., neopakovat

Tenze, anxieta

RIVOTRIL 2,5 MG/ML por gtt sol, podat 10 gtt., lze denně á 4 hod.

Výrazná tenze, agitovanost, agrese

ZYPREXA 10 MG ims inj plv sol, podat 1 amp. i.m., lze max 2x denně  
do celkové denní dávky Olanzapinu 30 mg

Masivní tenze, agitovanost, agrese

HALOPERIDOL-RICHTER 5 MG/ML ims inj sol + APAURIN  
2 MG/ML ims inj sol, podat 1 amp., i.m., lze 2x denně, střídat s Tisercin  
i.m.

Přetrvává masivní tenze, agitovanost, agrese

TISERCIN 25 MG/ML ivn inj sol, podat 1 amp., i.m., lze 3x denně, střídat  
s Haloperidol + Apaurin i.m.

## 5.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE NANDA INTERNATIONAL

Posouzení současného stavu pacienta na oddělení ze dne 6. února 2019 dle domén NANDA I Taxonomie II 2015–2017 pomocí pozorování a rozhovoru s pacientem.

### 1. Podpora zdraví

Pacient je pravidelný kuřák, kouří 10 až 15 cigaret denně. Před dvěma lety užíval THC, poté kvůli zhoršování depresí přestal. Pravidelně užívá alkohol, poslední týden v nadměrném množství.

Ošetřovatelský problém I: Chování náchylné ke zdravotním rizikům.

### 2. Výživa

Proces trávení je v normě, způsob příjmu stravy per os, bez potíží, chuť k jídlu přiměřená, Body Mass Index vypočítán na 24,4 odpovídá normě, ale s rizikem nadváhy. Příjem tekutin za 24 hod je méně jak jeden litr, kožní turgor: snížený, stav sliznic: suché, stav kůže: suchá, jinak bez defektu, diabetes: ne.

Ošetřovatelský problém II: Snížený objem tekutin (dehydratace).

Ošetřovatelský problém III: Riziko nadváhy.

### 3. Vylučování a výměna

Stolice je pravidelná, bez obtíží. Pacient močí menší množství moči z důvodu nízkého příjmu tekutin. Pocení je nízké až přiměřené. Bez ošetřovatelského problému.

### 4. Aktivita/odpočinek

Pacient se v posledních týdnech cítil plný energie, minulý týden téměř necítil potřebu spát, spal jen 3 až 4 hodiny denně. Včera pocítil vyčerpání, chtěl spát, ale nemohl, tak užil prášky na spaní, přesto spánek nebyl kvalitní. V péči o sebe je soběstačný.

Ošetřovatelský problém IV: Nespavost 00095.

### 5. Percepce/kognice

Pacient je orientován místem, časem a osobou. Projevují se však změny v chování, pacient je neklidný, impulzivní, v projevu hlučný, monologizuje, skáče do řeči, je psychomotoricky akcelerovaný. Jedná se jednoznačně o manický projev.



Ošetrovatelský problém V: Neefektivní kontrola impulzů.

## **6. Sebepercepce**

Pacient vnímá sám sebe až přespříliš egoisticky, povyšuje se, má sklony k poučování personálu.

Ošetrovatelský problém VI: Riziko narušení osobní identity.

## **7. Vztahy mezi rolemi**

Asi před 3 dny měl pacient obavy, že mu rodina chce ublížit. Už si to nemyslí. Má však obavy, co si budou o jeho onemocnění myslet přátelé a známí.

Ošetrovatelský problém VII: Zhoršená sociální interakce.

## **8. Sexualita**

Pacient neudává potíže, je se svou sexualitou spokojen. Bez ošetrovatelského problému.

## **9. Zvládání/tolerance zátěže**

Pacient udává, že cítí strach z událostí posledních dní. Má strach ze svého onemocnění a ze zhoršeného společenského postavení.

Ošetrovatelský problém VIII: Strach.

## **10. Životní principy**

Pacient není náboženského vyznání. Jako své hodnoty udává rodinu. Stanovuje si cíle pro úspěšnou kariéru. Bez ošetrovatelského problému.

## **11. Bezpečnost/ochrana**

Pacient nemá zavedeny žádné žilní vstupy, nehrozí mu proto infekce. Pacient je bez tělesného poškození. Pacient je manický, ale neprojevuje se agresí. Nehrozí násilí vůči druhým ani sebepoškození. Bez ošetrovatelského problému.

## **12. Komfort (tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort)**

Pacient udává, že je bez bolesti. Bojí se však hospitalizace a toho, co si pomyslí okolí.

Ošetrovatelský problém IX: Sociální izolace.

### **13. Růst/vývoj**

Pacient neměl žádné poruchy vývoje ani růstu. Bez ošetrovatelského problému.

## **5.7 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 6. 2. 2019**

27letý pacient přišel v doprovodu ošetrovatelského personálu z centrálního příjmu pacientů, kde byla stanovena diagnóza F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy. Pacient byl přijat na oddělení pro léčbu afektivních poruch, kde byl seznámen s prostředím a režimem oddělení. Identifikační náramek byl připevněn na centrálním příjmu pacientů.

Na základě posouzení zdravotního stavu, anamnézy, fyzikálního vyšetření, indikace lékaře zde shrnujeme ošetrovatelské problémy pacienta.

V první doméně byla pacientovi stanovena ošetrovatelská diagnóza Chování náchylné ke zdravotním rizikům z důvodu užívání alkoholu a tabákových látek. Dále mu byla ve druhé doméně na základě fyzikálního vyšetření stanovena diagnóza Snížený objem tekutin (Dehydratace) a Riziko nadváhy, na které se přišlo díky vypočítání Body Mass Indexu. Další ošetrovatelskou diagnózou je Nespavost, určená na základě výpovědi pacienta a jeho rodiny. Mezi další stanovené ošetrovatelské diagnózy patří Neefektivní kontrola impulzů, Riziko narušení osobní identity, Zhoršená sociální interakce. Ošetrovatelské diagnózy Strach a Sociální izolace byly stanoveny na základě rozhovoru s pacientem, který řekl, že cítí strach z onemocnění a z hospitalizace.

## **5.8 PŘEHLED VŠECH STANOVENÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ**

Níže je přehled všech stanovených ošetrovatelských diagnóz pacienta, včetně jejich kódu.

Chování náchylné ke zdravotním rizikům - 00188

Snížený objem tekutin (Dehydratace) – 00027

Riziko nadváhy – 00234

Nespavost – 00095  
Neefektivní kontrola impulzů – 00222  
Riziko narušení osobní identity – 00225  
Zhoršená sociální interakce – 00052  
Strach – 00148  
Sociální izolace - 00053

## 5.9 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Níže jsou rozpracovány tři vybrané ošetřovatelské diagnózy.

### **Ošetřovatelská diagnóza I**

**Název + kód:** Nespavost 00095

**Doména:** 4. Aktivita/odpočinek

**Třída:** 1. Spánek/odpočinek

**Definice:** „Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování“ (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 183).

**Určující znaky:** změny emocí, změny koncentrace, změny nálad, změny ve vzorci spánku, potíže se spaním, nespokojenost se spánkem

**Související faktory:** konzumace alkoholu, strach

**Cíl krátkodobý:** Pacient má za užívání farmak dostatek spánku, tzn. 7-8 hodin denně, do 3 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má opět dostatek kvalitního spánku, bez nutnosti užívání farmak, do 10 dnů.

**Priorita:** střední

**Očekávané výsledky:**

Pacient je edukován o důležitosti délce a kvalitě spánku, ihned.

Pacient má zajištěno klidné prostředí na spaní, každý den.

Pacient má možnost užívání farmak na spaní, každou noc od 22:00 do 5:00.

Pacient zná možnosti relaxace, do 3 dnů.

Pacientova nadměrná aktivita je v rámci možností usměrňována, každý den.

Pacient má za užívání farmak dostatek spánku, tzn. 7-8 hodin denně, do 3 dnů.

Pacient má opět dostatek kvalitního spánku, bez nutnosti užívání farmak, do 10 dnů.

**Plán intervencí:**

Edukuj pacienta o důležitosti délce a kvalitě spánku, všeobecná sestra, ihned.

Zajisti pacientovi klidné prostředí na spaní, ošetřovatel, každý večer.

Podej pacientovi na jeho žádost farmaka na spaní podle předpisu ošetřující lékařky, všeobecná sestra, každou noc.

Informuj pacienta o možnostech a způsobech relaxace, všeobecná sestra, do 3 dnů.

Usměňuj pacienta při projevech hyperaktivity, všeobecná sestra, každý den.

**Realizace** (od 6. 2. 2019 do 13. 2. 2019):

Při příjmu byl pacient všeobecnou sestrou poučen o nutnosti a důležitosti dlouhého a kvalitního spánku bez užití farmak. Každý večer bylo pacientovi v rámci možností zajišťováno klidné prostředí na spaní a jeho nadměrná aktivita byla v prvních dnech hospitalizace usměrňována. Ošetřující lékařka pacientovi předepsala Hypnogen (10 mg) při nespavosti v rozmezí mezi od 22:00 do 5:00, který mu byl na jeho žádost podáván každou noc po dobu pěti dní. Pacient byl druhý den hospitalizace edukován o způsobech relaxace a možnosti zúčastnit se skupinové relaxace, která probíhala pod vedením všeobecné sestry na oddělení třikrát týdně.

**Hodnocení:**

Pacient byl během prvního týdne hospitalizace podroben všem ošetřovatelským intervencím, které byly stanoveny při příjmu na oddělení. Druhý den hospitalizace byl pacient edukován o způsobech relaxace a též byl informován o možnosti zapojení se do skupinové relaxace přímo na oddělení. Prvních pět nocí vždy požádal o Hypnogen

a spánek byl adekvátní, pacient spal asi pět až šest hodin. Šestou noc již Hypnogen podán nebyl a pacient spal až do rána, ale s častým probouzením se. Sedmou noc pacient opět požádal o Hypnogen a spal již sedm hodin.

**Poznámky:**

Skupinovou relaxaci pacient zhodnotil kladně a slíbil účast na další terapii.

**Celkové zhodnocení péče:**

Krátkodobý cíl byl splněn částečně. Pacient před hospitalizací spal pouze tři hodiny denně a během prvních dnů hospitalizace, za užití farmaka, spal až pět nebo šest hodin, což značí zlepšení. Pro úplné naplnění krátkodobého cíle však byla potřeba, aby se rozsah pacientova spánku pohyboval mezi 7-8 hodinami do tří dnů, k čemu ale došlo až sedmou noc hospitalizace. Na splnění dlouhodobého cíle se bude dále pracovat.

**Ošetrovatelská diagnóza II**

**Název + kód:** Strach 00148

**Doména:** 9. Zvládání/tolerance zátěže

**Třída:** 2. Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** „Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí“ (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 304).

**Určující znaky:** vzrušení, zvýšený krevní tlak, zvýšené napětí, impulzivnost

**Související faktory:** neznámé prostředí

**Cíl krátkodobý:** Pacient přijme pocit strachu a bude se s ním snažit pracovat, do týdne.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient je beze stopy pocitu strachu, do jednoho měsíce.

**Priorita:** střední

**Očekávané výsledky:**

Pacient má dostatek informací o režimu oddělení a možnostech terapií, ihned.

Pacient je poučen o nutnosti edukace o svém onemocnění, ihned.

Pacient chápe příčinu svého strachu, do 2 dnů.

Pacient přijme svůj strach a chce s ním pracovat, do týdne.

Pacient je plně edukován o svém onemocnění, do 3 dnů.

Pacient zná všechny možnosti léčby, do 3 dnů.

Pacient chápe nutnost léčby a chce se léčit, do 1 týdne.

Pacient je beze stopy pocitu strachu, do jednoho měsíce.

**Plán intervencí:**

Informuj pacienta o režimu oddělení a možnostech terapií, všeobecná sestra, ihned a dále dle zájmu.

Pouč pacienta o nutnosti edukace, všeobecná sestra, ihned.

Vysvětli pacientovi pravděpodobné příčiny jeho strachu, všeobecná sestra, ihned.

Motivuj pacienta k práci s vlastním pocitem strachu, psycholog, každý den.

Edukuj pacienta o jeho onemocnění, ošetřující psychiatr, do 2 dnů.

Informuj pacienta o možnostech léčby jeho onemocnění, ošetřující psychiatr, do 3 dnů.

Motivuj pacienta k léčbě onemocnění, všeobecná sestra, každý den.

**Realizace (od 6. 2. 2019 do 13. 2. 2019):**

Pacientovi byl první den hospitalizace všeobecnou sestrou představen režim oddělení a možnosti terapie, na které smí docházet. Pacient byl též všeobecnou sestrou poučen o nutnosti edukace a byly mu vysvětleny pravděpodobné příčiny jeho strachu. Pacient měl třikrát týdně možnost individuálního sezení s psychologem, kde byl motivován k práci s vlastním pocitem strachu. Též byl povinen účastnit se skupinových sezení s psychologem a ostatními spolupacienty. Pacient byl svou ošetřující lékařkou do dvou dnů edukován o svém onemocnění a o možnostech léčby a též se pátý den hospitalizace zúčastnil skupinové edukace, která probíhala pravidelně jednou týdně přímo na oddělení. Po celou dobu realizace ošetřovatelského plánu byl pacient motivován k léčbě svého onemocnění.

**Hodnocení:**

Pacient byl během prvního týdne hospitalizace podroben všem ošetrovatelským intervencím, které byly stanoveny při příjmu na oddělení. Zpočátku byla spolupráce s pacientem komplikovaná, a to z důvodu nesoustředěnosti, roztěkanosti a následného útlumu po lécích. Byl patrný pacientův prožitek strachu, který si však do čtyř dní dokázal připustit a ke konci prvního týdne už s ním byl ochoten pracovat při sezení s psychologem. Krátkodobý cíl tak byl splněn.

**Poznámky:**

Ke splnění dlouhodobého cíle bude potřeba opakovat sezení s psychologem, s ošetřujícím psychiatrem a celým ošetrovatelským týmem udržovat podporu pacienta v léčbě. Též bude důležitá podpora ze strany rodiny, která se dosavadně činila až hyperprotektivně.

**Celkové zhodnocení péče:**

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient si uvědomil příčiny svého strachu a tím ho dokázal přijmout a začít na něm pracovat. Pokud bude stav ideální, dojde i k naplnění dlouhodobého cíle, který je stanoven do jednoho měsíce.

**Ošetrovatelská diagnóza III**

**Název + kód:** Snížený objem tekutin (Dehydratace) 00027

**Doména:** 2. Výživa

**Třída:** 5. Hydratace

**Definice:** „Snížení intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn v koncentraci sodíku“ (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 153).

**Určující znaky:** změna kožního turgoru, suchá sliznice, suché rty, zvýšená tělesná teplota, denní příjem tekutin menší než 1 litr

**Související faktory:** změna psychického stavu

**Cíl krátkodobý:** Pacientův denní příjem tekutin se zvýší o 1 litr, do 3 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient nebude jevit známky dehydratace, do týdne.

**Priorita:** střední

**Očekávané výsledky:**

Pacient je edukován o důležitosti dodržování pitného režimu, ihned.

Pacient ví, jak udržovat optimální hydrataci v těle, ihned.

Pacient se snaží dodržovat pitný režim, každý den.

Pacientův denní příjem tekutin se zvýší o 1 litr, do 3 dnů.

Pacient má kožní turgor v normě, do týdne.

Pacient nemá suchou sliznici ani rty, do týdne.

Pacient nebude jevit známky dehydratace, do týdne.

**Plán intervencí:**

Edukuj pacienta o důležitosti dodržování pitného režimu, všeobecná sestra, ihned.

Pouč pacienta o udržování optimální hydratace v těle, všeobecná sestra, ihned.

Motivuj pacienta k dodržování pitného režimu, všeobecná sestra, každý den.

Zajisti stálou dostupnost tekutin pro pacienta, všeobecná sestra, každý den.

Kontroluj příjem a výdej tekutin u pacienta, všeobecná sestra, každý den.

**Realizace (od 6. 2. 2019 do 13. 2. 2019):**

Pacient byl všeobecnou sestrou edukován o důležitosti dodržování pitného režimu. Každý den mu byl pitný režim připomínán a byl mu zajištěn dostatek tekutin. Každý den byl kontrolován a zapisován příjem a výdej tekutin.

**Hodnocení:**

Pacient se k problému dehydratace postavil zodpovědně, během prvního a druhého dne vypil denně litr tekutin, především neslazeného čaje. Třetí den vypil litr a 200 mililitrů. Pacient měl do 3 dnů vypít o litr víc než před hospitalizací, kdy vypil asi 600 mililitrů. Krátkodobý cíl tak nebyl splněn, ale pacient příjem tekutin postupně navyšoval a pátý den vypil 2 litry tekutin, čímž byl krátkodobý cíl splněn. Postupně se zvyšoval kožní turgor. Sedmý den již neměl suché rty ani sliznice, dlouhodobý cíl byl splněn v termínu.



**Poznámky:**

Ošetrovatelský problém Snížený objem tekutin činil při jeho plnění pacientovi nejmenší obtíže.

**Celkové zhodnocení péče:**

Krátkodobý cíl byl splněn později a to pátý den. Dlouhodobý cíl byl splněn ve stanovém termínu.

## 6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zpracování této bakalářské práce a nově nabytých poznatků o bipolární afektivní poruše a psychiatrickém ošetrovatelství stanovujeme tato doporučení pro praxi.

### Doporučení pro ošetrovatelský tým

- správně s pacientem komunikovat
- být empatický, naslouchat pacientovi i jeho blízkým
- ovládat své emoční reakce
- navázat s pacientem důvěryhodný vztah
- nemít kritické připomínky a odsuzující komentáře
- podporovat a motivovat pacienta k léčbě
- vždy zvolit co nejlepší metodu ošetrovatelské péče
- důkladně pacienta edukovat o jeho onemocnění

### Doporučení pro pacienta

- dodržovat léčbu
- dbát na rady od ošetrovatelského personálu a lékaře
- udržovat dobré vztahy s rodinou
- jakékoli pochybnosti konzultovat s lékařem, psychologem či ošetrovatelským personálem
- dodržovat zdravý životní styl a vyhnout se užívání návykových látek
- dodržovat pravidelný denní režim
- naučit se rozpoznat první příznaky blížící se epizody, a tak zabránit plnému rozvoji akutní epizody

### Doporučení pro rodinu pacienta

- zajímat se o průběh léčby a o nové možnosti léčby
- motivovat a podporovat nemocného člena rodiny v léčbě
- naslouchat problémům nemocného člena rodiny
- snaha pomoci nemocnému při řešení problémů

## ZÁVĚR

V teoretické části této bakalářské práce byla nejdříve bipolární afektivní porucha charakterizována. Dále byly popsány rizikové faktory jejího vzniku, její prevalence a klasifikace. První kapitola též pojednává o komorbiditách bipolární afektivní poruchy a o suicidálním chování. Druhá kapitola zahrnuje přehled jednotlivých epizod a období remise. Třetí kapitola je věnována léčbě bipolární afektivní poruchy, a to zejména farmakologické léčbě, elektrokonvulzivní terapii a psychoedukaci a psychoterapii. Poslední kapitola teoretické části je o ošetrovatelství v psychiatrii. Jsou zde například vymezena některá specifika pro práci na psychiatrickém oddělení.

Cílem této části bylo podat informace o bipolární afektivní poruše a o psychiatrickém ošetrovatelství, který byl splněn. Dalším cílem bylo díky seznámení čtenáře s jedním z psychiatrických onemocnění snížit výskyt předsudků o duševně nemocných, které dosud kolují ve společnosti 21. století. Tento cíl je dlouhodobý, a tak nemůžeme jeho splnění nyní soudit.

Praktická část bakalářské práce zahrnuje detailní popis ošetrovatelské péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou. Po úvodu do příběhu pacienta jsou uvedeny základní identifikační údaje, anamnéza, fyzikální vyšetření a tak dále. Nakonec jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy a tři z nich jsou plně rozpracovány.

Cílem praktické části byl detailní popis případu pacienta s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou a tímto byl splněn.

Bipolární afektivní porucha onemocnění ojedinělé a je důležité o něm informovat, aby se, a tak i ostatní duševní poruchy, dostala více do lidského podvědomí a aby se kompletně upustilo od předsudků, které duševně nemocné neprávem odsuzuje.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALBRECHT, Jakub a kol., 2017. Známe mechanismus účinku elektrokonvulzivní léčby?. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2017, **113**(6), 224-233. ISSN 1212-0383.

ČEŠKOVÁ, Eva, 2015. Bipolární porucha – minimum pro farmaceuty. *Praktické lékařství*. **11**(2), 61-63. ISSN 1801-2434.

DREHER, Jan, 2017. *Psychofarmakoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0133-7.

GAY, Christian, 2010. *Bipolární porucha*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-668-1.

HOSÁK, Ladislav a Michal HRDLIČKA, 2016. *Psychiatrie and pedopsychiatrie*. Praha: Charles University Karolinum Press. ISBN 978-80-246-3378-7.

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

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

LÁTALOVÁ, Klára a Ján PRAŠKO, 2009. Komorbidita bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami. *Česká a slovenská psychiatrie*. **105**(5), 218-223. ISSN 1212-0383.

MASOPUST, Jiří a Barbora HOMOLKOVÁ, 2012. Farmakoterapie bipolární afektivní poruchy. *Psychiatrie*. **16**(2), 101-109. ISSN 1211-7579.

MOHR, Pavel, Klára LÁTALOVÁ a Jiří MASOPUST, 2012. Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*. **108**(3), 122-130. ISSN 1212-0383.

MURÍN, Peter a Martina PAVLÍČKOVÁ, 2009. Ošetrovatelská péče o manického pacienta. *Sestra*. **19**(3), 65. ISSN 1210-0404.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-905728-1-2.

NOVÁK, Tomáš, 2010. Bipolární porucha II - epidemiologie, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. **11**(1), 7-10. ISSN 1213-0508.

PETR, Tomáš a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2018. Ošetrovatelství I. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

PRAŠKO, Ján a kol., 2017. *Jak žít s bipolární poruchou*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0949-2.

PŘIKRYL, Radovan, 2011. Akutní léčba deprese u bipolární afektivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. **12**(4), 149-152. ISSN 1213-0508.

SCHOU, Mogens, 2009. *Lithium v léčbě poruch nálad: praktický průvodce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-205-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4341-7

ŠEBELA, Antonín a kol, 2017. Psychofarmaka během těhotenství – mírní, nebo zvyšují riziko pro plod?. *Pediatric pro praxi*. **18**(6), 352-355. ISSN 1213-0494.

TÓTHOVÁ, Valerie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS), 2018. Praha: Národní onkologický registr. [online]. 1. 1. 2018 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Přehled aktivit na psychiatrickém oddělení	I
Příloha B – Průvodní list k rešerši	II
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	III

Příloha A – Přehled aktivit na psychiatrickém oddělení

Přehled aktivit na oddělení 27	
<b>Pondělí</b>	
8:30	<b>Komunita</b>
9:30	<b>Skupina s psychologem</b>
13:00–13:45	<b>Psychoedukace s lékařem</b>
15:00	Společná vycházka s personálem
9:00–16:00	Pracovní terapie (dílna dle vlastního výběru)
18:30	Relaxace
<b>Úterý</b>	
8:45	<b>Komunita</b>
9:15	Relaxace
10:15–11:15	<b>Skupina s lékařem</b>
13:00–14:30	Arteterapie
15:00	Společná vycházka s personálem
9:00–16:00	Pracovní terapie (dílna dle vlastního výběru)
18:30	Relaxace
<b>Středa</b>	
8:30	<b>Komunita</b>
9:15	Relaxace
11:15	Pacientský klub
13:00	<b>Skupina s psychologem</b>
15:00	Společná vycházka s personálem
9:00–16:00	Pracovní terapie (dílna dle vlastního výběru)
18:30	Relaxace
<b>Čtvrtek</b>	
8:30	<b>Komunita</b>
8:45	Vizita (individuálně na sesterně)
10:00–11:30	Hipoterapie (max 4 osoby)
10:45–11:15	Léčebný tělocvik (na oddělení dle dohody – max 6 pac.)
14:00	Spirituální péče
15:00	Společná vycházka s personálem
9:00–16:00	Pracovní terapie (dílna dle vlastního výběru)
18:30	Relaxace
<b>Pátek</b>	
8:30	<b>Komunita</b>
9:15	Relaxace
10:00–11:15	<b>Skupina s lékařem</b>
11:15–13:45	Psychogymnastika
9:00–11:30	Pracovní terapie (dílna dle vlastního výběru)

Tento přehled aktivit na psychiatrickém oddělení byl vytvořen autem bakalářské práce na základě absolvování odborné praxi v Psychiatrické nemocnici Bohnice, 10. února 2019.



Příloha B – Průvodní list k rešerši

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

Viktorie Víznerová

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: bipolární afektivní porucha – bipolar affective disorder, depresivní epizoda - manická epizoda - ošetřovatelství v psychiatrii

Časové vymezení: 2008-2018

Druhy dokumentů: knihy, články

Počet záznamů: 41 (knihy: 12, články: 29 )

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690: 2011

Základní prameny: - Katalogy knihoven systému Medvik (knihy)  
- Bibliographia medica Čechoslovaca (články)  
- Medline  
- Cinahl

## Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetřovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou“ v rámci odborné praxe realizované prostřednictvím Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a to vše se souhlasem pacienta a vedoucí daného oddělení.

V Praze dne: 20. 3. 2019

.....

*podpis*