

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Ivana OTTEOVÁ, DiS.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

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

Ivana Otteová

Bakalářská práce
2009

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana OTTEOVÁ, DiS.**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky prevence a diagnostiky bipolární afektivní poruchy.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Modelový ošetrovatelský proces u pacienta s bipolární afektivní poruchou.
4. Vypracování plánu ošetrovatelské péče.
5. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. HERMAN, E.; PRAŠKO, J.; HOVORKA, J. Diagnostika a léčba bipolární poruchy. 1. vyd. Praha : Maxdorf s.r.o., 2003. ISBN 80-85912-93-7.
2. HERMAN, E.; PRAŠKO, J.; DOUBEK, P.; HOVORKA, J. Bipolární porucha a její léčba. 1. vyd. Praha : Maxdorf s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-051-8.
3. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie. 2. vyd. Praha : Tigis, 2004. ISBN 80-9001-307-4.
4. JANOSIKOVÁ, E. H.; DAVIESOVÁ, J. L. Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost. 1. vyd. Martin : Osveta, 1996. ISBN 80-8063-017-8.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jan Kolomazník**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2008**
Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o bipolární afektivní poruše, se kterou bývají pacienti hospitalizováni na psychiatrickém oddělení. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. V první části jsou popsány fáze bipolární afektivní poruchy, etiologie, diagnostika onemocnění, terapie a prevence relapsu.

Do druhé části jsem zařadila dvě kasuistiky pacientů, z nichž jeden byl hospitalizován na oddělení v období pěti měsíců dvakrát, pokaždé s odlišnou epizodou. Na základě kazuistik je vytvořen návrh standardního plánu ošetrovatelské péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

ošetrovatelský proces, bipolární afektivní porucha, mánie, deprese, relaps, psychofarmakologie

ANNOTATION

The bachelor dissertation deals with bipolar affective disorder, patients are hospitalized on a psychiatric unit with. The dissertation is divided into two parts – theoretic and practical. The episodes of bipolar affective disorder, an etiology, the clinical diagnostics of disease, the treatment and a prevention of relapse are described in the first part.

In the second part you can find my two casuistic reports on clients. One of these clients was hospitalized two-times on unit during five months, each of time with different episode. On the basis of the casuistic reports the scheme of standard plan of nursing care is set up.

KEYWORDS

nursing process, bipolar affective disorder, mania, depression, relapse, psychopharmacology

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 16. 04. 2009

Ivana Otteová

Poděkování

Děkuji MUDr. Janu Kolomazníkovi za odborné vedení bakalářské práce a cenné připomínky. Dále děkuji zdravotnickému personálu psychiatrického oddělení Pardubické krajské nemocnice za umožnění sledovat vybrané pacienty a podílet se na jejich ošetřování. Dík patří i klientům, o kterých práce pojednává.

Obsah

Obsah	6
Úvod	8
Cíl práce	9
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Bipolární porucha	9
1.1 Depresivní epizoda	9
1.2 Manická epizoda	10
1.3 Hypomanická epizoda	11
1.4 Smíšená epizoda	11
1.5 Cyklothymie	11
1.6 Rychlé cyklování	11
2 Příčiny vzniku bipolární poruchy	12
3 Diagnostika bipolární poruchy	13
3.1 Bipolární afektivní porucha dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. decenální revize (MKN-10)	14
3.3 Diferenciální diagnostika	15
4 Relaps	16
4.1 Předcházení relapsu	16
4.2 Rizikové chování při relapsu	19
4.2.1 Manická epizoda	19
4.2.2 Deprese	19
5 Bipolární porucha a rodina	21
6 Léčba bipolární poruchy	22
6.1 Farmakologická léčba	22
6.1.1 Stabilizátory nálady	22
6.1.2 Antidepresiva	26
6.1.3 Antipsychotika	27
6.1.4 Hypnotika	27
6.1.5 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)	28
6.2 Psychoterapeutická léčba	29
6.2.1 Interpersonální psychoterapie	29

6.2.2	Rodinná terapie	29
6.2.3	Kognitivní terapie	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST	31
1	Ošetřovatelský proces	31
1.1	Ošetřovatelská anamnéza	31
1.2	Ošetřovatelská diagnóza	32
1.3	Metodika	32
2	Kazuistika č. 1	33
2.1	Ošetřovatelská anamnéza – 1. hospitalizace	34
2.1.1	Posouzení současného stavu potřeb	35
2.1.2	Ošetřovatelské diagnózy – 1.hospitalizace	38
2.1.3	Sebeposuzující dotazník	44
2.2	Ošetřovatelská anamnéza- 2. hospitalizace	47
2.2.1	Posouzení současného stavu potřeb	48
2.2.2	Ošetřovatelské diagnózy – 2.hospitalizace	50
2.1.3	Sebeposuzující dotazník	55
3	Kazuistika číslo 2	56
3.1	Ošetřovatelská anamnéza	57
3.1.1	Posouzení současného stavu potřeb	59
3.1.2	Ošetřovatelské diagnózy	62
3.1.3	Sebeposuzující dotazník	68
	Závěr	69
	Soupis bibliografických citací	71
	Seznam příloh	72

Úvod

V dnešní době se neustále zvyšují nároky na každého jedince. Míra stresujících událostí stoupá, život je hektičtější, a tak si mnohdy člověk jen těžko hledá chvíli jen sám pro sebe či pro pravidelnou relaxaci. Důsledkem pak je, že naše tělo se se stresem neumí vypořádat a začne rezignovat. Právě proto se v populaci zvyšuje počet kardiovaskulárních onemocnění, poruch trávicích traktu, nádorových onemocnění, atd.

Neumíme-li svůj život změnit, zanedlouho se mohou vyskytnout vedle fyzických onemocnění i duševní. Některé duševní poruchy se mohou objevit i bez zevních vlivů, například jen na základě dědičnosti, poruše neurotransmiterů v mozku nebo vlivem chybného výchovného působení během dospívání jedince. Ale i u těchto onemocnění se na jejich vzniku do jisté míry vždy podílí stresový faktor.

Psychické poruchy jsou nepříjemné v tom, že člověk si je převážně nezaviní vlastním přičiněním. Pohled na lidi s duševním onemocněním je přesto velmi negativní a obezřetný. Návštěva psychologa nebo dokonce psychiatra je bráno jako signál, že by před tímto jedincem měla být společnost na pozoru. Není proto výjimkou, že takový člověk pak své problémy před okolím skrývá, nebo se léčit odmítá, aby nebyl poznamenán.

Zároveň se stává, že nemocný člověk pod vlivem své duševní choroby má nedostatečný náhled a odmítá se léčit, neboť se cítí zcela zdravý. Domluva s ním je následně velmi obtížná a právě rodinu čeká nejtěžší úkol – rodinného příslušníka přijmout i s jeho onemocněním a přesvědčit jej o nutnosti léčby.

V psychiatrické ambulanci se můžeme setkat s diagnózou bipolární afektivní porucha. Podpora takto nemocné osoby je pro rodinu často obtížným, celoživotním úsilím, které může být velmi stresující. Fakt, že doma bydlí rodinný příslušník trpící bipolární afektivní poruchou, může mít dopad na pracovní i společenský život rodiny, může vést k finančnímu zatížení rodiny a je emocionálně značně vyčerpávající – zejména, pokud prodělá nemocný recidivu. V rámci partnerského soužití často dochází ke ztrátě důvěry a rozpadu vztahu.

Cíl práce

Cíl práce spočívá v hlubším seznámením s problematikou bipolární afektivní poruchy a následném vypracování ošetrovatelského procesu u klientů trpícím tímto onemocněním. Teoretická část se zabývá epizodami bipolární afektivní poruchy, příčinami vzniku, diagnostice, léčbě a prevenci relapsu onemocnění. V praktické části se věnuji konkrétním ošetrovatelským problémům klientů. Na základě ošetrovatelské diagnózy se pokusím provést plán péče, jeho realizaci a zhodnocení stanovených cílů.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Bipolární porucha

„Bipolární porucha, která byla dříve nazývána jako maniodepresivní psychóza, je biologicky způsobené psychické onemocnění. Je charakterizována výraznými výkyvy nálad, myšlení, tělesné i psychické aktivity a chování. U nemocného se vyskytují období poruchy nálad pod obrazem deprese nebo mánie.“ (1, s.9)

1.1 Depresivní epizoda

Vyznačuje se nejméně dva týdny trvajícím obdobím, ve kterém se u dané osoby vyskytují alespoň dva z hlavních příznaků deprese a jeden z dalších příznaků deprese.

Hlavní příznaky:

- depresivní nálada – přítomna po většinu dne, skoro každý den a trvajících minimálně dva týdny
- ztráta zájmu či potěšení z aktivit, které jsou běžně příjemné
- zvýšená únava, pokles energie

Další příznaky:

- ztráta sebedůvěry či sebeúcty
- pocity nadměrné a bezdůvodné viny, vlastní špatnosti, bezpředmětné výčitky
- opakované myšlenky na smrt, suicidální chování
- nerozhodnost, váhavost, snížená schopnost se soustředit
- změna psychomotorické aktivity se zpomalením
- poruchy spánku, nechutenství nebo naopak zvýšená chuť k jídlu, změna hmotnosti úzkost, pesimismus, bolesti, pocity tíže, sexuální dysfunkce (1, s.9; 2, s.420)

1.2 Manická epizoda

Trvá nejméně týden. Vyznačuje se zvýšenou, expanzivní nebo podrážděnou náladou, která je pro daného jedince zcela neobvyklá. Vede k těžkému narušení každodenních aktivit a musí být přítomny tři či více z následujících příznaků.

- zvýšená aktivita, nadměrná činorodost, tělesný neklid
- zvýšená hovornost (tachylogie)
- trysk myšlenek s obsahovou souvislostí, ale fragmentací, pocit zrychleného toku myšlenek
- euforická, vstřícná nebo zlostná nálada, panovačnost, naléhavost až dotěrnost
- ztráta sociálních zábran, nepřiměřené chování
- snížená spotřeba spánku, nespavost
- zvýšené sebehodnocení až velikášství
- neustálé změny aktivit a plánů, roztržitost
- riskantní a lehkomyšlné chování, které mívá nepříjemné následky pro nemocného i okolí
- zvýšená sexuální aktivita
- bizarní chování a oblékání
- pocity velkoleposti a vznešenosti

Subjektivně může nemocný v manické fázi zažívat euforii, pocity štěstí, zvýšenou energii, což se pro daného jedince může jevit jako příjemné a pozitivní. Naopak jiní pacienti pociťují podrážděnost, vztahovačnost, konfliktnost, pocity vnitřního napětí, neschopnost uvolnit se, a tyto příznaky se pro ně jeví jako nepříjemné, negativní a trýznivé.

Manický pacient se vyznačuje výbušností, požadavky na své okolí, manipulativností a sobeckostí. Dle psychologů však vnitřně pociťuje nejistotu a potřebuje souhlas. Má nižší míru frustrační tolerance a lehce se rozhněvá. Je značně citlivý na odmítnutí, vyžaduje sociální kontakt a pozornost okolí. Zároveň však nebere ohled na potřeby druhých, snaží se ovládnout sociální prostředí. Pro svou nadměrnou energii a snahu reagovat na všechny stimuly se nestará o svou výživu a odpočinek, což by mohlo v krajnosti vést k totálnímu vyčerpání.

(1, s.10; 2, s.443; 3, s.138, s.149)

1.3 Hypomanická epizoda

Jedná se o manickou epizodu s méně vyjádřenými příznaky. Přítomen je vždy příznak hlavní, z dalších znaků se musí vyskytovat nejméně tři.

Hlavní příznak:

- euforická nebo podrážděná nálada, která trvá nejméně čtyři dny po sobě

Další příznaky:

- zvýšená aktivita, tělesný neklid
- zvýšená hovornost
- narušená koncentrace, roztržitost
- snížená potřeba spánku
- zvýšená sexuální aktivita
- lehkomyšlné nebo nezodpovědné chování
- zvýšená sociabilita, familiárnost

(I, s.10, s.11)

1.4 Smíšená epizoda

U této epizody jsou přítomny depresivní, hypomanické nebo manické příznaky, které se mohou i rychle střídat. Znaky musí být výrazné během období alespoň dvou týdnů.

(I, s.10)

1.5 Cyklothymie

Je charakterizována méně vyjádřenou poruchou nálady, která trvá nejméně dva roky a je nestabilní. V různých obdobích jsou depresivní a hypomanické příznaky ne zcela vyjádřené.

(I, s.10)

1.6 Rychlé cyklování

U nemocného se projeví epizody bipolární poruchy s vysokou frekvencí, tedy více než čtyři v jednom roce. Léčba a stabilizace je mnohem obtížnější než u pacientů s nižší frekvencí epizody. U některých pacientů může docházet k výrazným výkyvům nálady během 24 hodin, mluvíme pak o ultrarychlém cyklování epizod. (I, s.10)

2 Příčiny vzniku bipolární poruchy

Přestože přesný mechanismus vzniku nemoci není dosud znám, předpokládá se, že je způsobena nerovnováhou neurotransmitérů v mozku, jedná se o hlavně o serotonin, noradrenalin, dopamin, glutamát a kyselinu gamaaminomáselnou. Jedná se tedy o biologicky způsobenou nemoc. Roli však hrají i vlivy genetické, biochemické, hormonální a vlivy prostředí, které ovlivňují propuknutí, projevy a průběh choroby.

Dědičnost se pohybuje kolem pěti procent, trpěl-li nemocí jeden z rodičů. Pokud bipolární poruchou byli stíženi rodiče oba, pravděpodobnost je asi 30%.

Pro vznik epizody bipolární poruchy je pravděpodobně nutná vrozená dispozice a aktuální stres. Pokud jsou vrozené dispozice výrazné, postačí i nepatrná dávka stresu, aby se nemoc projevila.

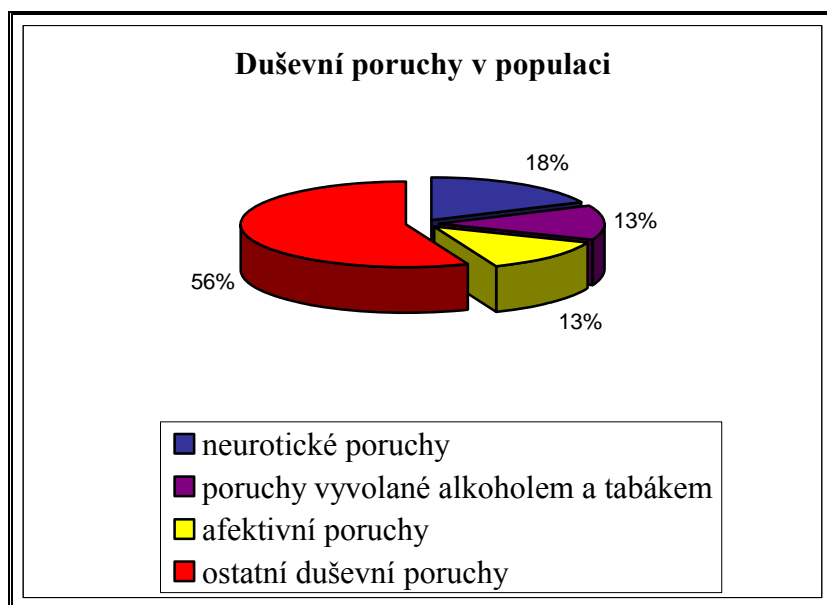
Mezi typické stresory patří:

- mimořádné negativní životní události
- mimořádné pozitivní životní události
- abusus alkoholu a drog
- spánková deprivace
- problémy ve vztazích a rodině

První epizoda se může projevit v kterémkoli životním období, obvykle se však objeví v brzkém věku, již mezi 15.až 25.rokem života. První příznaky ale můžeme nalézt už u dětí, nejčastěji pod obrazem zvýšené dráždivosti, výchovných problémů, úzkostných stavů, kolísání nálady, výbuchů vzteku.) (I, s.12, s.13, s.18)

3 Diagnostika bipolární poruchy

V rámci celorepublikového výskytu se u 2,75 milionu osob celoživotně vyskytují psychické poruchy (do této statistiky jsou zahrnuty i závislosti na tabáku). V rámci ambulantní péče se v běžné populaci se nejvíce objevují neurotické poruchy. Stejnou častotou výskytu jako u závislostí na tabáku a alkoholu mají afektivní poruchy, kterých je 13 procent. (4, s.13)



Obr. 1 Graf výskytu duševních poruch v populaci

Baudiš, P. *Psychiatrie v číslech*. s.13

Správná a včasná diagnostika bipolární poruchy patří v psychiatrii k těm nejobtížnějším. Depresivní epizody se vyskytují třikrát častěji než manické. Herman a kol. udává, že až u 34% pacientů trvá déle než deset let diagnostikovat bipolární poruchu, neboť mnohdy dochází ke stanovení chybné diagnózy.

K orientačnímu zjištění, zda nemocný trpí depresí či hypo/mánií během bipolární poruchy, se užívají sebesposuzující dotazníky. (viz. Příloha A, B) Pro pravděpodobnou přítomnost bipolární poruchy je nutné sedm a více kladně zodpovězených otázek.

K monitoraci dlouhodobé a profylaktické léčbě bipolární poruchy je pro pacienty významnou pomůckou deník nálady (viz. Příloha C), ve němž nemocný každý den zaznamenává užitou medikaci, prodělanou psychoterapii, počet hodin spánku, závažné životní události, podrážděnost, úzkost, nejlepší a nejhorší náladu tohoto dne. Ženy si pak v něm dále vyznačí dny menstruačního období kroužkem. Na konci měsíce se zapisuje hmotnost.

(1, s.13; 5, s.13, s.17)

3.1 Bipolární afektivní porucha dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. decenální revize (MKN-10)

Bipolární afektivní porucha F31

V rámci bipolární afektivní poruchy rozlišuje Mezinárodní klasifikace nemocí další kategorie. Liší se dle typu epizody, míry vyjádření příznaků a přítomnosti psychotických příznaků.

- Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická (F31.0)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických příznaků (F31.1)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými příznaky (F31.2)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké nebo mírné deprese (F31.3)
 - Bez somatických příznaků (F31.30)
 - Se somatickými příznaky (F31.31)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké deprese bez psychotických příznaků (F31.4)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké deprese s psychotickými příznaky (F31.5)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená (F31.6)
- Bipolární afektivní porucha, současně v remisi (F31.7)
- Jiné bipolární afektivní poruchy (F31.8)
- Bipolární afektivní porucha nspecifikovaná (F31.9)

(2, s.448)

3.3 Diferenciální diagnostika

Někdy dochází k chybnému diagnostikování bipolární poruchy, proto je nutné pamatovat na celou řadu dalších nemocí, které mohou být právě s bipolární poruchou snadno zaměnitelné.

1. Periodická depresivní porucha

Tato diagnóza se chybně stanovuje nejčastěji, neboť dochází k nedostatečnému věnování pozornosti manickým a hypomanickým příznakům. Periodická depresivní porucha, jak už název naznačuje, se projevuje opakujícími se epizodami deprese bez přítomnosti mánie či hypománie. Jestliže je indikována antidepresivní léčba bez podání stabilizátorů nálady, může vést u pacientů s bipolární poruchou ke zhoršení průběhu jejich nemoci nebo k provokaci hypomanických nebo manických epizod.

2. Emočně nestabilní porucha osobnosti

U emočně nestabilní neboli hraniční poruchy osobnosti se objevují příznaky lability nálady. Pacienti s tímto typem poruchy osobnosti mají jiné příznaky i průběh nemoci oproti pacientům s bipolární poruchou a celková léčba se tedy liší.

3. Závislost na návykových látkách

Pacienti trpící bipolární poruchou mohou být někdy diagnostikováni jako osoby, které užívají alkohol, některá psychofarmaka či nelegální drogy. Je však pravdou, že nemocní s bipolární poruchou často návykové látky zneužívají. Jde hlavně o epizodický nárazový abusus. Při správné diagnostice a léčbě může tak snadno dojít k vymizení návyku.

4. Schizofrenie

U pacientů při závažné epizodě bipolární poruchy se mohou objevit i příznaky, které jsou společné se symptomy schizofrenie, a to halucinace, bludy či vztahovačnost. Mimo období nejzávažnějších epizod však tyto příznaky nevykazují.

5. Úzkostné poruchy

U nemocných trpící bipolární poruchou se může objevit spolu s poruchou nálady také úzkost. (I, s.14, s.15)

4 Relaps

„Relaps je návrat akutních příznaků epizody bipolární poruchy, tedy těch potíží, které již byly jakoby vyléčené.“ (I, s.21)

Herman uvádí, že dle statistik má bipolární porucha vysokou frekvenci relapsů. Nová fáze nemoci postihne přibližně 60 – 80 % pacientů během prvního roku po odléčení epizody bipolární poruchy, pokud neužívají preventivně léky. Při pravidelném užívání přiměřené medikace lze snížit riziko vzniku další epizody v prvním roce o 10-15%, pokud je navíc nemocný pozorně sledován, je možné se dalšímu relapsu téměř zcela vyhnout. K opětovnému propuknutí choroby dojde, pokud pacient přestane léky užívat bez vědomí lékaře.

Většinu relapsů předchází rozvoj řady varovných příznaků, proto je velmi důležité jim věnovat pozornost. Rozvoj relapsu tak může být včas ovlivněn např. zvýšením dávky léku. (I, s.21)

4.1 Předcházení relapsu

Po odléčení příznaků mánie a deprese dochází ke stadiu **stabilizace**, jež nastává obvykle do šesti měsíců od počátku léčby. Člověk je v tomto období bez větších potíží, navrácí se do původního života a snaží se zapomenout na prodělané obtíže během nemoci.

To, co však přetrvává, je **vulnerabilita** neboli zranitelnost. *„Slovem vulnerabilita označujeme jakousi biologicky podmíněnou zranitelnost nervového systému, která bohužel otevírá možnost reagovat mánií nebo depresí na vnější zátěž.“ (I, s.22)* Po odléčení příznaků tedy zranitelnost přetrvává a stačí i malá zátěž, aby člověk znovu onemocněl. Naštěstí vulnerabilita není neměnná a je možno ji ovlivnit. Je závislá na čase, čím méně prodělal nemocný v minulosti fází a čím delší doba uplynula od poslední z nich, tím dříve dojde ke zlepšení psychického stavu a snížení zranitelnosti. Naopak vyskytlo-li se u nemocného více epizod a uplynula od poslední z nich kratší doba, tím je vulnerabilita vyšší a je vyšší riziko relapsu. (I, s.21, s.22)

Doporučované strategie, jež slouží k prevenci relapsu:

1. Snížení zranitelnosti

Tu je třeba snížit především pravidelným užíváním medikace, která snižuje riziko výskytu relapsu. Pacientům musí lékař vysvětlit, že je nutné ji užívat i v době, kdy nemají žádné potíže.

„U pacientů, kteří prodělali první epizodu bipolární poruchy, doporučujeme užívat léky po dobu 1 až 1,5 roku, po prodělané druhé epizodě se doba prodlužuje na 3 roky a v případě, že pacient prodělal 3 a více epizod, je vhodné léky užívat dlouhodobě, často trvale.“ (1, s.23)

Odolnost je také možné zvyšovat skupinovou nebo individuální psychoterapií, rodinnou terapií, rehabilitací, prací v chráněných dílnách a dalšími psychosociálními opatřeními. (1, s.22, s.23)

2. Snížení negativního vlivu okolí

Pro vznik eventuálního relapsu je důležité rozpoznat rizikové faktory, kterým by se nemocný měl snažit vyhýbat. Mezi rizikové faktory patří:

- stresující životní události
- abusus alkoholu a drog
- spánková deprivace
- problémy ve vztazích a rodině
- chaotický životní styl
- časté stěhování se, časté změny zaměstnání, nezakotvení ve společnosti
- střídání známostí
- nedůslednost v braní léků
- náhlé přerušování užívání léků, časté vynechání dávek

Mezi rizikové faktory pak dále Herman řadí **míru vyjadřování emocí** (expressed emotion), která je považována za měřítko zapojení a postoje rodiny. Rozumí se jí intenzita, s jakou příbuzní dávají navenek najevo, co cítí, co se v nich odehrává. Silné vyjadřování má negativní vliv na léčbu. Mimo jiné, vysoká míra vyjadřování se kombinuje s dalšími rysy komunikace, které mohou zhoršovat průběh terapie a zvyšují tím riziko vzniku relapsu, jako je trvalé kritizování či nevhodná a přehnaná péče o nemocného (hyperprotektivita). Pokud rodina trpí nadměrnou mírou vyjadřování emocí, je dobré se mu odnaučit, přestože to může být komplikované. Bývá totiž těžké najít optimální úroveň starostlivosti, zvláště, jestliže nemocný v některých fázích své nemoci právě dává důvod pro starostlivost, kritiku a nespokojenost ze strany svých nejbližších.

Řada faktorů však podporuje udržení zdraví:

- stabilní životní situace
- přátelství a pevné sociální zakotvení
- bezpečné a strukturované prostředí

- blízkost někoho, s kým je možné mluvit o zážitcích a pocitech
- vědomí účelnosti nebo směru vlastního života
- koníčky
- příležitosti v zaměstnání
- možnost zábavy a rozptýlení
- porozumění ostatních okolo tomu, co se stalo
- dobrá fyzická kondice
- medikamentózní léčba bez výrazných nežádoucích účinků
- realistické očekávání a střízlivé naděje do budoucna
- pravidelnost, denní řád, životospráva
- vyplňování deníku nálady, sledování varovných příznaků

Nemocný by si však měl hlavně vědom, kam patří, kdo ho má rád a koho má rád naopak on, měl by mít nějaké zaměstnání, zájmy, program dne, aby měl pocit, že život má smysl. Nejasnost, nestrukturovanost a prázdnota života mohou psychiku nemocného značně zhoršovat. (1, s.23-25)

3. Rozpoznání počínajícího relapsu

Před počátkem relapsu se může objevit řada varovných příznaků, které jsou individuální. Jejich včasné rozeznání může zabránit vzniku počínajícího relapsu. Proto je důležité informovat příbuzné, aby o nich věděli a byli schopni je včas rozpoznat. Během remise je dobré, když rodina s nemocným spolu s lékařem si sestaví seznam individuálních varovných příznaků, které nemoci předcházeli. Včasné zvýšením dávky léků mnohdy relapsu může zabránit a zkrátí nutnou léčbu.

I přesto někdy může dojít k opětovnému rozvoji nemoci. V tomto případě by měl nemocný či rodina ihned informovat lékaře. Vhodné je i zmírnit stresory v prostředí (například zrušit rizikové činnosti jako je stěhování, nástup do nové práce, atp.). Stává se, že stadium relapsu dojde již tak daleko, kdy nemocný ztrácí náhled na svou chorobu, dochází k poruše kontaktu s realitou. V takovém případě čeká rodinu nelehký úkol, musí přesvědčit nemocného k návštěvě lékaře, případně zorganizovat převoz k hospitalizaci. (1, s.25, s.26)

4.2 Rizikové chování při relapsu

4.2.1 Manická epizoda

Finance

Pro osoby v manické epizodě bývá obtížné zacházet rozumně s penězi. V tomto období přeceňují své schopnosti a podceňují rizika. Jsou přesvědčeni, že přišli na způsob, jak rychle zbohatnout. Mají nutkání nakupovat množství nepotřebných a drahých věcí na dluh. Jeho blízcí pak často s těmito rozhodnutími nesouhlasí a nemocný má následně pocit, že mu kazí radost ze života a neustále jej kritizují.

Řízení motorového vozidla

V období mánie by se osoby měly vyvarovat řízení vozidla. Jejich jízda bývá často nebezpečná, nezodpovědná a příliš rychlá.

Závažná životní rozhodnutí

V manické epizodě by nemocný neměl provádět žádné životní rozhodnutí. Pokud je v roli zaměstnance, není vhodné se svým nadřízeným probírat pracovní povinnosti či finanční ohodnocení. V roli zaměstnavatele by pak neměl provádět zásadní restrukturalizaci firmy, najímat nebo propouštět klíčové zaměstnance. V oblasti osobního života by se neměl zasnubovat, ženit, rozcházet se či rozvádět se, kupovat nebo prodávat dům, atd.

Sexualita

Jeden z hlavních příznaků manické epizody je zvýšené sexuální puzení. Může se ale také projevit navazováním rizikových vztahů, jako je například návštěva veřejných domů, navazování kontaktu s rizikovými osobami (prostitutky, drogově závislí) nebo navazování takových vztahů, které jsou zcela ničivé pro vztahy s přáteli či manželské a partnerské vztahy. Zcela vyvarovat by se člověk měl požívání alkoholu a drog, které ho učiní méně kritickým ke svému jednání. (*I*, s.32-34)

4.2.2 Deprese

Abusus alkoholu a drog

Abusus návykových látek zpravidla onemocnění zhoršuje a vede k dalším zdravotním či sociálním problémům. Alkohol může krátkodobě snížit úzkost a smutek, ale dlouhodobě tyto pocity naopak zhoršuje, vede k depresím a snižuje účinek medikace. (*I*, s.72)

Suicidální chování

V období deprese je zvláště zvýšené riziko sebevražedného jednání a úvah (může se však objevit i ve fázi mánie). Bývá výsledkem dlouhodobého plánování nebo i impulzivního jednání. Zabránit již rozhodnutému člověku v sebevraždě je velmi obtížné a ne vždy se to podaří. Většinou se tyto tendence projeví varovnými příznaky, jako je izolovanost, pocity beznaděje, projasněním nálady, která dříve byla depresivní, náhlá ztráta motivace, nesdílnost, rozdávání osobních věcí, usmiřování problematických vztahů, sepsání závěti, verbální narážky na smrt a přání zemřít.

V období hluboké deprese může člověku chybět energie nebo dostatek motivace pro uskutečnění plánované sebevraždy. Proto je riziko aktuální, jestliže je deprese na ústupu. Pacient pociťuje více energie a nezkušené členové ošetrovatelského týmu mohou být v této fázi méně ostražití. Je proto důležité, aby se členové personálu pacientům dostatečně věnovali, byli trpěliví a dosáhli spolupráce pacienta na terapii. (3, s.147, s.148)

„Pacienti trpící bipolární poruchou trpí často pocity bezvýchodnosti, jsou přesvědčeni, že nic v jejich životě se nezlepší a utrpení bude trvat věčně. V této situaci hledají únik z trýznivých pocitů „psychické bolesti“. Motivace uniknout z neúnosných příznaků bývá častěji motivace k sebevraždě než prostá touha zemřít. Úmrtí, v této situaci úmrtí sebevraždou, se zdá být nemocnému jediným východiskem z jeho životní situace.“ (1, s.46)

5 Bipolární porucha a rodina

Bipolární porucha většinou zásadně ovlivní život rodiny i nemocného. Při chronických stavech onemocnění nejsou tito lidé schopni plnohodnotně se zapojit do společnosti a jsou odkázáni na odbornou pomoc. Jak již bylo zmíněno, při spolupráci s psychiatrem mohou být minimalizovány celkové dopady nemoci. Rodina si však musí uvědomit, že se mnohdy jedná o léčbu dlouhodobou. Důslednost je pak v léčbě choroby zásadní podmínkou.

Sám fakt, že někdo v rodině onemocněl duševní chorobou, bývá pro všechny členy hodně zatěžující. Spolu s nemocným prožívají fáze přijetí nemoci.

1. Popření nemoci

Nastupuje po oznámení diagnózy lékařem. Projevuje se úvahami o možném diagnostickém omylu nebo nabytím jistoty o krátkém a mírném průběhu nemoci.

2. Pocity viny

Vyrovnaní se skutečností bývá velmi obtížné, a proto se snaží rodina najít viníka. Mohou ze vzniku vinit nemocného, že např. ponocoval a málo jedl, anebo sebe, že se mu nedostatečně věnovali. Odrazem rozporuplnosti jsou pak postoje k pacientovi, kterého odmítají nebo naopak přehnaně opečovávají.

3. Zármutek

Pocit viny následně vystřídá zármutek. Doléhá na ně tragédie, jež nemocného potkala. V této fázi se objevuje kritika pacienta za to, co podnikl v období své choroby (nevěra, utrácení peněz,...), přestože to bylo zřetelně chorobně motivováno.

4. Přijetí nemoci

Doba, než rodina přijme nemocného i s jeho nemocí, bývá rozdílně dlouhá. Časem se naučí rozpoznávat varovné příznaky a komunikovat se svým blízkým. Vhodná je spolupráce s psychiatrem při projevech symptomů. V rámci komunikace v rámci rodiny se doporučuje pomoc psychoterapeuta. Rozhodně je důležité nevzdávat se svých zájmů a společenských kontaktů.

Z důvodu toho, že člověk v manické nebo hypomanické fázi bývá méně kritický, doporučuje se předem uzavřít mezi důvěrnou osobou a nemocným tzv. smlouvu. V ní je vyjmenován sled kroků, kdy nemocný nemá situaci sám pod kontrolou, a předem tak postupuje právo rozhodnout někomu jinému a zavazuje se spolupracovat. (viz. Příloha D)
(1, s.74, s.75; 6, s.62; 3, s.139)

6 Léčba bipolární poruchy

6.1 Farmakologická léčba

Léčbu bipolární poruchy dělíme do tří fází:

1. Akutní fáze léčby (trvá asi 2 měsíce od počátku terapie)
 - léčba příznaků akutní epizody
 - co nejdříve nasadit stabilizátor nálady
2. Udržovací léčba (trvání do 1 roku)
 - zabránit přímému relapsu poruchy nálady stejné polaroty nebo přesmyku do opačné polaroty
 - stabilizátor nálady podávat nejméně 6-9 měsíců
3. Profylaktická léčba (déle než jeden rok od začátku terapie)
 - podávat celoživotně stabilizátor nálady, pokud je to indikováno
 - zabránit rekurenci poruchy nálady
 - terapie subsydromálních projevů poruchy nálady (5, s.18)

6.1.1 Stabilizátory nálady

Starší název pro stabilizátory nálady je thymoprofylaktika. Jako základ farmakologické terapie bipolární poruchy jsou léky, které snižují výkyvy nálady, zlepšují její stabilitu a slouží také k prevenci vzniku další epizody. Podávání léků bývá dlouhodobé a měly by se podávat ve všech stádiích léčby. Ideální stabilizátor by měl léčit manickou i depresivní epizodu, jeho podávání by nemělo vést k přesmyku do opačné polaroty a díky dlouhodobému podávání by se měla minimalizovat pravděpodobnost vzniku nové epizody. V tomto rozsahu však dosud ideální stabilizátor není k dispozici. Mezi thymoprofylaktika se v současné době řadí lithium, valproát, karbamazepin, lamotrigin a olanzapin.

Po dobu jednotlivých epizod se zpravidla současně užívají antidepresiva či antimanika (viz.dále). (1, s.53)

Lithium

K terapii akutní bipolární poruchy se lithium používá již přes 50 let. Je nejlépe ověřeným stabilizátorem nálady a má výrazné antimanické účinky, které jsou silnější než antidepresivní. Rovněž u něj bylo prokázáno snížení rizika suicidálního chování. Při podávání lithia je důležitý dostatečný přísun tekutin.

Jeho dávka je 0,5 - 1,0mmol/l v krevním séru, pacientů manických až 1,2mmol/l. Denní dávka se tedy pohybuje mezi 600 až 1200mg denně. Hladina lithia se musí pravidelně sledovat (minimálně jednou za šest měsíců u stabilizovaných pacientů). Při hladinách nad 2,5mmol/l se mohou objevit závažné komplikace, např.neurologické (křeče, kóma), kardiální arytmie. Jediná účinná léčba snížení nadbytku vstřebaného lithia je hemodialýza. Důležité je také sledování funkce ledvin a štítné žlázy alespoň jednou ročně. Až u 75% pacientů léčených lithiem se objeví vedlejší účinky, které jsou obvykle mírné a mohou být dále zmírněny nebo odstraněny snížením dávky či změnou dávkovacího schématu.

Pokud se lithium podává v průběhu těhotenství, nastává zvýšené riziko pro vznik vrozených vývojových vad u plodu, a proto je většinou podávání lithia během gravidity kontraindikované. Zároveň se mohou objevit i vysoké koncentrace lithia v mateřském mléce během kojení, což je důvod, proč se kojení pečlivě zvažuje.

Vedlejší účinky:

- zvýšení hmotnosti
- kognitivní problémy (zhoršení paměti, koncentrace, zmatenost, zpomalení myšlení)
- tělesné problémy (třes, sedace, letargie, zhoršená koordinace pohybů)
- gastrointestinální problémy (nevolnost, zvracení, dyspepsie, průjmy)
- kardiovaskulární poruchy (změny depolarizační fáze myokardu viditelné na EKG, převodní kardiální poruchy, arytmie)
- poruchy ledvin (ztráta koncentrační schopnosti ledvin, polyurie, diabetes insipidus, morfologické změny na ledvinách po více než 10 letech užívání – většinou pod obrazem intersticiální fibrózy, tubulární atrofie, glomerulární sklerózy)
- hypotyreóza (dojde-li k hypotyreóze, zvyšuje se u pacientů riziko vzniku depresivní epizody nebo rychlého cyklování epizod)
- další vedlejší účinky (vypadávání vlasů, benigní leukocytóza, akné, otoky, psoriáza) (1, s.53, s.54; 5, s.19-23)

Valproát

Přestože valproát patří mezi antiepileptika, používá se zároveň jako stabilizátor nálady. V léčbě depresivních epizod u bipolární poruchy má větší účinnost než lithium. Pro dosažení terapeutické dávky by hladina v séru měla být 50 – 125 mikrogramů na milimetr, což je 500 až 2000 mg valproátu denně. Během léčby co 6 měsíců je nutné kontrolovat jaterní testy a stanovovat hematologické hodnoty.

Vedlejší účinky:

- gastrointestinální obtíže (nechutenství, nevolnost, dyspepsie, zvracení, průjem)
- pocit útlumu
- vypadávání vlasů, zvýšení chuti k jídlu a zvýšení hmotnosti
- zvýšení hladin jaterních enzymů, hepatotoxicita (u pacientů, kteří před podáváním valproátu měli chorobu jater), snížení počtu trombocytů
- osteoporóza
- vznik cyst na vaječnicích

Zřídka dochází k nechtěnému předávkování, které se projevuje somnolencí, srdečními bloky a kómatem. Může dojít i ke smrti. Předávkování se stejně jako u lithia léčí hemodialýzou.

Léčba valproátem během těhotenství je většinou kontraindikována z důvodu rizika výskytu vrozených vad, kojení je povoleno. (1, s.55; 5, s.24-26)

Karbamazepin

Patří také do antiepileptik 2.generace. Používá se především k léčbě akutní manické fáze. Terapeutická dávka v krevním séru je 4 – 12 mikrogramů na milimetr, což je asi 200 -1500 mg karbamazepinu denně. Dávka by se postupně měla zvyšovat do doby pozitivní reakce nebo objevení vedlejších příznaků. Před jeho podáváním je doporučeno pátrat po jaterních chorobách a poruchách krevtvorby. Doporučuje se vyšetřit krevní obraz s diferenciálním rozpočtem a počtem trombocytů, jaterní funkce, funkce ledvin a vyšetření mineralogramu v séru.

Vedlejší účinky:

- neurologické příznaky (diplopie, rozmlžené vidění, únavnost, nevolnost, ataxie)
- kožní vyrážka, snížení počtu bílých krvinek, trombocytopenie, hyponatremie, hypoosmolalita
- zvýšení hladin jaterních enzymů

- zvýšení hmotnosti

Akutní intoxikace (požití více jak 6 gramů karbamazepinu) se projevuje nystagmem, oftalmoplegií, cerebrálními a extrapyramidovými příznaky, křečemi, respiračním selháním, tachykardií, arytmií, hypotenzí, podrážděností, stuporem, kómatem a může končit smrtí. Léčba se provádí symptomatologickou léčbou, výplachem žaludku a hemoperfuzí.

Terapie karbamazepinem je v graviditě kontraindikována, kojení je povoleno.

(1, s.55, s.56; 5, s.27-29)

Lamotrigin

Je řazeno mezi antiepileptika 3.generace. Má ze všech stabilizátorů nálady největší antidepresivní účinek, aniž by docházelo k přesmykům do manické fáze. Denní dávka se pohybuje kolem 200mg. Nezbytné je postupné zvyšování dávky, aby nedošlo k nežádoucím účinkům. Je možné jej podávat během těhotenství i kojení.

Vedlejší účinky:

- ospalost, rozmlžené vidění, bolesti hlavy, nevolnost, kožní reakce

(1, s.56; 5, s.30)

Olanzapin

Olanzapin se kromě stabilizátorů nálady také řadí mezi atypická psychotika. Denní dávkování je v rozmezí mezi 5 až 20 mg denně. Při dlouhodobém užívání může docházet k poruchám metabolismu tuků, cholesterolu a glukózy, což může vyústit až v diabetes mellitus.

Vedlejší účinky:

- sucho v ústech, zvýšená chuť k jídlu, zvýšení hmotnosti, zácpa
- ortostatická hypotenze, tachykardie, synkopa
- únavnost, ospalost
- třes, zvýšení svalového napětí, mimovolní pohyby svalových skupin

(1, s.57; 5, s.30-32)

6.1.2 Antidepresiva

U pacientů s bipolární poruchou se užívají k léčbě depresivních příznaků. Dle toho, jak působí na různé neurotransmitterové systémy, je dělíme do několika skupin.

Antidepresiva I. a II. generace

Mezi antidepresiva I. a II. generace patří amitriptylin, imipramin, klomipramin, dosulepin, maprotilin a mianserin. Patří mezi nejstarší antidepresiva a jsou spojeny s celou řadou vedlejších příznaků. Jejich nevýhodou je pak častý výskyt přesmyku do hypomanické či manické fáze. Dávkování je u každého léku odlišné. Předávkování může končit letálně.

Vedlejší příznaky:

- suchost v ústech, ospalost, rozmlžené vidění, zácpa
- hypotenze, tachykardie, negativní vliv na srdeční funkce
- sexuální dysfunkce, zvýšení hmotnosti (1, s.57)

SSRI antidepresiva

SSRI (= selective serotonin reuptake inhibitor) jsou léky, jenž snižují zpětné vychytávání serotoninu do nervových zakončení mozku. V dnešní době patří mezi léky první volby, neboť oproti antidepresivům I. a II. generace mají méně vedlejších účinků a nedochází u nich tak často k přesmyku do opačné polarity. Patří mezi ně fluoxetin, sertralin, citalopram, escitalopram, paroxetin a fluvoxamin. Mezi rizikové faktory se však řadí možnost vzniku serotoninového syndromu, který se projevuje nervozitou, pocením, průjmem, třesem, zimnicí, svalovými záškuby, křečemi, zmateností a poruchou vědomí.

Vedlejší účinky:

- nevolnost, bolesti hlavy, nervozita, porucha spánku
- pocení, neklid, narušení sexuálních funkcí (1, s.58)

Antidepresiva IV.generace

Působí na různé neurotransmitéry mozku. Vedlejší účinky se liší dle preparátů. Mezi zástupce se řadí bupropion, venlafaxin, milnacipran, mirtazapin a reboxetin. (1, s.58)

Antidepresiva typu IMAO (inhibitory monoaminoxidázy)

Na českém trhu je dosud pouze moclobemid. (1, s.58)

6.1.3 Antipsychotika

Nezastupitelné místo v terapii mánické epizody mají i antipsychotika (dříve neuroleptika), které působí na neurotransmitér dopamin. Mezi klasickými neuroleptiky se používají především haloperidol, levomepromazin, flupenthixol a zuclopenthixol. Mezi atypické antipsychotika pak řadíme olanzapin, ziprasidon, klozapin, risperidon, quetiapin a amilsulpirid. U atypických antipsychotik je výskyt vedlejších příznaků méně častý. Dávkování se liší podle typu podávaného preparátu.

Vedlejší účinky:

- extrapyramidové příznaky (tremor, ztuhlost končetin, zpomalení pohybů, mimovolní pohyby, neklid, časná a pozdní extrapyramidové příznaky)
- zvyšování hmotnosti, sekrece z mléčných žláz vlivem zvýšení hladiny prolaktinu, poruchy menstruačního cyklu, porucha sexuální funkce, osteoporóza
- únava, útlum, hypotenze, závratě, tachykardie, kožní vyrážka

(I, s.59-60)

6.1.4 Hypnotika

Bipolární poruchu ve všech svých epizodách často provází nespavost. Proto se k léčbě nespavosti užívají hypnotika. Usnadňují usínání a prodlužují dobu spánku. Ze skupiny benzodiazepinů se podává midazolam a flunitrazepam. Jejich velkou nevýhodou je riziko rozvoje závislosti. Vhodnější jsou však hypnotika III. generace, mezi něž řadíme zolpidem a zopiclon.

Vedlejší účinky:

- závratě, bolesti hlavy, slabost, nevolnost
- útlum v průběhu dne (I, s.60)

6.1.5 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

ECT je metoda, která se užívá k terapii těžkých či rezistentních depresivních epizod bipolární poruchy, zvláště jsou-li provázeny sebevražednými myšlenkami. Principem metody je krátký průchod elektrického proudu mozkem, jenž vyvolá krátký epileptický záchvat provázený svalovými křečemi. Elektrický výboj se aplikuje pomocí elektrod, jež jsou přiloženy nejčastěji do oblasti spánků. ECT se provádí za přítomnosti anesteziologa, který aplikuje pacientovi krátkodobě působící anestetikum a myorelaxanc. Je indikována v sérii minimálně 4 až 6krát, maximálně ve většině případů 15krát. Před započítím terapie je indikováno interní a neurologické vyšetření, vyšetření očního pozadí a EEG. ECT má totiž řadu absolutních kontraindikací, jako je např.intrakraniální hypertenze, mozkový nádor, cerebrální nebo aortální aneurysma, stav po krvácení do mozku, nedávno prodělaný infarkt myokardu, odchlípení sítnice, zvýšené anesteziologické riziko a feochromocytom.

Vedlejší účinky:

- přechodné poruchy paměti
- bolesti svalů, dočasné srdeční arytmie, dočasná zmatenost

(1, s.61,s.62; 7, s.463)

6.2 Psychoterapeutická léčba

Nezbytnou součástí léčby bipolární poruchy je psychoterapie. Jak již bylo dříve zmíněno, pacienti jsou trvale ohroženi vulnerabilitou vůči vzniku dalších epizod. Zároveň je může zatěžovat řada omezujících vedlejších účinků léků, které jsou však nezbytné pro zabránění vzniku relapsu. Proto je nezbytné, aby si pacient uvědomil, že trpí závažnou, potencionálně chronickou psychickou poruchou. Psychoterapie pomáhá nemocnému obnovit přirozenou sebedůvěru i důvěru ve svět kolem, vyrovnat se s problémem stigmatizace, řešit obtíže v mezilidských vztazích a překonat současné životní problémy.

Moderní psychoterapeutické přístupy jsou založeny na kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapie se především zabývá zlepšením rodinného prostředí, rekonstruuje dysfunkční kognitivní procesy a vede nemocného k dodržování denního režimu, jenž je zaplněn různými aktivitami.

V léčbě akutní mánie nejsou psychoterapeutické postupy příliš účinné. Přesto ale jedno z nejdůležitějších využití je přesvědčení nemocného k léčbě a spolupráci, není-li indikována nedobrovolná hospitalizace. (*1*, s.65; *5*, s.51)

6.2.1 Interpersonální psychoterapie

Zabývá se zejména současnými interpersonálními vztahy jako zdroji potíží klienta. Vede nemocného k pochopení vlivu jeho nemoci na interpersonální vztahy a k poznání, jak se na problémových vztazích podílí svým jednáním a reakcemi. Současně tato metoda věnuje pozornost i tomu, z čeho nevhodné reakce ve vztazích vyplývají a jak k nim přispívají nevhodně zpracované zážitky z minulosti. Terapeut využívá přenosu. Při přenosu totiž člověk nereaguje na skutečnou osobu či její chování, ale na to, co si do této osoby promítá ze svých vztahů a zážitků z minulosti. Terapeut se touto metodou snaží docílit snížení interpersonálního stresu. (*1*, s.65-67; *5*, s.51-56; *8*, s.202-204)

6.2.2 Rodinná terapie

Terapie zaměřená na rodinu se zabývá psychoeducací, nácvikem komunikačních dovedností a nácvikem řešení problémů po dosažení remise. Snaží se o správné vyjadřování pocitů v rámci rodiny, neboť je pro nemocného velmi důležité příznivé prostředí bez prudkých emocí.

Rodinný terapeut se vyznačuje systémovým myšlením. Může pracovat s jedním nebo více členy rodiny, vždy ale vidí jedince jako součást systému, rodiny. Léčebný zásah se tak zaměřuje na pozměnění rovnováhy a interakcí v rodině. (1, s.65-67; 5, s.51-56; 8

6.2.3 Kognitivní terapie

Kognitivní terapie vychází z teorie osobnosti, která se vyvíjí na základě osobních zkušeností a identifikace s významnými osobami v životě jedince (v rámci rodiny). Osobnost se tvoří pomocí schémat, které se skládají ze základních přesvědčení. Schémata mohou být adaptivní nebo dysfunkční. Pesimistické dysfunkční myšlení ovlivňuje náladu, motivaci, vztahy k druhým a vede k depresi. Vzniklé negativní myšlenky jsou nazývány jako automatické myšlenky. Terapeut v rámci léčby učí automatické myšlenky pacienta poznávat a podrobit je logické kritice. V rámci kognitivně behaviorální léčby učí pacienta depresivní myšlenky překonávat tvorbou písemného denního programu, který je přizpůsoben možnostem pacienta. Terapie se zaměřuje na přítomnost, konkrétní problémy a vedení pacienta k soběstačnosti tím, že procvičuje získané dovednosti, učí zvládat situace a zvyšuje sebevědomí klienta. (1, s.65-67; 5, s.51-56; 8, s.70-74, s.202-204, s.254)

II PRAKTICKÁ ČÁST

1 Ošetřovatelský proces

„Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, ke stanovení ošetřovatelských problémů, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetřovatelské péče.“ (11, s.12)

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti fází (zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení). V první fázi dochází ke sběru dat, informací, rozpoznání biologických, psychologických, sociálních, duchovních, kulturních potřeb a problémů klienta. Následuje stanovení cílů a plánů, realizace stanovených cílů a hodnocení úspěšnosti sestrou ve spolupráci s klientem.

1.1 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza je založena na sběru dat a informací, které mohou být subjektivní nebo objektivní. Subjektivní informace jsou informace, které nám o sobě podává sám pacient nebo jeho blízcí. Objektivní informace jsou získávány z vyšetření, lékařských nálezů a pozorování. Analýzy dat následně vede k rozpoznání problémů, potřeb klienta a stanovení ošetřovatelské diagnózy.

Pro stanovení ošetřovatelské anamnézy se využívá řada modelů.

Model Marjory Gordonové, taktéž nazýván jako Model funkčního typu zdraví, je tvořen dvanácti oblastmi, jež představují funkční či dysfunkční součást zdraví člověka.

V dnešní době člověk vnímán holisticky. Jeho zdraví je ovlivňováno biologickými, vývojovými, psychologickými, sociálními, kulturními a duchovními (spirituálními) faktory.

Cílem sestry je nalezení individuálních potřeb člověka ve všech oblastech ošetřovatelské péče. Výsledkem ošetřovatelských činností je zhodnocení úrovně zdravotního stavu u zdravého nebo nemocného člověka.

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek

6. Vnímání, citlivost, poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role - mezilidské vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra - životní hodnoty
12. Jiné

1.2 Ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelská diagnóza je klinický úsudek o odpovědi jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo hrozící životní problémy (životní procesy). Stanovení ošetrovatelské diagnózy je základem pro výběr ošetrovatelských intervencí, stanovení cílů a výsledků, kterých se sestra ošetrovatelskou péčí snaží dosáhnout.

Ošetrovatelskou diagnózu je možné vyjádřit dle standardizované taxonomie NANDA.

1.3 Metodika

Pro zpracování ošetrovatelského procesu jsem zvolila dva pacienty hospitalizované na psychiatrickém oddělení. Informace jsem získala především z rozhovoru s klienty, pozorováním, lékařské a sesterské dokumentace.

Při posouzení stavu potřeb jsem postupovala dle Modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. Pro stanovení ošetrovatelských diagnóz jsem využila standardizovaný NANDA systém. Ty jsem seřadila dle diagnostických domén, na závěr jsem pak umístila diagnózy potenciální.

2 Kazuistika č. 1

Dvaceti sedmiletý klient O.R. je 22.11.2008 přivezen RZP na zavolání rodinou do Pardubické krajské nemocnice, kde je přijat na psychiatrické oddělení. Při příjmu se pacient projevuje verbálně agresivně, neklidně (aplikovány 2amp. Haloperidolu, 1amp. Tisercinu a 1 amp. Fluanxolu).

Pacient byl již dříve hospitalizován pro mánií bez psychotických příznaků v červenci 2006 v Bánské Bystrici, následně byl přeložen v srpnu na psychiatrické oddělení do Hradce Králové.

Od září 2006 se léčí ambulantně. V listopadu 2006 se u něj projevuje přechodný pokles nálady, který se daří zvládnout ambulantně.

V rodinné anamnéze se u strýce objevuje gambling, syndrom závislosti na alkoholu a asociální rysy osobnosti. Klient udává, že se v dětství nikdy u něj nevyskytla porucha chování. Vystudoval Palackého univerzitu v Olomouci, obor fyzioterapeut. Nikdy neměl hlasy ani pocit ozvučení či čtení myšlenek.

Při hospitalizaci je diagnostikována bipolární afektivní porucha manické fáze s psychotickými příznaky (F31.0). Během pobytu se pacient chová odbrzděné, na setkání si s každým podává ruce. Je hlučný, často bouchá dveřmi. Hůře udrží pozornost, která se rychle přesouvá při novém podnětu. Má familiární vystupování, psychomotorické tempo mírně zrychlené.

Dne 27.11.2008 se v průběhu odpoledne ve svých projevech zhoršuje, je verbálně agresivní, nespolupracuje. Po večeři tvrdí, že byl jídlem otráven, prý v něm byl kyanid. Snaží si vyvolat zvracení a volá záchranku. Požaduje odběr krve. Večer na pokoji zapaluje na zemi papíry, škrta zapalovačem před obličejí spících spolupacientů, kteří se cítí jeho chováním ohrožováni. Pod vlivem nemoci je bezprostředně nebezpečný okolí.

Postupně dochází ke zlepšení stavu a dne 19.12.2008 je pacient propuštěn pro odeznění manické fáze.

Během domácího pobytu se asi po měsíci projevuje depresivní nálada a dne 4.2.2009 je opět přijat na psychiatrické oddělení PKN. U pacienta se rozvíjí obraz středně těžké depresivity s apatií, anhedonií, ztrátou zájmů bez psychotických příznaků. Během dne polehává. Suicidální myšlenky neguje. Od poslední hospitalizace se jeho váha snížila o tři kilogramy s projevy nechutenství. Při delším rozhovoru přiznává, že se před třemi týdny rozešel s partnerkou. Dne 19.3.2009 je propuštěn do ambulantního léčení.

2.1 Ošetřovatelská anamnéza – 1. hospitalizace

Hlavní lékařská diagnóza:

Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických příznaků (F31.1)

Vedlejší lékařské diagnózy:

Žádné

Medikace:

- Plexxo 100mg tbl. 1 – 0 -1 (antiepileptika)
- Akineton tbl. 1 – 0 – 0 (antiparkinsonika)
- Fluanxol dep. 1 amp. i.m. (22.11.2008) (antipsychotika)
- při nespavosti Dormicum 15mg 1tbl. (hypnotika)
- při akutním neklidu 2amp. Tisercinu i.m. (antipsychotika)

Fyzikální vyšetření:

<i>Vědomí</i>	- Glasgow Coma Scale 15, plné vědomí
<i>Celkový vzhled</i>	- klient neoholený, v domácím oblečení
<i>Výška</i>	- 178 cm
<i>Váha</i>	- 77 kg
<i>Dýchání</i>	- eupnoe - pravidelné s frekvencí 16 dechů za minutu, čisté, bez stridoru
<i>Puls</i>	- pravidelný, dobře hmatný, 84 tepů/min.
<i>Krevní tlak</i>	- 115/75 mm Hg
<i>Tělesná teplota</i>	- 36,4°C
<i>Kůže</i>	- bez problémů, polohu udržuje pacient aktivní, postoj vzpřímený
<i>Stisk ruky, schopnost uchopit předmět</i>	- stisk pevný, úchop bez problémů
<i>Zornice</i>	- izokorické
<i>Dutina nosní</i>	- bez sekrece
<i>Dutina ústní</i>	- jazyk ani bukalní sliznice nepovleklé, chrup vlastní, udržovaný, foetor ex ore nepřítomen, prokrvení v normě, sliznice vlhké
<i>Končetiny</i>	- kůže končetin beze změn, teplá kůže, končetiny bez otoků, periferní pulsace je hmatná, bez varixů
<i>Sluch</i>	- slyší bez problémů

<i>Zrak</i>	- nosí brýle, krátkozrakost, rozptylky 2,25 D na obou očích
<i>Kůže</i>	- bez eflorescencí a hematomů, beze změn
<i>Rozsah pohybu kloubů</i>	- v normě
<i>Kompenzační pomůcky</i>	- žádné
<i>Abnormální pohyby</i>	- žádné

Informace získané objektivním pozorováním:

<i>Orientace</i>	- plně orientován ve všech směrech
<i>Chápe myšlenky a otázky</i>	- ano
<i>Oční kontakt</i>	- udržuje
<i>Pozornost</i>	- úmyslná i neúmyslná pozornost přítomna, nestálá, je roztržitý
<i>Řeč</i>	- plynulá, mírně zrychlená
<i>Úroveň slovní zásoby</i>	- dobrá
<i>Nervozita</i>	- klidný
<i>Vzájemná spolupráce s rodinou-</i>	dobrá

Testy, škály:

Úroveň soběstačnosti podle Gordonové (0-5bodů)

- najíst se- 0
- umýt se- 0
- pohybovat se- 0
- obléci se- 0

Riziko dekubitů dle Nortonové

- 35 bodů, nehrozí vznik dekubitů

Hodnocení nutričního stavu

- BMI 27,5 bodů, není riziko malnutrice

2.1.1 Posouzení současného stavu potřeb

1. Vnímání zdraví

Klient je zaměstnán jako fyzioterapeut, momentálně je na nemocenské dovolené. Svůj zdravotní stav hodnotí jako dobrý. Chápe, proč je hospitalizován na psychiatrickém oddělení, cítí se ale už daleko lépe. Věří, že již brzy bude propuštěn domů. Subjektivně je bez potíží.

2. Výživa a metabolismus

Pacient má chuť k jídlu dobrou. Jí třikrát denně, sní celou porci. Nemá žádná dietní opatření. Udává, že za posledního půl roku zhubnul devět kilogramů. BMI je roven 24,3. Vypije 1,5-2 litry čaje a minerálních vod. Během dne vypije tři silné kávy. Chrup je vlastní, zdravý, zubního lékaře navštívil naposledy před sedmi měsíci. Sliznice jsou růžové, vlhké.

3. Vylučování

Klient močí sám na WC, mikce mu nečiní žádné obtíže. Moč je čirá a bez příměsí. Na stolici chodí pravidelně, jedenkrát denně. Projímadla nepoužívá, nezvrací, potí se přiměřeně.

4. Aktivita, cvičení

Pacient cvičí pravidelně, každé ráno rozcvičku a rehabilitační cviky. V rámci denních aktivit provádí práce okolo domu. Volný čas tráví aktivně, mezi jeho koníčky patří hudba. Klient je plně soběstačný ve všech oblastech sebepéče. Chůze je vzpřímená.

5. Spánek, odpočinek

Spí 5 -6 hodin denně. Po probuzení se cítí odpočatý. Občas mívá problémy s usínáním. Na noc užívá podle potřeby 1 tbl. Domica. Dle momentálního stavu se účastní dopolední pracovní rehabilitace.

6. Vnímání, poznávání

Nemocný má zhoršený pravostranný i levostranný zrak. Trpí krátkozrakostí. Nosí dioptrické brýle (2,25 D na každém oku). Netrpí žádnou jinou smyslovou vadou. Nemá žádné problémy s pamětí. Pozornost je hůře udržitelná, nestálá, rychle se mění při působení jiného podnětu. Problémy učením neudává. Je plně orientován všemi směry, řeč je mírně zrychlená, plynulá.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacient nedokáže určit, zda je pesimista nebo optimista. „*To je na nás.*“ „*Společnost vyhledávám občas, někdy vylétnu snáz, možná jsem trochu citlivější.*“ Je spokojený se svým vzhledem, plně si důvěřuje.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient je zaměstnaný jako fyzioterapeut. Bydlí stále s rodiči, je jedináček. Půl roku má stálou přítelkyni. Vztahy s rodiči má výborné, o jeho onemocnění projevují zájem a téměř denně jej v nemocnici navštěvují. Nejbližší z rodiny je mu matka. Propuštění je plánováno do domácího léčení, kde na něj dohlédne rodina. Se spolupacienty udává dobré vztahy. Nemá s nimi žádný problém.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient neudává žádné sexuální obtíže, ani problémy s prostatou.

10. Stres, zátěžové situace

V minulosti asi desetkrát vyzkoušel marihuanu, naposledy v roce 2005. Přiznává šest piv týdně, pije nárazově. Kouří asi šest let dvacet cigaret denně. V minulosti neměl žádné operace ani vážná onemocnění. Dle svého mínění se pacient vůči svému okolí chová asertivně. Napětí snáší těžce. *„Je jako struna, jako moje choroba, která může prasknout nebo se smrštit.“* *„Nemoc se mi začala projevovat kvůli mé žárlivosti.“* Stres u něj nejvíce snižuje partnerka. Stresové situace nejčastěji zvládá s podporou rodiny. Jako strategii zvládání udává: *„láska k bližnímu svému“*.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient je nevěřící. Potřebuje prý rozhovor s lékařem o dopamin-serotoninovém systému. Na první místo svých hodnot řadí rodinu a partnerku, na druhé místo zdraví, jako třetí hodnotu hudbu. *„Další věci jsou pro mě nepodstatné, nechci to dál radit. Peníze vždy nějak seženu.“*

12. Jiné

Pacient bolest, nauzeu i závratě neguje. Při dotazu na alergii tvrdí, že alergii mu způsobuje Zyprexa a Plexxo. Dále odmítá se mnou rozhovor, dokud mu neseženu revers. Chce odejít domů. S lékařem hovořit nechce.

2.1.2 Ošetrovatelské diagnózy – 1.hospitalizace

00002 Nedostatečná výživa

Doména: 2, Výživa

Určující znaky:

- úbytek váhy i přes přiměřený příjem potravy
- nedostatek zájmu o jídlo

Související faktory:

- *zvýšené metabolické požadavky*

Definice:

Nedostatečná výživa je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jehož příjem živin nekryje metabolickou potřebu.

Cíl:

- pacient chápe příčiny zvýšené metabolické potřeby organismu do jedné hodiny

Intervence:

- posuď, zda pacient chápe nutriční potřeby a podej potřebné informace
- posuď hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinku
- pobízej pacienta k dostatečnému a pravidelnému příjmu stravy a tekutin
- sleduj vývoj tělesné hmotnosti
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Pacientovi je vysvětlena zvýšená nutnost zvýšeného a pravidelného příjmu živin. Na konci hospitalizace přibírá na váze dva kilogramy. Klient denně vypije dva litry tekutin, pije ale zároveň tři kávy. Cíl splněn.

00095 Porušený spánek

Doména: 4, Aktivita - odpočinek

Určující znaky:

- insomnie
- klient si sám navozuje poruchu vhodného vzorce spánku

Související faktory:

- přemítání (vtíravé myšlenky) před spaním
- nevhodný vzorec denních aktivit
- silný temperament klienta
- nuda, nevytíženost
- nadměrná stimulace
- přítomnost dalších osob v místnosti, kde má klient spát

Definice:

Porušený spánek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s časem omezenou poruchou délky a kvality spánku (přirozeného periodického a dočasného přerušeni vědomí).

Cíl:

- klient spí do 3 dnů kvalitním spánkem celou noc
- klient vstává do 3 dnů s pocitem svěžesti a celkové tělesné pohody po probuzení

Intervence:

- snaž se pacienta přesvědčit o potřebě spánku
- důsledně dodržuj dobu určenou ke spánku
- vyluč pospávání během dne
- kontroluj kvalitu spánku v noci
- vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku
- ved' záznam v ošetrovatelské dokumentaci

Hodnocení:

Pacient užívá v případě potřeby na noc hypnotika. Je informován o nutnosti sníženého příjmu kofeinu, zvláště navečer. Je mu doporučeno, aby omezil pospávání přes den, což se snaží dodržovat. Spí celou noc (asi od 22h do 6h). Cíl splněn.

00130 Porušené myšlení

Doména: 5, Vnímání - poznávání

Určující znaky:

- nepřesná interpretace okolního prostředí
- těkavost, nesoustředěnost
- egocentrismus
- nepatřičně a nerealisticky založené přemýšlení

Související faktory:

- bipolární afektivní porucha – manická fáze

Definice:

Porušené myšlení je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s rozvratem v kognitivním výkonu a kognitivních činnostech.

Cíl:

- pacient upravuje chování/ životní styl ve prospěch stabilního duševního stavu do konce hospitalizace

Intervence:

- seznam se se zdravotním stavem pacienta
- zhodnot' duševní stav, zejména rozsah poruchy myšlení, náhled a úsudek
- posud', jak dlouho udrží pacient pozornost a zda je schopen se soustředit
- sestav denní rozsah, v němž se střídá aktivita s obdobím odpočinku
- naslouchej pacientovi a jednej s ním tak, aby pocítil zájem a ocenění z tvé strany
- udržuj vztah pacienta k realitě a prostředí
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Klient je obeznámen se svou chorobou. Hůře udrží pozornost, často během rozhovoru odbíhá, na konci hospitalizace je zjevné zlepšení pozornosti, je usměrnitelný. Pacient je plně orientován, chápe svůj stav, přesto by si přál být propuštěn do domácího léčení. Pod dohledem personálu užívá medikaci. Cíl splněn.

00069 Neefektivní zvládnání zátěže

Doména: 9, Zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu

Určující znaky:

- nedostatečně cílevědomé chování nebo řešení problémů, obtíže s organizováním informací
- vysoká nemocnost

Související faktory:

- neodpovídající míra sebevědomí směrem ke schopnosti situaci zvládnout
- vysoká míra ohrožení klienta
- obtíže při uvolňování napětí

Definice:

Neefektivní zvládnání zátěže je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s neschopností správně odhadnout stresory a s neschopností na ně vhodně reagovat.

Cíl:

- pacient rozpoznává do konce hospitalizace neefektivní chování a jeho důsledky
- pacient do 1 dne si uvědomuje a slovně vyjadřuje vlastní schopnosti a možnosti

Intervence:

- zhodnot' schopnost rozumět různým událostem a realisticky vyhodnotit situaci
- povzbuzuj pacienta k využívání nových způsobů řešení problémů a postupnému zvládnutí situace
- povzbuzuj a podporuj pacienta, aby se zamýšlel nad životním stylem, zaměstnáním i rekreační aktivitou
- posud' účinek stresoru a způsoby, jak se s nimi vypořádat

Hodnocení:

Klient udává, že vznik jeho stavu je zodpovědná jeho žárlivost na partnerku. Chápe, že jeho přístup k danému problému je špatný. Chtěl by příště konflikty řešit s klidem. Momentálně udává, že se jejich vzájemný vztah jeví jako harmonický. Mezi jeho koníčky patří hudba, které by se chtěl více věnovat. Cíl splněn.

00079 Nedodržení léčebného režimu

Doména: 10, Životní princip

Určující znaky:

- nedodrží doporučení léčby a péče
- rozvoj příznaků nemoci
- nedostatečné zlepšení stavu nemocného

Související faktory:

- zdravotní uvědomění
- znalosti a dovednosti významné pro léčebný režim
- úroveň motivace

Definice:

Nedodržení je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka nebo pečovatele, jehož chování se neshoduje s předem odsouhlaseným zdravotně preventivním a léčebným plánem a může navodit klinicky neefektivní nebo částečně neefektivní výsledky péče.

Cíl:

- klient do konce hospitalizace spolupracuje a zapojuje se s ochotou do léčebného režimu
- pacient má do konce hospitalizace kritický náhled na své onemocnění

Intervence:

- důkladně seznam pacienta s jeho chorobou a s principy léčby
- naslouchej pacientovým stížnostem, vytvoř s pacientem terapeutický vztah
- zjisti, jak pacient pohlíží na léčebný režim a co od něj očekává
- zapoj ho do účelného programu se snahou o dosažení spolupráce
- veď záznam v ošetrovatelské dokumentaci
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Klient je informován o léčebném režimu. Očekává, že ve spolupráci zdravotnického personálu dojde ke zlepšení jeho stavu a vyléčení. Subjektivně se cítí již skoro zdravý a chtěl by být propuštěn. Ke konci hospitalizace je pacient již klidný, podrobuje se léčebnému režimu a spolupracuje. Cíl splněn.

00138 Riziko násilí vůči jiným

Doména: 11, Bezpečnost - ochrana

Rizikové faktory:

- psychotická symptomatologie (nelogické myšlenkové procesy)
- impulzivita (vznětlivost, neuváženost v jednání)
- předchozí hrozby násilí (ohrožování spolupacientů)

Definice:

Riziko násilí vůči jiným osobám je standardizovaný ošetřovatelský název ošetřovatelského problému člověka, z jehož strany hrozí tělesně, citově nebo sexuálně škodlivé chování směrem k jiným osobám.

Cíl:

- pacient projevuje do konce hospitalizace náležitou sebekontrolu, zjevnou z uvolněného držení těla a nenásilného chování

Intervence:

- vytvoř terapeutický vztah s pacientem
- naslouchej, jak pacient vyjadřuje své pocity
- identifikuj faktory (pocity, příhody), které mají souvislost se vznikem násilného chování
- vysvětli pacientovi nutnost dodržování léčebného režimu
- kontroluj, zda pacient užívá medikaci
- zajisti zvýšený dohled
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Klient užívá pod kontrolou zdravotnického personálu předepsanou medikaci. Pociťuje dobré vztahy s ostatními spolupacienty, se členy zdravotnického personálu má přátelský vztah. Další ohrožování ostatních se již u něj neobjevuje. Pacientovi byla vysvětlena nutnost dodržování léčebného režimu. Cíl splněn, na své předešlé chování však náhled nemá.

2.1.3 Sebeposuzující dotazník

1. Vyskytlo se ve vašem životě někdy období, kdy jste se necítil jako obvykle a:	Ano	Ne
cítil jste se tak dobře nebo tak rozjařený, že se jiní lidé domnívali, že to nejste zcela vy nebo že jste tak odbržděný, že se můžete dostat do problémů?	X	
byl jste tak podrážděný, že jste křičel na lidi nebo se začal prát nebo hádat?	X	
cítil jste více sebedůvěry než obvykle?	X	
potřeboval jste podstatně méně spánku než obvykle a zjišťoval, že vám spánek neschází?	X	
byl jste podstatně hovornější než obvykle nebo jste hovořil rychleji, než je u vás běžné?	X	
běžely vám velmi rychle myšlenky hlavou nebo jste nebyl schopen zpomalit tok myšlenek?	X	
rušily vás okolní věci do té míry, že jste měl problémy se soustředit nebo udržet myšlenkovou linii?	X	
měl jste více energie než obvykle?	X	
byl jste aktivnější než obvykle nebo jste dělat více věcí než je u vás obvyklé?	X	
byl jste více společenský nebo otevřený než obvykle, například telefonoval jste uprostřed noci přátelům?	X	
zajímal vás sex více než obvykle?	X	
dělal jste věci, které jsou pro vás neobvyklé, nebo o kterých by si druzí mohli myslet, že jsou nepřiměřené, bláznivé nebo rizikové?	X	
utrácení peněz přivedlo vás nebo vaši rodinu do potíží?		X
<p>2. Pokud jste zaškrtnli „ano“ u více než jedné z výše uvedených otázek, objevily se některé z těchto projevů ve stejném časovém období? Zakroužkujte pouze jednu odpověď.</p>		

Ano

Ne

3. **Jak velké problémy vám způsobily výše uvedené příznaky – například neschopnost pracovat, mít rodinu, peníze, mít problémy se zákonem, hádky a rvačky? Zakroužkujte pouze jednu odpověď.**

Žádný problém

Malý problém

Střední problém

Závažný problém

2.2 Ošetřovatelská anamnéza- 2. hospitalizace

Hlavní lékařská diagnóza:

- Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké deprese bez psychotických příznaků (F31.4)

Vedlejší lékařské diagnózy:

Žádné

Medikace:

- Lithium carbonicum tbl. 1 – 1 – 1 (euthymotikum)
- Zyprexa Velotab 10mg tbl. 0 – 0 – 0 – 1 (antipsychotika)
- Remood 20mg tbl. 1 – 0 – 0 (antidepresiva)
- při nespavosti Hypnogen 1tbl. (hypnotika)
- podle potřeby Diazepam 10mg 1 tbl. (anxiolytikum)

Fyzikální vyšetření:

<i>Vědomí</i>	- Glasgow Coma Scale 15, plné vědomí
<i>Celkový vzhled</i>	- klient neoholený, v domácím oblečení
<i>Výška</i>	- 178 cm
<i>Váha</i>	- 75 kg
<i>Dýchání</i>	- eupnoe - pravidelné s frekvencí 15 dechů za minutu, čisté, bez stridoru
<i>Puls</i>	- pravidelný, dobře hmatný, 70 tepů/min.
<i>Krevní tlak</i>	- 125/80 mm Hg
<i>Tělesná teplota</i>	- 36,6°C
<i>Chůze</i>	- vzpřímená, bez problémů, polohu udržuje pacient aktivní, postoj vzpřímený
<i>Stisk ruky, schopnost uchopit předmět</i>	-stisk pevný, úchop bez problémů
<i>Zornice</i>	- izokorické
<i>Dutina nosní</i>	- bez sekrece
<i>Dutina ústní</i>	- jazyk ani bukalní sliznice nepovleklé, chrup zdravý, sliznice vlhké, prokrvení v normě, foetor ex ore nepřítomen
<i>Končetiny</i>	- kůže končetin beze změn, teplá kůže, končetiny bez otoků, periferní pulsace je hmatná, bez varixů

<i>Sluch</i>	- dobrý
<i>Zrak</i>	- nosí brýle, krátkozrakost, rozptylky 2,25 D na obou očích
<i>Kůže</i>	- bez eflorescencí a hematomů, beze změn
<i>Rozsah pohybu kloubů</i>	- v normě
<i>Kompenzační pomůcky</i>	- žádné
<i>Abnormální pohyby</i>	- žádné

Informace získané objektivním pozorováním:

<i>Orientace</i>	- plně orientován ve všech směrech
<i>Chápe myšlenky a otázky</i>	- ano
<i>Oční kontakt</i>	- udržuje
<i>Pozornost</i>	- úmyslná i neúmyslná pozornost přítomna, neporušená
<i>Řeč</i>	- plynulá
<i>Úroveň slovní zásoby</i>	- dobrá
<i>Nervozita</i>	- klidný
<i>Vzájemná spolupráce s rodinou-</i>	dobrá

Testy, škály:

Úroveň soběstačnosti podle Gordonové (0-5bodů

- najíst se- 0
- umýt se- 0
- pohybovat se- 0
- obléci se- 0

Riziko dekubitů dle Nortonové

- 35 bodů, nehrozí vznik dekubitů

Hodnocení nutričního stavu

- BMI 23,67 bodů

2.2.1 Posouzení současného stavu potřeb

1. Vnímání zdraví

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný. Přes den většinou pospává. Ví, proč je hospitalizován na psychiatrickém oddělení, má depresi.

2. Výživa a metabolismus

Od poslední hospitalizace pacient zhubnul tři kilogramy. Trpí nechutenstvím. Denně vypije 1,5 až 2 litry tekutin. Jí třikrát denně (snídani, oběd, večeři). Neudává žádné další potíže – bez poruch polykání, pocit žízně je přítomen.

3. Vylučování

Klient nemá potíže s vyprazdňováním moče ani stolice. Na stolicí chodí jedenkrát denně. Potí se přiměřeně, nezvrací.

4. Aktivita, cvičení

Pacient se ráno účastní zpravidla rozcvičky. Dopoledne chodí na procházky. Momentálně není schopen nic podnikat. Pociťuje úbytek energie a aktivity.

5. Spánek, odpočinek

Klient je často unavený. Pospává i přes den. V noci spí asi 8 hodin. Přesto se cítí nevyspalý a rozlámaný.

6. Vnímání, poznávání

Sluch a čich je bez potíží. Pacient nosí brýle, trpí krátkozrakostí (2,25D na pravém i levém oku).

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se považuje za pesimistu, nedůvěřuje si. Se svým vzhledem je částečně spokojený. V posledních týdnech pociťuje depresivní ladění nálady, je úzkostný.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient je zaměstnaný jako fyzioterapeut. V zaměstnání je velmi spokojený. Baví ho. Stále bydlí s rodiči, jsou mu velkou oporou. Velmi jej mrzí rozchod s partnerkou. Cítí se prázdňě, na nic se nesoustředí. Suicidální myšlenky neguje.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Problémy s prostatou neguje. O sexualitě odmítá hovořit. Je to pro něj smutné téma.

10. Stres, zátěžové situace

Alkohol pije stále ve stejném množství, kouří méně (asi 15 cigaret denně). Stres u něj právě nejvíce vyvolává rozchod s partnerkou. Depresivní ladění zvládá s podporou rodiny a medikace.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient nepožaduje s nikým rozhovor. Je nevěřící. Mezi momentální životní cíle patří uzdravit se, věnovat se opět hudbě a práci. Pokud to bude možné, chtěl by si najít i novou partnerku.

12. Jiné

Klient nemá projevy infekce, závratí.

2.2.2 Ošetrovatelské diagnózy – 2.hospitalizace

00002 Nedostatečná výživa

Doména: 2, Výživa

Určující znaky:

- denní příjem potravin menší než je příjem doporučený
- změna chuti k jídlu

Související faktory:

- neschopnost požit nebo strávit potravu z psychogenních důvodů

Definice:

Nedostatečná výživa je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jehož příjem živin nekryje metabolickou potřebu.

Cíl:

- pacient si do konce hospitalizace osvojuje chování a změnu životního stylu umožňující přibrat na váze a udržet přiměřenou tělesnou hmotnost

Intervence:

- posud', zda pacient chápe nutriční potřeby organismu
- posud', zda u pacienta došlo ke zvýšení hmotnosti během hospitalizace
- věnuj pozornost psychickému stavu pacienta
- posud' hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinku
- umožni pacientovi výběr jídla dle vlastní chuti
- pobízej klienta k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin a stravy
- važ pacienta jednou týdně a sleduj vývoj tělesné hmotnosti
- podávej léky dle ordinace lékaře

Hodnocení:

Pacient po dobu hospitalizace přibral 3 kg. Každý týden je sledován nárůst hmotnosti. Je mu vysvětlena nutnost pravidelného příjmu stravy a tekutin, což klient chápe a rozumí tomu. Jí třikrát denně, zpravidla sní celou porci. Návštěvy mu nosí oblíbené jídlo navíc, které taktéž zkonsumuje. Cíl splněn.

00093 Únava

Doména: 4, Aktivita, odpočinek

Určující znaky:

- neschopnost načerpat energii spánkem
- nedostatek energie nebo neschopnost udržet běžnou úroveň fyzické aktivity
- unavenost, ospalost
- snížený výkon

Související faktory:

- deprese
- úzkost
- negativní životní události

Definice:

Únava je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nepřekonatelným stálým pocitem vyčerpání a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci.

Cíl:

- pacient pocítuje zvýšení energie do 7 dnů
- pacient do 7 dnů vykonává běžné každodenní činnosti a účastní se žádoucích aktivit v míře, která je možná

Intervence:

- povšimni si stádia nemoci, stavu výživy a rovnováhy tekutin
- posuď přítomnost spánkové poruchy
- vyslechni, co dle pacienta způsobuje únavu a co ji zmírňuje
- povzbuzuj pacienta k plánování aktivit
- postarej se o rozptýlení pacienta
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Klient se v rámci svých možností zapojuje do pracovní terapie na oddělení nebo jezdí na ortopedu. Je informován o možných aktivitách, které lze na oddělení provádět. Většinou po obědě pospává. Dle klienta u něj únavu způsobuje deprese a přestože jej léky mírně tlumí, doufá, že mu pomohou ke zlepšení stavu. Cíl splněn.

00146 Úzkost

Doména: 9, Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Určující znaky:

- zhoršená produktivita klienta
- obavy směrem k nějaké životní události
- nejistota, obavy
- únava
- nechutenství

Související faktory:

- změna ve zdravotním stavu
- změna v postavení role

Definice:

Úzkost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý.

Cíl:

- pacient do konce hospitalizace dosáhnul uvolněného vzhledu a snížení úzkosti na zvladatelnou míru

Intervence:

- všímej si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti
- věnuj pozornost způsobům reakce
- vytvoř terapeutický vztah plný vstřícnosti a opravdového respektu
- naslouchej pacientovi a vytvoř s ním terapeutický vztah
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Klient udává zmírnění úzkosti. Pomáhají mu léky, možnost zapojování se do pracovních činností ve stacionáři a návštěvy nejbližších. Těší se na propuštění. Cíl splněn.

00135 Dysfunkční smutek

Doména: 9, Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Určující znaky:

- úzkost
- deprese
- snížená sebeúcta
- změněné aktivity denního života

Související faktory:

- psychologické symptomy v předchozím období
- psychiatrická léčba nebo péče o duševní zdraví v minulosti

Definice:

Dysfunkční smutek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, rodičů nebo komunity, kteří prožívají prodlouženou a neuspokojivou intelektuální i emocionální reakci na ztrátu, pomocí které se snaží upravit sebepojetí.

Cíl:

- pacient se do 7 dnů zapojuje do práce a pečuje o vlastní osobu
- pacient do 7 dnů sděluje, že smutek odeznívá a ukazuje se naděje do budoucna

Intervence:

- urči blíže ztrátu, která pacienta postihla, pátrej po projevech smutku
- urči míru ochromení – zda je pacient schopen se o sebe postarat
- aktivně naslouchej pacientovým pocitům a buď k dispozici pro poskytnutí podpory
- respektuj pacientovu potřebu klidu a soukromí a jeho přání mluvit a mlčet
- prodiskutuj s pacientem zdravé způsoby, jak řešit obtížné situace
- pobízej pacienta k vykonávání běžných činností, cvičení a socializaci
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Pacient je plně soběstačný ve všech oblastech. Navštěvuje stacionář, kde se zapojuje do aktivit. Po ukončení hospitalizace chce dále pracovat, skládat hudbu, navštěvovat přátelé. Sděluje, že se cítí lépe než na počátku léčby. Mezi své silné stránky řadí smysl pro humor, komunikativnost (pokud se necítí špatně), věrnost a smysl pro rodinu. Vyjadřuje naději, že si najde novou partnerku. Cíl splněn.

00150 Riziko sebevraždy

Doména: 11, Bezpečnost - ochrana

Rizikové faktory:

- osamocenost
- psychiatrická onemocnění, poruchy
- ztráta důležitého vztahu

Definice:

Riziko sebevraždy je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je ohrožen dobrovolným, život ohrožujícím sebepoškozením.

Cíl:

- pacient do konce hospitalizace vyjadřuje spokojenost s životní situací
- pacient do konce hospitalizace má přiměřené sebevědomí
- pacient se během hospitalizace nepoškodí

Intervence:

- zajisti bezpečné prostředí a adekvátní dohled
- sleduj změny nálady pacienta
- pátrej po náznacích tísně nebo zvýšené úzkosti
- pátrej po náznacích sebevražedných úmyslů
- zeptej se přímo, zda se pacient zabývá myšlenkami na násilí
- vytvoř terapeutický dohled
- ved' záznam v ošetrovatelské dokumentaci
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

S klientem jsem hovořila o jeho pocitech a myšlenkách na sebevraždu. Pacient po dobu hospitalizace negoval suicidální tendence. Během hospitalizace nedošlo u něj k žádnému sebepoškození. Po propuštění do domácího léčení plánuje skládat hudbu, pracovat a najít si novou přítelkyni. Cíl splněn.

2.1.3 Sebeposuzující dotazník

Vyskytlo se u vás někdy období delší než 2 týdny, kdy jste se necítil jako obvykle a prožíval 5 a více z níže uvedených příznaků?	Ano	Ne
Cítil jste se smutný, na dně nebo prázdný?	×	
Ztratil jste zájem o věci, které vás dříve zajímaly?	×	
Zhubnul jste o více než 5% své původní hmotnosti?	×	
Spal jste příliš málo nebo příliš mnoho?	×	
Měl jste zpomalené nebo urychlené pohyby?	×	
Cítil jste se nadměrně unavený nebo cítil, že máte málo energie?	×	
Cítil jste neopodstatněné pocity viny za to, co jste udělal?	×	
Měl jste problémy se soustředit nebo rozhodnout se?	×	
Měl jste myšlenky na sebevraždu nebo jste ji plánoval?		×

3 Kazuistika číslo 2

Dne 27.ledna 2009 je k hospitalizaci na psychiatrické oddělení přijat 65letý pacient J.Š. pro akutní zhoršení psychického stavu s depresivním laděním, suicidálními tendencemi a tremorem na horních končetinách jako reakce na lithioprofylaxi.

V minulosti byl celkem dvanáctkrát hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Poprvé byl přijat už v roce 1967 s psychotickými projevy. V roce 1989 byl hospitalizován pro psychotické onemocnění probíhající zprvu symptomaticky jako schizofrenie, následně se rozvinul afektivní obraz a byla u něj diagnostikována maniodepresivní psychóza. V roce 1991 byl hospitalizován celkem třikrát, zprvu pro hypomanický syndrom a později pro depresivní stav. V následných čtyř hospitalizacích v roce 2002, 2003, 2005 a 2006 byl léčen pro bipolární afektivní poruchu, manickou fází s psychotickými příznaky. Vždy jim předcházela náhlý odchod z domova bez toho, aniž by obeznámil rodinu. Teprve po vyhlášení pátrání byl policií přivezen na psychiatrii. Na dobu odchodu má pacient amnézii a neví, proč z domova odešel. V roce 2006 se u něj projevila epizoda středně těžké deprese. Při obou hospitalizacích v roce 2007 se u něj opět objevila manická fáze s psychotickými příznaky.

Aktuálně je u něj diagnostikována bipolární afektivní porucha se středně těžkou depresí. Klient je lucidní, v kontaktu ochotný, odpovídá adekvátně v kategorii dotazu, dominují stesky na tremor, který progreduje a zlepšuje se při spánku. Cítí se unaveně, sklesle a úzkostně. Zmiňuje i suicidální tendence. Pacient je ženatý, žije s manželkou ve společné domácnosti a má dvě děti. Od roku 1992 pobírá plný invalidní důchod. Rodina je mu oporou. Alkohol nepije, nekouří. Neléčí se s žádným dalším onemocněním. Drogy nikdy neužíval. V rodinné anamnéze se neobjevují žádná duševní onemocnění.

Dne 25.2.2009 byl pro odeznění deprese propuštěn do ambulantního léčení.

3.1 Ošetřovatelská anamnéza

Hlavní lékařská diagnóza:

Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké nebo mírné deprese (F31.3)

Vedlejší lékařské diagnózy:

Glaukom (H40.0)

Medikace:

- Orfiril long 300mg 1 – 0 – 1 sáček (antiepileptika)
- Zyprexa VT 5mg 1 tbl. na noc (antipsychotika)
- Rivotril 0,5mg tbl. 1 – 1 – 1 (antiepileptika)
- Apo-benzotropine 2mg tbl. ½ – ½ – 0 (antiparkinsonika)
- Diazepam 10mg tbl. 0 – 0 – 1 (anxiolytika)
- Timolol opht. gtt 0,25% 1 – 0 – 1 (oftalmologika)
- Dormicum 15 mg 1tbl. podle potřeby (hypnotika)

Fyzikální vyšetření:

<i>Vědomí</i>	- Glasgow Coma Scale 15, plné vědomí
<i>Celkový vzhled</i>	- klient upravený, v domácím oblečení
<i>Výška</i>	- 177 cm
<i>Váha</i>	- 81 kg
<i>Dýchání</i>	- eupnoe - pravidelné s frekvencí 14 dechů za minutu, čisté, bez stridoru
<i>Puls</i>	- pravidelný, dobře hmatný, 74 tepů/min.
<i>Krevní tlak</i>	- 120/80 mm Hg
<i>Tělesná teplota</i>	- 36,4°C
<i>Chůze</i>	- vzpřímená, polohu udržuje pacient aktivní, postoj vzpřímený, v mírném předklonu
<i>Stisk ruky, schopnost uchopit předmět</i>	-stisk přiměřený
<i>Zornice</i>	- izokorické
<i>Dutina nosní</i>	- mírná sekrece, výtok čirý
<i>Dutina ústní</i>	- jazyk ani bukalní sliznice nepovleklé, chrup vlastní, udržovaný,

	foetor ex ore nepřítomen, prokrvení v normě, sliznice vlhké
<i>Končetiny</i>	- kůže končetin beze změn, teplá kůže, končetiny bez otoků, periferní pulsace je hmatná, bez varixů
<i>Sluch</i>	- oboustranná nedoslýchavost, střední porucha sluchu
<i>Zrak</i>	- nosí brýle, vetchozrakost, 1,5D na obou očích
<i>Kůže</i>	- bez eflorescencí a hematomů, beze změn
<i>Rozsah pohybu kloubů</i>	- v normě
<i>Kompenzační pomůcky</i>	- žádné
<i>Abnormální pohyby</i>	- tremor horních končetin

Informace získané objektivním pozorováním:

<i>Orientace</i>	- plně orientován ve všech směrech
<i>Chápe myšlenky a otázky</i>	- ano
<i>Oční kontakt</i>	- udržuje
<i>Pozornost</i>	- úmyslná i neúmyslná pozornost přítomna
<i>Řeč</i>	- plynulá
<i>Úroveň slovní zásoby</i>	- dobrá
<i>Nervozita</i>	- klidný
<i>Vzájemná spolupráce s rodinou-</i>	dobrá

Testy, škály:

Úroveň soběstačnosti podle Gordonové (0-5bodů)

- najíst se- 0
- umýt se- 2
- pohybovat se- 0
- obléci se- 0

Riziko dekubitů dle Nortonové

- 32 bodů, nehrozí vznik dekubitů

Hodnocení nutričního stavu

- BMI 25,85 bodů, není riziko malnutrice

3.1.1 Posouzení současného stavu potřeb

1. Vnímání zdraví

Pacient je dlouhodobě léčen pro bipolární afektivní poruchu. Jde již o jeho třináctou hospitalizaci na psychiatrii, kam byl přivezen rodinou. Léčí se s glaukomem a oboustrannou percepční nedoslýchavostí. Pacient si rozmýšlí, zda bude chtít naslouchadlo. Neprodělal žádné úrazy ani operace. Stomatologické prohlídky absolvuje pravidelně. Subjektivně se cítí špatně kvůli svému psychickému stavu. Má obavy z možného návratu svého onemocnění. Zaobírá se myšlenkami na sebevraždu, spáchat ji však nechce. Velmi jej trápí třes horních končetin. V posledním týdnu je nachlazený. Z nosu mu vytéká čirá sekrece.

2. Výživa a metabolismus

Pacient má normální konstituci těla. Nemá žádné dietní omezení. Jí asi čtyřikrát denně (snídani, oběd, svačinu, večeři), vždy sní celou porci. Nemá narušenou chuť k jídlu. Za poslední dobu se u něj neobjevil žádný úbytek váhy. Vypije 1,5 litru tekutin denně, především čaj, minerálky a jednu kávu. Kůže je beze změn, vlhká.

3. Vylučování

Pacient močí sám na WC. Stěžuje si na častost močení v menším množství. Urologa dosud nenavštívil. Na stolici chodí pravidelně jedenkrát denně, stolice je bez příměsí, normální konzistence a barvy. Projímadla neužívá. Potí se v přiměřené míře.

4. Aktivita, cvičení

Klient aktivně nesportuje, denně chodí na procházky, což se nemění ani během hospitalizace. Stacionář navštěvovat nechce, tvrdí, že by ho to tam nebavilo. Je v plném invalidním důchodu. Potřebuje dopomoc při provádění některých denních činností kvůli tremoru horních končetin. Jinak je ve všech ostatních oblastech soběstačný. Domácí práce provádí manželka. Chůze je koordinovaná, držení těla je v mírném předklonu.

5. Spánek, odpočinek

Klient udává problémy s usínáním, spí ale většinou celou noc (asi 7 hodin). Po probuzení se cítí odpočatý, ale přes den často pociťuje únavu. Na spaní užívá podle potřeby léky (Dormicum 15mg). Je spokojený se spolubydlícím (spí na dvoulůžkovém pokoji), který jej v noci nebudí.

6. Vnímání, citlivost a poznávání

Klient trpí vetchozrakostí. Má oboustranné zhoršení sluchu. Lékař indikoval naslouchátko, které je na zvážení pacienta. Čich je bez obtíží. Nepocítuje žádnou bolest. V minulosti se u klienta vyskytly poruchy paměti, které nejsou momentálně zjevné. Informovanost o své chorobě hodnotí jako dobrou. Vyjadřuje svůj údiv nad tím, že se zajímám o jeho onemocnění a potíže. Je orientován všemi směry. Řeč je plynulá.

7. Sebepečení, sebeúcta, vnímání sebe sama

Pacient se hodnotí spíše jako pesimista. Je v plném invalidním důchodu a nepřestuje příliš záliby. Rád chodí na procházky.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domě s manželkou. Syn a dcera se již odstěhovali, mají vlastní rodiny a děti. Se všemi členy se stýká, rodina je mu oporou. Mrzí jej, že v rámci své choroby utíká z domova. Ví, že o něj má manželka starost a trápí ho to. O chod domácnosti pečuje manželka, která je ve starobním důchodu. Nemá moc blízkých přátel, je spíš uzavřený a s lidmi užší kontakty neudrží.

9. Sexualita, reprodukční období

Klient neudává žádné sexuální obtíže.

10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Velmi jej trápí aktuální stav. Pocítuje depresi a úzkost. Je spíše pesimista a s problémy se vyrovnává těžko. Přiznává, že se zaobírá myšlenkami na sebevraždu, spáchat ji však nechce. Stresové situace zvládá s podporou rodiny. Alkohol nepije, nekouří.

11. Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Klient udává, že je nevěřící. Důvěřuje jen pár lidem, „*Vám věřím*“. V hodnotovém systému řadí na první místo rodinu a zdraví, na třetí, čtvrté místo pak peníze a záliby.

12. Jiné

U pacienta není riziko vzniku infekce. Závrať nepocítuje. Během hospitalizace došlo v noci k pádu a pomočení. Ráno si nic nepamatoval. Klient si stěžuje na třes končetin, který se zmírňuje ve spánku.

3.1.2 Ošetrovatelské diagnózy

00085 Zhoršená pohyblivost

Doména: 4, Aktivita – odpočinek

Určující znaky:

- limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné jemnou motorikou
- pohybem navozený třes

Související faktory:

- medikace

Definice:

Zhoršená pohyblivost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s omezením samotného, úmyslného pohybu těla nebo jedné či více končetin.

Cíl:

- pacient do 3 dnů chápe příčiny zhoršení jemné motoriky a spolupracuje při léčbě základního onemocnění

Intervence:

- posuď funkční úroveň klienta
- aktivizuj pacienta
- vysvětli pacientovi příčiny zhoršení jemné motoriky
- naslouchej stížnostem a pocitům pacienta
- vysvětli pacientovi nutnost užívání medikace
- zajisti dopomoc při provádění běžných denních činností
- zjisti, které aktivity mu při provádění dělají potíže

Hodnocení:

Funkční úroveň pohyblivosti pacienta se rovná dvěma (pacient potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci). Klientovi je zajištěna dopomoc při provádění denních aktivit (např. holení). Je s ním hovořeno o příčinách vzniku třesu a je mu vysvětlena nutnost užívání medikace.

00093 Únava

Doména: 4, Aktivita, odpočinek

Určující znaky:

- nedostatek energie nebo neschopnost udržet běžnou úroveň fyzické aktivity
- unavenost, ospalost
- snížený výkon

Související faktory:

- deprese
- úzkost

Definice:

Únava je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nepřekonatelným stálým pocitem vyčerpání a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci.

Cíl:

- pacient pocítuje do konce hospitalizace zvýšení energie
- pacient do 7 dnů vykonává běžné každodenní činnosti a účastní se žádoucích aktivit v míře, která je možná

Intervence:

- povšimni si stádia nemoci, stavu výživy a rovnováhy tekutin
- posuď přítomnost spánkové poruchy
- zajisti klidné prostředí
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Klient je informován o možných aktivitách, které lze na oddělení provádět. Nejeví však o ně zájem, raději chodí na procházky. Zapojit do pracovní terapie odmítá. U pacienta je přítomna spánková porucha, má problémy s usínáním a podle potřeby užívá léky. Ordinace jsou podávány dle lékaře. Únava přetrvává po celou dobu hospitalizace, přestože dochází k jejímu zmírnění. Pacient vykonává běžné každodenní činnosti v rámci svých schopností. Cíl částečně splněn.

Doména: 4, Aktivita - odpočinek

Určující znaky:

- stěžuje si na potíže s usínáním
- stěžuje si, že si spaním dostatečně neodpočine

Související faktory:

- přemítání (vtíravé myšlenky) před spaním
- deprese
- úzkost
- únava

Definice:

Porušený spánek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s časem omezenou poruchou délky a kvality spánku (přirozeného periodického a dočasného přerušení vědomí).

Cíl:

- klient do 1 dne spí kvalitním spánkem celou noc

Intervence:

- zajisti klidné prostředí, vyvětrej na noc pokoj, uprav lůžko
- vyluč pospávání během dne
- kontroluj kvalitu spánku v noci
- vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku
- ved' záznam v ošetrovatelské dokumentaci
- plň ordinace dle lékaře

Hodnocení:

Pacient užívá v případě potřeby na noc medikaci k navození spánku. Během dne zpravidla nespává. Před spaním je pokoj připraven ke spánku. Pacient je umístěn na dvoulůžkovém pokoji, aby bylo zamezeno rušivým vlivům. Spí celou noc (asi od 21h do 7h). Cíl splněn.

Doména: 9, Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Určující znaky:

- zhoršená produktivita klienta
- nejistota, obavy
- únava

Související faktory:

- změna ve zdravotním stavu

Definice:

Úzkost je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý.

Cíl:

- pacient do konce hospitalizace dosáhnul uvolněného vzhledu a snížení úzkosti na zvladatelnou míru

Intervence:

- všiměj si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti
- věnuj pozornost způsobům reakce
- zajisti klidné prostředí
- vytvoř terapeutický vztah plný vstřícnosti a opravdového respektu
- naslouchej pacientovi a vytvoř s ním terapeutický vztah
- ptej se na přítomnost sebevražedných myšlenek
- plň ordinace lékaře

Hodnocení:

Klient udává zmírnění úzkosti. Vyjadřuje naději do budoucna, těší se na rodinu a vnoučata. Během hospitalizace je zajištěno klidné prostředí (uložení na dvoulůžkovém pokoji). Pravidelně chodí na procházky do areálu nemocnice, využívá víkendových propustek. Sebevražedné myšlenky již ke konci hospitalizace popírá. Cíl splněn.

Doména: 11, Bezpečnost - ochrana

Rizikové faktory:

- vyjadřování sebevražedných myšlenek
- psychiatrické onemocnění (bipolární afektivní porucha – deprese)

Definice:

Riziko sebevraždy je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je ohrožen dobrovolným, život ohrožujícím sebepoškozením.

Cíl:

- pacient do konce hospitalizace demonstruje náležitou sebekontrolu, projevující se zmírněním nebo absencí sebepoškození

Intervence:

- povzbuzuj pacienta k rozpoznání a přiměřenému slovnímu vyjádření pocitů
- dbej na zvýšený dohled
- kontroluj, zda pacient užívá předepsané léky
- odeber pacientovi předměty, se kterými by si mohl ublížit
- vytvoř s pacientem vztah založený na důvěře a porozumění

Hodnocení:

Pacient otevřeně hovoří o svých myšlenkách na sebevraždu. Na toto téma je s ním veden terapeutický rozhovor. Užívá pod kontrolou zdravotnického personálu medikaci. Jsou mu odebrány předměty, kterými by si mohl ublížit. Klient toto opatření chápe a je s ním srozuměn. Cíl splněn.

Doména: 11, Bezpečnost – ochrana

Rizikové faktory:

- pády v anamnéze
- věk nad 65 let
- užívání hypnotik

Definice:

Riziko pádu je standardizovaný název ošetřovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mohou navodit zranění.

Cíl:

- u pacienta během hospitalizace nedojde k pádu

Intervence:

- zhodnot' úroveň pohyblivosti pacienta, hrubou motorickou koordinaci
- zajisti dohled při provádění běžných denních činností
- zajisti bezpečné prostředí
- zajisti pacienta na noc v lůžku zábranami

Hodnocení:

U pacienta již během hospitalizace došlo k pádu. Pacient je samostatně chodící. Klientovi je doporučeno dbát na zvýšenou opatrnost během provádění denních činností. Je zajištěn dohled. Na noc je zajištěn v lůžku zábranami. Cíl splněn, u pacienta již nedošlo k dalšímu pádu.

3.1.3 Sebeposuzující dotazník

Vyskytlo se u vás někdy období delší než 2 týdny, kdy jste se necítil jako obvykle a prožíval 5 a více z níže uvedených příznaků?	Ano	Ne
Cítil jste se smutný, na dně nebo prázdný?	×	
Ztratil jste zájem o věci, které vás dříve zajímaly?	×	
Zhubnul jste o více než 5% své původní hmotnosti?		×
Spal jste příliš málo nebo příliš mnoho?	×	
Měl jste zpomalené nebo urychlené pohyby?		×
Cítil jste se nadměrně unavený nebo cítil, že máte málo energie?	×	
Cítil jste neopodstatněné pocity viny za to, co jste udělal?		×
Měl jste problémy se soustředit nebo rozhodnout se?	×	
Měl jste myšlenky na sebevraždu nebo jste ji plánoval?	×	

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou bipolární afektivní poruchy, s jejíž léčbou se často setkáváme na psychiatrických odděleních.

V teoretické části popisuji epizody bipolární afektivní poruchy, jejich příznaky, diagnostiku, léčbu a prevenci relapsu daného onemocnění.

V druhé části jsem zpracovala dvě kazuistiky pacientů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení PKN, z nichž jeden byl přijat dvakrát, pokaždé s jinou fází. Klienty jsem sledovala během praxe na oddělení a při předem dohodnutých návštěvách, kdy jsem měla možnost podílet se na léčbě a ošetřování těchto pacientů. Zdravotnický personál mi umožnil nahlédnutí do lékařské a sesterské dokumentace, poskytl mi veškeré informace o pacientovi a umožnil mi návštěvy.

U každé hospitalizace klienta jsem vypracovala ošetřovatelskou anamnézu dle Modelu funkčního zdraví Majory Gordonové. Ke stanovení ošetřovatelských diagnóz jsem použila NANDA taxonomii. Aktuální ošetřovatelské diagnózy jsem seřadila dle domén, potenciální diagnózy jsem umístila na konec výčtu. U každé z nich jsem navrhla cíl a plán péče. Po realizaci plánu jsem ve spolupráci s klientem zhodnotila výsledek péče.

U duševně nemocných lidí léčených na psychiatrických odděleních je většinou neporušená somatická stránka. Ošetřovatelská péče se tak především zaměřuje na stránku psychickou. Z toho vyplývá i specifikace ošetřovatelských diagnóz, které se liší dle epizody onemocnění. U manické fáze se objevuje například: 00079 Nedodržování léčebného režimu, 00138 Riziko násilí vůči jiným, 00130 Porušené myšlení. U depresivní epizody jsem zpracovala především diagnózy jako jsou: 00002 Nedostatečná výživa, 00093 Únava, 00146 Úzkost, 00150 Riziko sebevraždy.

V závěru kazuistik je sebesposuzující dotazník, ve kterém měli možnost klienti vyjádřit problémy, jež jim onemocnění způsobilo. Jejich odpovědi naznačují správnou diagnostiku bipolární afektivní poruchy a prožívané epizody.

Úskalím v diagnostice onemocnění je pozdní rozpoznání varovných příznaků klientem nebo rodinou a odložená návštěva lékaře. K přijetí do psychiatrické péče pak dochází teprve po plném propuknutí symptomů. V rámci hospitalizace bývá obtížná spolupráce s pacientem na léčebném procesu a nedostatečné navázání terapeutického vztahu mezi klientem a sestrou. Nepřesnosti, které se v bakalářské práci mohou vyskytnout, mohou vyplývat ze zastírání příznaků pacientem, nedostatečné pozornosti klienta či odmítání komunikace.

Tento jev se objevil při odebírání ošetřovatelské anamnézy, kdy nemocný O.R. během manické epizody se nebyl schopen dostatečně soustředit na kladené dotazy. Ke konci rozhovoru pod vlivem nedostatečného náhledu na své onemocnění odmítl odpovídat a dožadoval se propuštění. U obou klientů se v depresivní fázi projevila snížená hovornost, únava a potřeba odpočinku.

Ošetřovatelské diagnózy jsou především zaměřeny na psychickou stránku. Proto se jejich cíle a intervence mohou vzájemně překrývat. Přesto jsem se snažila možné diagnózy dle NANDA domén spojovat a uvádět jen ty stěžejní.

Přínos bakalářské práce pro mě spočívá v hlubším seznámení se s problematikou bipolární afektivní poruchy a ve vypracování ošetřovatelských diagnóz. Myslím, že dosud vyšlo jen malé množství publikací, které se ošetřovatelskými diagnózami dle systému NANDA zabývají. Současně se i domnívám, že na psychiatrických odděleních je stále o tvorbě ošetřovatelských diagnóz malá informovanost a jsou odsunuty na okraj zájmu ošetřovatelské péče.

Soupis bibliografických citací

1. HERMAN, E. a kol. *Bipolární porucha a její léčba*. 1.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-051-8.
2. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2.vyd. Praha: TIGIS, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
3. JANOSIKOVÁ, E., H.; DAVIESOVÁ J., L. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivost'*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1999. ISBN 80-8063-017-8.
4. BAUDIŠ, P. *Psychiatrie v číslech*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-35-2.
5. HERMAN, E.; PRAŠKO, J.; HOVORKA, J. *Diagnostika a léčba bipolární poruchy*. 1.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2003. ISBN 80-85912-93-7.
6. BREZNOŠČÁKOVÁ, D.; NOVÁK, T.; STOPKOVÁ, P. *Jak se vyrovnávat s mánií a depresí*. 1.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7345-131-8.
7. RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
8. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. 384s. ISBN 80-7367-122-0.
9. RABOCH, J.; JIRÁK, R.; PACLT, I. *Psychofarmakologie pro praxi*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-602-3.
10. VOKURKA, M.; HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6.vyd. Praha: MAXDORF, 2000. ISBN 80-85912-38-4.
11. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
12. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
13. DOENGES, M.E.; MOORHOUSE M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Sebeposuzující dotazník k hodnocení hypo/manických příznaků

Příloha B - Sebeposuzující dotazník k hodnocení depresivních příznaků

Příloha C - Deník nálady

Příloha D - Smlouva mezi pacientem a důvěrnou osobou

Příloha E – Slovník použitých termínů

Příloha A

Sebeposuzující dotazník k hodnocení hypo/manických příznaků

	Ano	Ne		
13. Vyskytlo se ve vašem životě někdy období, kdy jste se necítil jako obvykle a:				
cítil jste se tak dobře nebo tak rozjařený, že se jiní lidé domnívali, že to nejste zcela vy nebo že jste tak odbržděný, že se můžete dostat do problémů?				
byl jste tak podrážděný, že jste křičel na lidi nebo se začal prát nebo hádat?				
cítil jste více sebedůvěry než obvykle?				
potřeboval jste podstatně méně spánku než obvykle a zjišťoval, že vám spánek neschází?				
byl jste podstatně hovornější než obvykle nebo jste hovořil rychleji, než je u vás běžné?				
běžely vám velmi rychle myšlenky hlavou nebo jste nebyl schopen zpomalit tok myšlenek?				
rušily vás okolní věci do té míry, že jste měl problémy se soustředit nebo udržet myšlenkovou linii?				
měl jste více energie než obvykle?				
byl jste aktivnější než obvykle nebo jste dělat více věcí než je u vás obvyklé?				
byl jste více společenský nebo otevřený než obvykle, například telefonoval jste uprostřed noci přátelům?				
zajímal vás sex více než obvykle?				
dělal jste věci, které jsou pro vás neobvyklé, nebo o kterých by si druzí mohli myslet, že jsou nepřiměřené, bláznivé nebo rizikové?				
utrácení peněz přivedlo vás nebo vaši rodinu do potíží?				
4. Pokud jste zaškrtnli „ano“ u více než jedné z výše uvedených otázek, objevily se některé z těchto projevů ve stejném časovém období? Zakroužkujte pouze jednu odpověď.				
	Ano	Ne		
5. Jak velké problémy vám způsobily výše uvedené příznaky – například neschopnost pracovat, mít rodinu, peníze, mít problémy se zákonem, hádky a rvačky? Zakroužkujte pouze jednu odpověď.				
	Žádný problém	Malý problém	Střední problém	Závažný problém

Herman, E., Praško, J., Doubek, P., Hovorka, J. *Bipolární porucha a její léčba*. s.16

Příloha B

Sebeposuzující dotazník k hodnocení depresivních příznaků

Vyskytlo se u vás někdy období delší než 2 týdny, kdy jste se necítil jako obvykle a prožíval 5 a více z níže uvedených příznaků?	Ano	Ne
Cítil jste se smutný, na dně nebo prázdný?		
Ztratil jste zájem o věci, které vás dříve zajímaly?		
Zhubnul jste o více než 5% své původní hmotnosti?		
Spal jste příliš málo nebo příliš mnoho?		
Měl jste zpomalené nebo urychlené pohyby?		
Cítil jste se nadměrně unavený nebo cítil, že máte málo energie?		
Cítil jste neopodstatněné pocity viny za to, co jste udělal?		
Měl jste problémy se soustředit nebo rozhodnout se?		
Měl jste myšlenky na sebevraždu nebo jste ji plánoval?		

Herman, E., Praško, J., Doubek, P., Hovorka, J. *Bipolární porucha a její léčba*. s.17

Deník nálady

Nálada		Pro každý den zaznamenejte nejlepší a nejhorší náladu	
		Deprese	Hypománie
		-3	+3
		-2	+2
		-1	+1
		0	
		Počet hodin spánku	
		Úzkost	
		Podrážděnost	
		Denní poznámky	
		Psychoterapie	
		Lék.....mg/d	
		Lék.....mg/d	
		Lék.....mg/d	
		Lék.....mg/d	
		Lék.....mg/d	
		Hmotnost =	
1= mírná	Měsíc/rok	17.	
2= střední		18.	
3= výrazná		19.	
		20.	
		21.	
		22.	
		23.	
		24.	
		25.	
		26.	
		27.	
		28.	
		29.	
		30.	
		31.	

Herman, E., Praško, J., Hovorka, J. *Diagnostika a léčba bipolární poruchy*, s.15, 16

Příloha D

Smlouva mezi pacientem a důvěrnou osobou

Smlouva

Smlouva mezi panem/paní.....a důvěrnou osobou

Paní, pan.....touto smlouvou žádá svou důvěrnou osobu, aby v uvedených případech a situacích informovala lékaře a spolu s paní/panem.....postupovala podle krizového plánu (viz vlastní krizový plán):

1. pokud bude spánek kratší než.....hodin po dobudnů
utrácení více než.....Kč za den
konzumace více než.....alkoholu po dobu.....dnů
konzumace více než.....cigaret po dobu.....dnů
užívání léků.....vynechání po dobu.....dnů
2. pokud se objeví časné varovné příznaky:

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

podpis žadatele

podpis důvěrné osoby

Příloha E

Slovník použitých termínů

Extrapyramidové příznaky

1. časné (parkinsonský syndrom, akutní dyskineze, akatizie)
 2. pozdní (tardivní dyskineze a dystonie, tardivní akatizie)
- *Parkinsonský syndrom* – podobá se Parkinsonově chorobě, projevuje se svalovou rigiditou (ztuhlostí), klidovým tremorem (třesem), zpomaleným psychomotorickým tempem, sníženou pozorností a apatií, maskovitým obličejem, šouravou chůzí
 - *Akutní dyskineze* – je charakterizována mimovolnými pohyby v oblasti šíje, obličeje, trupu, končetin, okulogyrní krizí (stáčení bulbů vzhůru), tortikolis, dysfagií (poruchami polykání)
 - *Akatizie* – je někdy nazývána jako syndrom neklidných nohou, nemocný není schopen stát či sedět v klidu, přešlapuje, přechází, pociťuje vnitřní tenzi a úzkost, která může vyprovokovat až suicidální jednání
 - *Tardivní dyskineze* – vzniká převážně po dlouhodobém užívání antipsychotik, projevuje se grimasováním, přežvykováním, vyplazováním jazyka, špulením rtů, rychlým tremorem horního rtu. Jedná se tedy o přítomnost abnormálních mimovolných pohybů ve více svalových skupinách (tváře, rty, čelisti, jazyk, horní a dolní končetiny, trup).
 - *Tardivní dystonie* – jedná se o mimovolné, bolestivé, pomalé tonické stahy svalů, projevuje se jako torticollis, retrokolis, opistotonus (9, s.75-76, s.84; 10, s.320)

Neuroleptický maligní syndrom

Jedná se o vážnou, život ohrožující komplikaci užívání neuroleptik. Může se objevit již po první dávce. Projevuje se svalovou rigiditou, extrapyramidovými příznaky, stuporem, hypertermií, pocením, tachykardií a tachypnoí, labilním tlakem a poruchami vědomí (delirium, somnolence, sopor, kóma). Riziko úmrtí v dospělém věku se pohybuje kolem 13%. (9, s.81)

Opistotonus

Pozice těla s obloukovitým prohnutím dozadu (do „mostu“), které je způsobeno křečí zádového svalstva. (10, s.320)

Toticollis

Stočení hlavy k jedné straně krku často provázené bolestivým spasmem (zvýšeným napětím) krčních svalů. (10, s.443)