

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Anna Maueróvá

Óšetřovatelská péče o pacienta s poruchou afektivity
Nursing care of patient with an affective disorder

Bakalářská práce

Praha, květen 2024

Autor práce: Anna MauEROVÁ

Studijní program: Všeobecné ošetrovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: Psychiatrické oddělení ÚVN

Předpokládaný termín obhajoby: 24. 6. 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze ve Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne: 20. 5. 2024

Anna Mauzerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce Mgr. Tomáši Petrovi, Ph.D., za jeho odborný dohled, konzultace a poskytnuté materiály. Poděkovat se sluší také pacientovi, který se mnou po celou dobu spolupracoval v rámci mého psaní praktické části. Speciální díky patří všem mým kamarádům a rodinným příslušníkům, kteří mi pomáhali překonávat těžkosti vzniklé při práci s technikou.

Obsah

Úvod.....	6
1. Teoretická část.....	7
1.1. Afektivní poruchy (poruchy nálad).....	7
1.2. Historie onemocnění.....	7
1.3. Současnost.....	8
1.4. Epidemiologie.....	9
1.5. Etiopatogeneze.....	9
1.6. Rizikové faktory.....	10
1.7. Bipolární afektivní porucha.....	10
1.7.1. Mánie.....	11
1.7.2. Druhy mánie.....	12
1.7.3. Hypománie.....	12
1.7.4. Deprese.....	13
1.7.5. Smíšená epizoda.....	14
1.7.6. Agrese.....	15
1.7.7. Remise.....	15
1.8. Vyšetřovací metody.....	16
1.9. Terapie.....	16
1.9.1. Důvody vyhledání léčby.....	17
1.9.2. Terapie manické fáze.....	17
1.9.3. Terapie depresivní fáze.....	19
1.9.4. Terapie smíšené fáze.....	19
1.9.5. Dlouhodobá a profylaktická terapie.....	20
1.9.6. Psychoterapie u bipolární afektivní poruchy.....	20
1.10. Komorbidita.....	21
1.11. Relaps.....	22
1.12. Varovné příznaky.....	22
1.13. Suicidalita.....	22
2. Praktická část.....	24
2.1. Metodologie.....	24
2.2. Ošetrovatelský model dle Hildegard Peplau.....	24
2.3. Ošetrovatelská péče u depresivního pacienta.....	25
2.4. Ošetrovatelská péče u manického pacienta.....	26
2.5. Role sestry v rámci interpersonálního vztahu.....	27
2.6. Případová studie.....	28
2.6.1. Identifikační údaje pacienta.....	28
2.6.2. Anamnéza.....	29
2.6.3. Plán péče.....	32
2.6.4. Zhodnocení stavu pacienta – průběh hospitalizace.....	39
3. Diskuze.....	46
4. Závěr.....	48
5. Seznam použité literatury.....	49
6. Přílohy.....	52

Úvod

Poruchy afektivity představují významnou kategorii duševních onemocnění, která zasahuje do života mnoha jednotlivců, ovlivňující nejen jejich psychický stav, ale také sociální interakce a každodenní fungování. Mezi tyto poruchy patří i bipolární porucha, charakterizovaná výkyvy nálad mezi obdobími mánie a deprese.

Bipolární afektivní porucha (BAP), dříve známá jako maniodepresivní psychóza, představuje výzvu pro pacienty, jejich blízké i poskytovatele zdravotní péče. Tato porucha nejenže ovlivňuje emocionální stav jednotlivce, ale také se promítá do fyzického a sociálního zdraví. Ošetrovatelská péče o pacienty s bipolární poruchou vyžaduje komplexní přístup, který zohledňuje specifické potřeby v každé fázi onemocnění.

Cílem této kazuistiky je podrobněji prozkoumat ošetrovatelský přístup k pacientům s bipolární poruchou, s důrazem na individuální potřeby, preventivní opatření a podporu jak během akutních epizod, tak v období remise. Analyzovat tuto problematiku z ošetrovatelské perspektivy je klíčové pro optimalizaci péče a zlepšení celkové kvality života pacientů žijících s touto komplexní poruchou.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na epidemiologii bipolární poruchy, diagnostická kritéria, a především na konkrétní aspekty ošetrovatelské péče, které by mohly vést k lepšímu porozumění a léčbě této závažné psychické poruchy.

1. Teoretická část

1.1. Afektivní poruchy (poruchy nálad)

Přibližně pětina populace je během života postižena nějakým typem poruchy nálady, tím se tato skupina diagnóz řadí mezi nejčastější duševní poruchy.

Afektivní poruchy ovlivňují nejen náladu, ale prakticky celý život a jeho aspekty. Patří mezi nejdříve diagnostikované stavy v psychiatrii. „Ovlivňují aktivitu, racionalitu, výkonnost, motivaci, pozornost, motoriku, vztahovost a další psychické i fyzické funkce“.[1] Fluktuace mezi náladami je v určitých mezích fyziologická. Člověk s diagnózou afektivní poruchy se v tomto směru fyziologickým stavům vymyká. Je důležité určit správnou diagnózu a dle toho poté nastavit odpovídající léčbu. V některých případech toto může zachraňovat životy. Manické a depresivní stavy se mohou vyskytovat samostatně. Poté se jedná o unipolární průběh. Pokud se manické stavy s depresivními střídají, vyskytují se tedy v průběhu života oba, jedná se o bipolární průběh. Stavy se mohou střídat v různých intervalech a intenzitách.

1.2. Historie onemocnění

Již z doby starověkého Řecka jsou dochovány zmínky o stavech blouznění doprovázeného veselou až bujarou náladou. Byl to lékař Soranus, kdo jako první užil slovo mánie. A byl to právě on, kdo také poukázal na to, že manický stav střídají u pacienta stavy únavy, melancholie a smutku. Také stav, který dnes známe pod názvem smíšená fáze, byl popsán tímto lékařem v prvním století před naším letopočtem.

Vztah mezi mánií a melancholií popsal Aretaeus z Kappadokie, roku 150 našeho letopočtu, tak, že melancholie je jakousi předzvěstí mánie a je tedy její součástí.

Aretaeus zmiňoval i více vážný stav psychotické mánie, kde zmiňuje halucinace, podivné sny, agresi ve které může nemocný ublížit jiným, nebo sám sobě.

V osmnáctém století začalo v Evropě docházet v péči o psychicky nemocné k jisté humanizaci a v rámci toho se také začaly podrobně vést záznamy v chorobopisech a byla prováděna důkladná klinická vyšetření. Právě díky tomu Jean-Pierre Falret, francouzský psychiatr, znovuobjevil souvislost mezi melancholií a stavem mánie. Tuto souvislost poté pojmenoval jako „cirkulující mánie“ a uvedl, že porucha má výraznou genetickou predispozici.

Toho času výsledky svého pozorování prezentoval také Jules Baillarger jako „mánie dvojí formy“.[1]

Německý psychiatr Emil Kraepelin (1856 – 1926) je známý díky tomu, že spojil dohromady melancholii a mánie v jednu chorobu, ale také protože vytvořil metodologii v pozorování.

1. Genetická predispozice v rodině.
2. Četnost přechodů mezi manickými a depresivními fázemi během dlouhodobého sledování.
3. Epizody, které neodpovídají typické osobnosti pacienta.
4. Současný výskyt příznaků deprese a euforie v jedné epizodě.
5. Většinou průběh onemocnění ve formě periodických období.

WHO ve své mezinárodní klasifikaci nemocí Kraepelinův koncept využívá dodnes.[2]

1.3. Současnost

Přibližně od druhé poloviny minulého století se rozšířil názor, že deprese vyskytující se bez stavů mánie či hypománie (unipolární deprese), je značně odlišná od depresivních stavů vyskytujících se v nižším věku a u nichž jsou právě manické nebo hypomanické epizody přítomny (bipolární deprese).[3]

1.4. Epidemiologie

Celoživotní výskyt bipolární afektivní poruchy (BAP) je uváděn v rozmezí 0,2-2,4%. V širším rámci zahrnutí bipolárního spektra je výskyt odhadován mezi 4–5%. Zatímco v případě unipolární deprese, která je dvakrát častější u žen, v případě bipolární poruchy rozdíl ve výskytu mezi pohlavími není. Ženy častěji trpí rychlým cyklováním a častěji se u nich přidruženě vyskytují poruchy příjmu potravy a abúzus návykových látek (alkohol). I průběhově ženy trpí depresivními epizodami více často než muži.[4]

1.5. Etiopatogeneze

Patofyziologie přenosu BAP zatím zcela objasněna není, svou roli zde hrají jak biologické a genetické, tak psychosociální příčiny. Nejčastěji jejich kombinace. Za poslední dekády bylo shromážděno mnoho informací, které vyjasňují pohled na toto onemocnění.

Studie, které pracující se zobrazovacími metodami mozku neměly zcela jasné výsledky. Mezi některými nemocnými, častěji u mužů, jsou zjišťovány známky mírné regresivní změny postihující korové oblasti mozku.

Je doložena také role neurotransmiterových změn. Existuje obecná hypotéza, která popisuje narušení kompenzačních mechanismů. U pacientů není možná adekvátní adaptace a kontrola změn, které vyvolává vnitřní a vnější prostředí. I drobné změny vedou k významným změnám nálady, chování, cirkadiálního rytmu, spánku, neuroimunitních a neuroendokrinních regulací. Největší vliv na patogenezi má změna neurotransmise v dopaminergní, serotoninergní a GABAergní soustavě.[4]

Do biologických faktorů, které jsou často zmiňované, patří například virové infekty, úrazy hlavy, nebo poruchy endokrinních žláz. Právě biochemický podklad této nemoci působí, že osoby trpící bipolární afektivní poruchou, mají sníženou toleranci snášení jakéhokoliv psychické zátěže. Může se jednat o nejrůznější stresové životní prožitky, užívání léků, alkoholu, špatná spánková hygiena.

Výše zmíněné stresové životní situace řadíme do psychosociálních faktorů. Jedná se především o špatně rodinné vztahy, ztráta blízké osoby, nebo pohlavní zneužívání a to především v období dětského věku. Stejně tak, jak rodina může ke vzniku onemocnění přispět, je ale dobré zmínit, že spolupráce se členy rodiny může průběh léčby pozitivně ovlivnit.[5]

Vliv na vznik může mít také genetika. V případě deprese se mohou vyskytovat genetické markery pro její přenos. Existence konkrétního genu, či jejich seskupení, jež by byly zodpovědné za genetický přenos afektivních poruch, je spíše nepravděpodobná. V rámci genetiky jde tedy spíše o schopnost konkrétního jedince vyrovnávat se stresem, což poté může vést ke vzniku afektivní poruchy.[6]

1.6. Rizikové faktory

Rizikových faktorů je v rámci bipolární poruchy hned několik. Jedním z rizikových faktorů jsou genetické predispozice. Tedy pokud bipolární poruchou trpí rodinný příslušník, existuje větší riziko vzniku. Dalším faktorem je také těžká deprese v mladém věku, popřípadě prožité trauma. Přispět k rozvoji bipolární poruchy může také zneužívání stimulačních a psychoaktivních látek. Do látek, které mohou přispět ke vzniku mánie, řadíme: alkohol, kokain, halucinogeny, amfetaminy a kofein.[3]

1.7. Bipolární afektivní porucha

Typickými znaky pro bipolární afektivní poruchu jsou stavy střídání mánie a deprese. Aktivita i nálada jsou viditelně narušeny. Existuje i stav nazývaný se smíšená epizoda, který, jak samotný její název napovídá, se vyznačuje smíšenými, popřípadě v krátkých intervalech se střídajícími manickými, depresivními, nebo hypomanickými příznaky.

S afektivními poruchami nálady bývá často spojeno nadužívání návykových látek. Přibližně třetina pacientů s touto diagnózou v důsledku

rostoucího počtu epizod začne trpět osobnostními změnami. Dopady bývají zaznamenány i v psychosociální oblasti.

1.7.1. Mánie

Manická fáze (F30) se vyznačuje nadměrně zvýšenou náladou. Mezi projevy manické fáze patří výrazně zvýšená aktivita, roztržitost, neklid. Člověk v manické fázi bývá velmi hovorný, může docházet až k verbální agresi. Pro tuto fázi bývá typické také utrácení, zvýšení sexuální aktivity a impulzivní chování. Není pravidlem, že je v manické fázi nálada jen euforická. Člověk v manické fázi může být také podrážděný a může docházet až ke slovní agresi. Poté se jedná o rezonantní náladu.

V manické fázi dochází k povznesení nálady nezávisle k okolnímu dění. Dochází k zrychlení myšlení, řeči i gestikulace. Řeč je hlasitá, budící pozornost. Dotyčný se nechá snadno rozptýlit, rychle mění témata konverzace. Klesá potřeba spánku, zvyšuje se sexuální apetit. Vyskytuje se zde také nadměrné sebevědomí a ztráta sociálních zábran. Přes nadměrné přátelské projevy, jakými mohou být například opakované telefonáty, až po flirtování a navazování nových známostí ve formě, která již neodpovídá konvenčnímu chování. Mění se také vztah k jídlu. Může se jednat buď o nechutenství, nebo naopak o přejídání se.

Dopady má manické chování jak psychosociální, tak i materiální. Může docházet ke ztrátám majetku, narušením mezilidských vztahů a existuje zde i riziko zvýšené úrazovosti. Konsekvence mohou vzniknout i v důsledku spáchaného trestného činu, kterým může být například rychlé řízení vozidla.

U nemocných se může vyskytovat také přesvědčení o jejich schopnostech v rámci například umělecké tvorby. Lidé se častou pouštějí do mnoha různých činností, kdy ale většinu z nich nedokončí a přechází od jedné ke druhé. Přesvědčení o jejich nadměrném talentu a umu může gradovat až do bludných stavů. Jedná se o bludy megalomaničeského a grandiózního charakteru. Pokud se začnou u manického stavu vyskytovat bludy, halucinace nebo dezorganizace myšlení, jedná se o mánii s psychotickými příznaky (F30.2). Mánie s psychotickými příznaky dále dělíme na dva druhy. Tedy mánii, kdy psychotické příznaky reagují s nadnesenou náladou, například hlasy jednající o nadměrném

talentu. Poté se jedná o mánii s psychotickými příznaky odpovídajícími náladě (F30.20) Pakliže psychotické příznaky nereagují s náladou, například se vyskytují paranoidní bludy, jedná se o mánii s psychotickými příznaky neodpovídajícími náladě.

Lidé v manické fázi nejsou schopni odhadnout, jaké důsledky jejich chování bude mít. Vzhledem k této skutečnosti je komunikace s nemocným a jakákoliv snaha o jeho umírnění velmi náročná. Dotyčný přes všechny pozitivní emoce a nápor energie nepociťuje potřebu se jakkoliv léčit a tím spíše nechat se hospitalizovat. Pokud člověk v mánii bezprostředně ohrožuje své okolí nebo sám sebe, může to vést i k nedobrovolné hospitalizaci. Aby stav mohl být diagnostikován jako manický, musí trvat alespoň týden.

1.7.2. Druhy mánie

Mánie můžeme rozdělit na více forem. Mánie simplexní je typická povznesenou, dobrou náladou. Mánie rezonantní je naopak typická náladou podrážděnou, ne-li přímo agresivní. Mánie paranoidní je doprovázena stavu nedůvěry, skepse. Mánie inventorní je typická pro stavu tvořivosti, vynalézavosti. Mánie religiózní je spojena s náboženskými obrazy. Mánie konfuzní se vyznačuje zmateným mluveným projevem i chováním. Mánie stuporozní se od předchozích stavů svými projevy liší, nelze ji označit za zcela typickou. Nemocný leží, nehýbe se, usmívá se a nic neříká.[7]

1.7.3. Hypománie

Pokud stav trvá kratší dobu, konkrétně minimálně čtyři dny, jedná se o hypománii, která mívá mírnější projevy. Předpona hypo, v překladu znamená pod, jedná se tedy o stav pod plně rozvinutým manickým stavem. Během stavu hypománie není narušen osobní život.[7] Vyskytuje se zde nálada mírně nadnesená forie, nadbytek energie a celkově se nemocný cítí dobře. Hypománie by neměla vést ke zhoršení sociální funkce daného jedince a neměla by nutně vést k hospitalizaci. Při hypománii by se neměly vyskytovat psychotické příznaky.[8]

1.7.4. Deprese

Depresivní fáze (F32) je „*depresivní nálada charakterizována smutkem, ztrátou zájmů, potěšení a spontánní motivace (aktivit) po dobu alespoň dvou týdnů.*“ [7] Deprese je tedy stav melancholie, smutku. Mohou se vyskytnout i úzkostné stavy, nebo pacient může být „bez nálady“. Deprese je komplexní stav a má vliv na mnoho systémů. Narušuje imunitu, spánek, cirkadiánní rytmy. Má dopad na mezilidské vztahy. Několik studií pracuje s výpověďmi depresivních pacientů, kteří zároveň prošli bolestivým onemocněním somatického rázu. Většina z nich uvedla, že depresivní stavy pro ně byly horší, než obtíže somatické. [9] Nemocný bývá bez energie, ztrácí výkonnost a rychlost při provádění činností, které dříve bez problémů zvládal. Myšlenky jsou laděny pesimisticky, bývá přítomen i pocit viny a snížené sebevědomí i sebeúcta. Pocity beznaděje mívají někdy takovou intenzitu, že se mohou začít objevovat myšlenky na smrt, která se zdá být východiskem. Mezi hloubkou deprese a myšlenkami na sebevraždu existuje přímá úměra. Tedy čím hlubší je depresivní fáze, tím častěji se objevují myšlenky na ukončení vlastního života.

Lidé v depresi se hůře soustředí. Mohou se vyskytovat poruchy koncentrace a neschopnost rozhodnout se. Kognitivní funkce v depresivní fázi mohou být narušeny do té míry, že mohou připomínat projevy demence.

Stejně jako u mánie, i u deprese ve výčtu příznaků nacházíme snížení chuti k jídlu. Pro depresivní stavy je právě snížená chuť k jídlu a úbytek hmotnosti typický. V nižších řádkách procent ale může docházet naopak k „zajídání“ deprese a tedy i přibývání na váze. Vyskytují se zde také poruchy spánku. Zatímco u mánie nemocný nespí z důvodu pocitu přehršle energie, v depresivních stavech nemocný naopak trpí ztrátou energie, přesto ho ale trápí obtížné usínání a brzké probouzení. Obvykle se budí o dvě a více hodin dříve, než byl zvyklý.

Se ztrátou energie dochází k celkovému utlumení. Dotyčný mluví a pohybuje se pomaleji, než bývá zvykem. Někdy ale naopak u lidí trpících depresí můžeme pozorovat spíše neklid.

Deprese hraje velkou roli v psychosomatice. Působí tedy i tělesné obtíže, jako jsou zažívací obtíže, tlak na hrudi a bolesti těla. Zároveň může depresivní

stav působit zhoršení již stávajících nemocí. Existuje také pojem larvovaná deprese, kdy výrazné a různorodé tělesné příznaky překrývají příznaky psychické. V tomto případě dotyčný navštěvuje lékaře se somatickými problémy, ale jejich léčba, pokud se vůbec nějaká nastaví, bývá neefektivní. Vliv na mluvený projev nebývá pouze kvantitativního rázu, postihuje i kvalitu. Mluva je tišší, obsahově chudší.

V těžké depresi člověk může zanedbávat i sebe péči. Depresivní lidé se často stahují do ústraní, nevyhledávají sociální kontakty, izolují se, nepřijímají nabízenou pomoc. Stejně jako v mánii i v depresi se mohou objevovat psychotické symptomy, jakými bývají bludy a halucinace.

Deprese můžeme dále rozdělit, stejně jako mánie, dle toho zda se vyskytují psychotické příznaky a zda reagují s náladou. Tedy pokud se objevují bludy laděné do pocitů provinění, méněcennosti, jedná se o Těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky odpovídajícími náladě (F32.30). Pakliže psychotické projevy s náladou nereagují, jedná se o Těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky neodpovídajícími náladě (F32.31)

V rámci deprese jde co se týče přetrvávání příznaků spíše o dlouhodobou záležitost. Bavíme se zde o rádech týdnů a měsíců a to i v případě léčeného stavu deprese.[7]

1.7.5. Smíšená epizoda

Smíšenou epizodou nazýváme stav při přechodu z jedné fáze bipolární poruchy do druhé. Tedy přechod z fáze manické do fáze depresivní, nebo naopak. Docházet může také k neúměrnému střídání epizod. Zároveň může jít ale také o stav, během kterého se mísí jak manické, tak depresivní příznaky do sebe.[3]

V rámci komorbidit souvisejících s právě probíhající smíšenou epizodou, je nutno zmínit riziko drogové závislosti a komorbidní úzkostné poruchy. Přesto, že zatím není zcela jasné, proč tomu tak je, postihuje smíšená epizoda více ženy než muže. Odkazuje na to například studie Akiskal et al., 1988. [3]

1.7.6. Agrese

Agrese je specifická pro pacienty v manické, nebo smíšené fázi onemocnění. Může se vyskytovat z důvodu podráždění, ale může být také specifickým znakem pojmím se se začátkem manické nebo smíšené epizody u konkrétního pacienta. Agresivitu může zvyšovat i komorbidita s jinými onemocněními. Komorbidita se odvíjí od věku nástupu onemocnění, abúzu alkoholu, nebo jiných návykových látek. Celkově platí, že abúzus návykových látek, má nezanedbatelný vliv na agresivní chování u psychicky nemocných. Další roli v rámci agresivity u pacientů s BAP, hraje zneužívání v dětství.

Zklidnění agresivních pacientů s BAP je možné řešit farmakologickou cestou v podobě podání injekčních atypických antipsychotik. Pro potřebu delšího farmakologického zvládnání agrese, je vhodné využít atypická antipsychotika v kombinaci se stabilizátory nálady. Důležitou součástí zvládnání agresivních pacientů, je také přístup nefarmakologický. Agresivní projevy jsou v rámci manické nebo smíšené epizody impulzivní, přesto je ale možné, aby personál z pacientova chování toto riziko vyčetl a včas mohl adekvátně reagovat. [10]

Nefarmakologická léčba spočívá ve správné komunikaci s pacientem. Je možné s ním probrat, co ho trápí, popřípadě mu nabídnou řešení v podobě pobytu stráveném v klidu v nerušených prostorách. Je vhodné obecně omezit rušivé faktory v okolí pacienta. Personál toho může docílit tak, že zajistí útlum světla, vypnutí telefonu, nebo již zmiňovanou možnost pobytu v tichu.[11]

1.7.7. Remise

Remisí myslíme období, kde je pacient bez jakýchkoli příznaků a kdy nesplňuje kritéria depresivní, ani manické fáze. Přesto můžeme ale pozorovat přítomnost zbytkových příznaků, mohou být poznamenány kognitivní funkce a pacient je méně odolný v rámci snášení stresu.[3]

1.8. Vyšetřovací metody

V rámci základní diagnostiky v psychiatrii pacient podstoupí vstupní komplexní vyšetření. Vyšetření provádí psychiatr, ať už v ambulanci, nebo v rámci hospitalizace.

Součástí vyšetření je sběr osobních dat. Tedy jména, příjmení, rodného čísla, bydliště a zdravotního pojištění. Dále lékař zapisuje současná onemocnění, odebírá anamnézu, provádí tělesné vyšetření a popisuje psychický stav. Dle zjištěných informací lékař poté stanoví diagnózu a plán péče/terapie.[7]

Afektivní poruchy jsou diagnostikovány dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Aby mohla být stanovena diagnóza Bipolární poruchy, je nutné, aby v pacientově anamnéze byly zaznamenány dvě jednoznačné epizody.

V rámci diagnostiky je důležité umět rozpoznat jiná onemocnění, která mají ale podobné příznaky, jako právě bipolární porucha. Jedná se například o schizofrenii, samostatnou depresi, nebo organické příčiny, tedy takové, které souvisí se somatickým onemocněním. Podobné příznaky může vyvolat i užití některých léků, jakými jsou třeba antidepresiva.[3]

1.9. Terapie

Cíl léčby BAP spočívá v takovém ovlivnění příznaků, aby došlo k návratu na běžnou úroveň psychosociálního fungování. Uvádí se, že by současná léčba měla být založena na důkazech. Tedy, že by měla být preferována léčba prokazatelně účinnější a jejíž výsledky by měly být měřitelné. Součástí léčby by měla být i kombinace s psychosociální intervencí zaměřující se na minimalizaci destabilizujících prvků a psychoedukací zaměřující se na předcházení recidivám. Léčebné postupy jsou voleny dle klinického obrazu konkrétního pacienta.[12]

Léčbu dělíme na akutní, udržovací a profylaktickou. Akutní léčba zmírňuje a ideálně také odstraňuje příznaky onemocnění. Dlouhodobá léčba má za cíl zabránit relapsu a zajišťovat kvalitní období remise. Farmakologická profylaxe, jejíž součástí je i psychoedukace, může udržovat pacienta v remisi trvající i

několik let a může mít vliv na snížení psychiatrické komorbidity. Svou roli zde hraje lithium, které snižuje riziko sebevraždy.[4]

1.9.1. Důvody vyhledání léčby

Důvodem k vyhledání léčby pro pacienty bývá obvykle stav deprese. Naopak v manické fázi prakticky pacienti dobrovolně nepřicházejí. Obvykle je přivede rodina, kolegové, nebo policie. Hlavním důvodem pro vyhledání léčby jsou tedy deprese. Tvoří přibližně 60 % všech důvodů. Mezi další důvody pak řadíme úzkosti, potíže se spánkem, nebo vzniklé závislosti.[3]

1.9.2. Terapie manické fáze

V léčbě manické, případně hypomanické fáze je cílem rychle převzít kontrolu nad projevy této fáze. Chování spojené s manickou fází přináší riziko nejen pro pacienta samotného, jeho okolí, ale v případě hospitalizace, i pro ošetřující personál.

Chování v manické fázi může mít i po odeznění tohoto stavu dlouhodobý psychosociální dopad. Mánie se také pojí s rizikem úmrtí. Nejedná se ale o riziko suicidia, jako je tomu u depresivní fáze. Pacient se v rámci neschopnosti odhadnout vlastní schopnosti může dostat do situací riskantních a nebezpečných, které mohou končit smrtí.[3]

Základní farmakologická léčba manické fáze obvykle zahrnuje stabilizátory nálady. Tyto léky, jak už ostatně napovídá jejich název, pomáhají stabilizovat náladu a také snižují intenzitu průběhu manických epizod.

Nejužívanějším stabilizátorem nálady je lithium,, které mimo to, že pomáhá stabilizovat náladu, také ovlivňuje chemickou rovnováhu v mozku a je u něho prokázán antisuicidální účinek. U lithia a stabilizátorů nálady obecně platí nutnost užívat dlouhodobě a pravidelně. Náhlé vysazení, nebo nasazení léčby, popřípadě její přerušování, může vést k rozvoji nových manických i depresivních epizod, popřípadě až k farmakorezistenci. Hladinu lithia je nutné hlídat i z důvodu možnosti projevu toxických účinků lithia. Proto sledujeme jeho hladinu v rámci laboratorních výsledků.[7]

Další lékovou skupinou užívanou v léčbě manické fáze bipolární afektivní poruchy, jsou antikonvulziva. Valproát (kyselina valproová), Karbamazepin a Lamotrigin. I tyto léky řadíme do stabilizátorů nálady.

Při léčbě manických epizod je možnost využití také antipsychotik (dříve neuroleptika), jako jsou například Chlorpromazin, Haloperidol, nebo Quetiapin. Antipsychotika v akutní léčbě mánie pomáhají snižovat projevy příznaků a snižují psychotické symptomy.[13]

U manických pacientů se mohou vyskytovat přidruženě také úzkostné stavy. Úzkostný stav, neboli anxieta, lze popsat jako pocit jistého napětí, strachu či neklidu. V rámci somatických projevů se u úzkostných stavů může vyskytovat bušení srdce, pocení, sucho v ústech nebo třes. K léčbě úzkostných stavů užíváme anxiolytika, která na rozdíl od výše zmiňovaných stabilizátorů nálady a antipsychotik není vhodné užívat dlouhodobě a pravidelně. Je proto ideální snažit se optimalizovat jejich užívání na co nejkratší dobu. Přesto právě anxiolytika se ale řadí k nadužívaným lékům a v důsledku toho následně vznikají závislosti a tolerance. Způsob účinku jednotlivých anxiolytik se liší, lze je ale obecně popsat jako léky s tlumivým účinkem. Při jejich užití je nutno brát na zřetel skutečnost, že mohou ovlivňovat vigilitu, rychlost reakcí a pozornost.

Při průběhu jak manické, tak depresivní epizody se může vyskytnout nespavost, jejíž farmakologickým řešením jsou hypnotika, která stejně jako anxiolytika mají tlumivý účinek. Hypnotika působí tlumivě, navozují spánek a mohou snižovat úzkost. Stejně jako anxiolytika, by i hypnotika měla být užívána pouze krátkodobě a cíleně.

Podání hypnotik by měla předcházet režimová léčba, kdy se snažíme pečovat o spánkovou hygienu a přizpůsobovat a upravovat režim tak, aby vedl k lepšímu spánku i bez farmakologického zásahu.[7]

Elektrokonvulzivní terapie je způsobem, ke kterému se přikláníme, pokud potřebujeme rychle účinnou léčbu, pokud jsou jiné způsoby léčby rizikovější, nebo pokud máme záznam o úspěšné elektrokonvulzivní léčbě z minulosti. V těchto případech se jedná o indikace primární. Indikacemi sekundárními jsou odolnost proti farmakoléčbě, nepoměr mezi kladnými a nežádoucími účinky jiné

léčby a při zhoršení stavu. U mánie je účinnost elektrokonvulzivní léčby uváděna kolem 80 %. Mezi nežádoucí účinky elektrokonvulzivní léčby patří nauzea, zvracení a bolesti hlavy a svalů.[14]

1.9.3. Terapie depresivní fáze

V minulosti se pozornost psychiatrů upírala spíše na manické fáze a léčba depresivních epizod byla zanedbávána. Ve skutečnosti ale průměrný pacient s bipolární afektivní poruchou mívá více epizod depresivních, které navíc bývají delší, než epizody manické. I riziko suicidia je v depresivní fázi vyšší, než ve fázi manické.[3]

V rámci léčby deprese je cílem odstranit příznaky onemocnění a zabránit relapsu. Léčba je přizpůsobena periodickému průběhu afektivní poruchy a dělí se na akutní, udržovací a profylaktickou.[13]

Stejně jako u manické fáze i v léčbě fáze depresivní hrají roli stabilizátory nálady. Při léčbě se postupuje od podání správně určeného stabilizátoru nálady až přes kombinaci různých způsobů léčby. Léčba samotným antidepresivem bez kombinace se stabilizátorem nálady není doporučována. Vhodná pro léčbu jsou SSRI antidepresiva (Bupropion, Venlafaxin). Rizikovými jsou naopak tricyklická antidepresiva, u kterých hrozí přesmyk do hypománie, či mánie.[15] Pokud dochází k relapsům, prvním řešením bývá optimalizace dávky již podávaného léku. Stejně jako u manické fáze i u depresivní je využívána elektrokonvulzivní terapie.[3]

1.9.4. Terapie smíšené fáze

Směšenou fázi alespoň jednou v životě zažila přibližně polovina pacientů s BAP. U této epizody je v první řadě nutné zmírnit její příznaky, kterými může být agrese či agitovanost. Léčbu můžeme rozdělit do třech fází. První z nich je léčba akutní, kdy se snažíme docílit remise a návratu k běžnému fungování. Fází druhou, která na první fázi navazuje, je fáze pokračovací, kdy se snažíme zamezit relapsu. Fází třetí je fáze udržovací, kdy je vytvářena snaha o prevenci vzniku dalších epizod.[16]

1.9.5. Dlouhodobá a profylaktická terapie

Podstatnou součástí dlouhodobé a profylaktické léčby je podávání stabilizátorů nálady. Nutností pro zahájení dlouhodobé léčby, je zvládnutí akutní fáze léčby, nedochází k znovuvzplanutí a pacient je bezpříznakový. Stabilizátory nálady pacienti užívají v řádu let. Dlouhodobá léčba některých stavů užívání stabilizátorů nálady vyžaduje celoživotně. V rámci stabilizátorů nálady mluvíme o těchto čtyřech. Jsou to Lithium, Karbamazepin, Valproát a Lamotrigin. Lithium má jedinečnou schopnost zamezovat sebevražednému jednání, zůstává i proto jedním z nejčastěji volených stabilizátorů nálady.

V dlouhodobé profylaktické léčbě jde o zabránění relapsu, případně jeho oddálení. Zabraňovat nebo snižovat riziko suicidia, zabránit cyklování a snažit se zlepšit psychosociální stav daného jedince.

Udržovací léčba se doporučuje obvykle již po prodělání první manické fáze. Je důležité umět remisím předcházet, nikoliv pouze pracovat s již vzniklou epizodou. Z tohoto důvodu je udržovací léčba zásadní. Vzplanutí epizody ať už manické, tak depresivní, má vliv nejen na pacientovo zdraví, ale dopadá i na jeho sociální, ekonomickou i pracovní situaci.[3]

1.9.6. Psychoterapie u bipolární afektivní poruchy

V první fázi léčby je významným prvkem podávání psychofarmak. V této fázi je psychoterapie spíše podpůrnou léčbou, které vede pacienta k lepší spolupráci se zdravotnickým personálem.[3]

Terapii medikamentózní v případě bipolární afektivní poruchy doplňuje také psychoterapeutická léčba. Zlidovělým popisem psychoterapie se stal výrok docenta Jaroslava Skály a to, že psychoterapie je utkání, ve kterém boduje terapeut a vítězí pacient. Psychoterapie může probíhat jak během hospitalizace, tak pouze ambulantně. Cílem psychoterapie je mírnit příznaky, řešit problém a učít pacienta, jak mít problém pod kontrolou a jak k problému popřípadě přistupovat a nahlížet na něj.[17]

Psychoterapie je u bipolární afektivní poruchy nutností i proto, aby se jak pacient, tak jeho nejbližší okolí, mohli vyrovnat se skutečností přítomnosti

chronické nemoci s nutností dlouhodobé léčby. Právě psychoterapie, která pomáhá se pacientům vyrovnávat jak s přítomností onemocnění, tak i se skutečností možné dědičnosti této nemoci, bývá jakousi přípravou pro zdárnou farmakologickou léčbu.[6]

Psychoterapii můžeme rozdělit do několika rovin. První z nich je léčba zaměřená na rodinu, kdy jde především o edukaci, nácvik psychosociálních dovedností a schopnost řešení problémů. Tato léčba by měla také působit na snižování relapsů. Rodinná psychoterapie je účinnější, než psychoterapie individuální.

Další rovinou je interpersonální terapie a léčba sociálních rytmů. V tomto případě se jedná o pozorování, že pokud mají pacienti s bipolární afektivní poruchou stanovený pravidelný denní režim, ať už jde o stravování, spánek, nebo sociální kontakt, jsou poté méně emočně labilní. Společně s farmakologickou léčbou tedy významně zlepšuje nemocným kvalitu jejich života. U pacientů v remisi se často následně přechází v terapii kognitivně behaviorální, kdy se pacienti učí, jak snižovat riziko recidiv.[15]

1.10. Komorbidita

U lidí trpících bipolární afektivní poruchou existuje zvýšené riziko výskytu úzkostných poruch, panických poruch, vzniku drogové závislosti a fobií. Úzkostné poruchy se u bipolární afektivní poruchy vyskytují velmi často, přičemž častěji se vyskytují u žen. Dle studie Kessler, 1999, se až 93 % pacientů s bipolární afektivní poruchou I setká s alespoň jedním druhem úzkostné poruchy. Nejčastější úzkostnou poruchou vyskytující se u pacientů s BAP, je panická porucha. Dle Kessler (1997) je výskyt fobií u bipolární afektivní poruchy častější, než panická porucha. Mezi časté fobie řadíme agorafobii nebo sociální fobii. Sociální fobie bývá obvykle spjata s nižším věkem nástupu nemoci.[3]

V důsledku komorbidity jiných psychických poruch, může dojít k ovlivňování typů fází, jejich intenzity a trvání. Zároveň také přidružené psychické

onemocnění ovlivňuje způsob léčby, což vede k tomu, že terapie bývá delší a další vývoj onemocnění je hůře predikovatelný.[18]

1.11. Relaps

Bipolární afektivní porucha je dlouhodobé onemocnění, které se vyznačuje opakujícími se recidivami. Počet recidiv se u každého jedince liší a doposud není možné u tohoto onemocnění určit jeho průběh. Může jít o návrat příznaků některé z epizod, nebo o epizodu plně rozvinutou. Bipolární afektivní porucha je obvykle charakterizována fluktuujícím průběhem, který zahrnuje opakující se epizody deprese nebo mánie. Studie provedená na 82 ambulantních pacientech ukazuje, že hrozba relapsu je v průběhu pětileté udržovací léčby 73 %, přičemž jen jedna třetina z toho již poté opakované relapsy nemá.

Přibližně u jedné třetiny pacientů dochází s narůstajícím počtem epizod k osobnostním změnám. Relapsy komplikují průběh onemocnění i léčbu. Mají negativní dopad na psychiku nemocných i jejich nejbližších. Je důležité umět rozpoznat příznaky blížícího se relapsu.[19]

1.12. Varovné příznaky

U manické epizody můžeme pozorovat varovné příznaky jako nespavost, podrážděnost, nadnesená nálada, snížené soustředění a nadužívání návykových látek, jakými jsou například cigarety nebo alkohol. U depresivní epizody naopak pozorujeme jako varovné příznaky pocity smutku, úzkost, lítostivé stavy, pocit únavy a vlastního selhání.[19]

1.13. Suicidalita

Bipolární afektivní porucha může vyústit až v suicidium. U lidí s afektivní poruchou můžeme pozorovat větší frekvenci suicidálních myšlenek, pokusů i dokonaných sebevražd. Riziko sebevraždy je zde v porovnání se zdravou částí populace vyšší téměř dvacetkrát. V rámci léčby je tedy velmi důležité s touto

informací pracovat. Riziko sebevraždy je vysoké především v období deprese. Tato skutečnost ale nijak nevylučuje fakt, že riziko se vyskytuje i v manické či smíšené fázi a v období remise. Paradoxně není riziko nejvyšší v období té nejtěžší deprese, ale ve stavu mírného zlepšení. Nemocný totiž v této fázi získává energii na to, aby mohl suicidální myšlenky realizovat. Toto riziko snižuje farmakologická léčba, kdy se v rámci prevence podává lithium a antikonvulziva. V rámci farmakologické léčby se naopak poukazuje na to, že antidepresiva mohou mít u vnímavějších jedinců naopak vliv na zvyšování rizika sebevražedného chování.[3] Riziko sebevraždy narůstá, pokud je pacient aktivním uživatelem návykových látek. Je tedy důležité zavčas tento problém odhalit a začít s léčbou.

Farmakologickou léčbu co do prevence významně ovlivňuje také psychoterapie.[20] Nejčastějšími způsoby sebepoškození u hospitalizovaných pacientů jsou oběšení, předávkování, skok z výšky a předávkování. Je třeba tyto informace znát při zajišťování bezpečného prostředí v nemocničních zařízeních. Suicidium hospitalizovaného pacienta je závažnou nežádoucí událostí a negativní dopad má nejen na pacientovu rodinu a blízké, ale i na ošetřující personál.[21]

2. Praktická část

2.1. Metodologie

Svou práci dělím na dvě části. V první části se zaměřuji na teoretické poznatky v rámci bipolární afektivní poruchy. Druhá část je částí praktickou, obsahuje případovou studii pacienta diagnostikovaného s bipolární afektivní poruchou, jež byl toho času v depresivní fázi. Veškeré informace jsem čerpala z hovorů přímo s pacientem, personálem nebo ze zdravotnické dokumentace. To vše pod záštitou etické komise ÚVN, od které jsem k práci dostala povolení.

Pro praktickou část jsem si vybrala pacienta, který byl přijat k hospitalizaci ve středně těžké depresivní fázi BAP a u kterého během hospitalizace došlo k přesmyku do hypománie.

2.2. Ošetrovatelský model dle Hildegard Peplau

Hildegard Peplau označuje ošetrovatelství jako interpersonální proces, kdy spolu interagují pacient, sestra, popřípadě větší skupina lidí (zdravotnický tým, rodina pacienta) máje společný cíl. Vztah mezi sestrou a pacientem lze nazvat vztahem terapeutickým, kdy společně hledají řešení problému, který také společnými silami definovali. Peplau se v modelu soustředí právě na tento vztah a jeho vliv na léčbu. Přístup sestry i pacienta k řešení problému je u každého z nich odlišný, protože každý je ovlivněn jinými zvyky, kulturou, prostředím a již k problému přistupuje s jistou předpojatostí. Problém je tedy řešen za vzájemné spolupráce, kdy spolu sestra a pacient utváří vztah. Během celého procesu je důležitá vzájemná komunikace. Tento proces má dle Peplau několik fází. Jedná se o fázi orientace, identifikace, využití a ukončení. Sestra se celou dobu podílí na uzdravení pacienta po emocionální, fyzické i sociální stránce.[22]

V moment, kdy se sestra a pacient poprvé setkávají začíná fáze orientace. Je to moment, kdy pacient vyhledá profesionální pomoc a začíná se sestrou navazovat terapeutický vztah. V tomto okamžiku sestra pomáhá pacientovi

porozumět otázkám v oblasti jeho zdraví a sama se snaží přicházet s možnými řešeními.

Ve fázi identifikace by mělo ze strany sestry i pacienta dojít k vzájemnému obeznámení se s představami a očekáváními toho druhého. Dochází tak tedy k vytvoření pracovního vztahu mezi pacientem a sestrou, kdy společně identifikují dané obtíže pacienta a lépe tak mohou dojít k závěrům v rámci řešení konkrétního problému. V tomto bodě může být pacient aktivní a na sestře nezávislý, ale stejně tak může být pasivní a na sestře naprosto závislý. Může jít také jen o částečnou závislost.

Třetí fází, je fáze využití, kdy pacient využívá nabízených služeb dle svých potřeb. Sestra ho podporuje v poznávání vlastních emocí, myšlenek a chování a to v rámci co největšího zapojení pacienta do sebekpěče.

Poslední fází je ukončení. Jde o ukončení terapeutického vztahu, jelikož pacientovy potřeby jsou naplněny.[23]

Peplau vychází z interpersonální teorie psychiatrie, jejímž zakladatelem byl americký psychiatr Harry Stack Sullivan jež svou teorií staví na tom, že chování je motivováno jednak snahou o uspokojení a snahou o bezpečí. Pokud tyto snahy nebudou naplněny, dojde k tenzi.[24]

2.3. Ošetrovatelská péče u depresivního pacienta

Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchami afektivity vychází z fáze nemoci, ve které se zrovna pacient nachází. Pacienti v depresi mají narušeny veškeré složky psychiky. Mají problémy s koncentrací, pamětí a myšlení může být zpomalené.

Je důležité, aby ošetrující personál pacientovo chování sledoval a zaznamenával do zdravotnické dokumentace a na základě získaných informací tyto záznamy vyhodnocoval. Na základě takto vyhodnocených informací je poté přichystán terapeutický plán péče, na němž se podílí zdravotničtí pracovníci napříč odbornostmi (lékaři, nutriční terapeuti, ergoterapeuti).

V akutní fázi depresivní epizody je nejdůležitější zajistit pacientovo bezpečí (riziko suicidia). Dále je potřeba dbát na uspokojování základních potřeb, jelikož depresivní pacienti často mohou zanedbávat oblasti příjmu potravy a sebepečce. Pacient v takovém stavu by měl být uložen na takový pokoj, aby mohl být pod stálým dohledem personálu. Z důvodu rizika pokusu o sebevraždu by neměl mít v dosahu takové předměty, které by mu k tomu mohly posloužit. Z těchto důvodů je nutná i kontrola při užívání léků. Sestra musí zkontrolovat, že pacient léky opravdu spolkl, jinak by mohlo dojít k riziku shromažďování léků za účelem pokusu o sebevraždu. Veškeré náznaky ve smyslu, že si pacient přeje zemřít musí personál brát vážně a nebagatelizovat je. Vysoké riziko v rámci sebevražedných pokusů bývá v ranních hodinách, kdy může být depresivní stav velmi hluboký, nebo v období, kdy již začnou působit antidepresiva a pacient získá ke spáchání sebevraždy energii.

U depresivních pacientů je potřeba brát na zřetel také skutečnost, že u nich mohou propuknout somatická onemocnění, o kterých pacient, který má v rámci depresivní epizody snížené pocity prožívání a často bývá sociálně izolován, nemusí s personálem sám od sebe vůbec začít mluvit. Je tedy potřeba, aby i na to personál myslel a z pozorování pacienta byl schopen vyvodit i tyto důsledky.

2.4. Ošetrovatelská péče u manického pacienta

V léčbě mánie je důležité co nejvíce omezit zdroje stimulace a minimalizovat podněcování pacientovy rozjařenosti. Pacienti mají narušený denní režim. Mění se u nich spánkový režim a odpočinek, příjem potravy. Je důležité, aby personál u pacienta dbal na příjem jídla. Pacienti v rámci vzrušení a přebytku energie mohou od jídla vstát a již se k němu nevrátit. Nebo naopak u pacienta může dojít k opačné situaci, kterou je přejídání se. Je třeba obě situace řešit s nutričním terapeutem. Ošetřující personál by měl monitorovat pacientův stav.

Je třeba monitorovat i pacientovu hydrataci. Stejně jako u příjmu jídla, může u příjmu tekutin docházet buď k dehydrataci z důvodu nízkého příjmu, nebo naopak pacient může pít až přespříliš. Pokud dochází k stavu dehydratace, mimo jiná zdravotní rizika s tímto stavem spojená, je zde také riziko zvýšené hladiny

lithia v séru. Běžná hladina 0,6 – 1,2 mmol/l, kdy hladina závisí na tom, zda je pacient momentálně v průběhu léčby, nebo jde o profylaxi. Intoxikace hrozí při hladině nad 1,5 mmol/l, hladina nad 2 mmol/l je již život ohrožující stav. Intoxikace lithiem je zvrtný stav a řeší se okamžitým přerušáním podávání lithia.

V rámci provádění sebekpěče jsou pacienti sice schopní a soběstační, nemají ale potřebu základy sebekpěče v podobě hygieny, nebo již výše zmíněného příjmu potravy, dodržovat. Úkolem personálu je tedy dbát, aby pacienti dodržovali základní hygienické úkony.

Je důležité, aby měl personál vymezené hranice v kontaktu s manickým pacientem. Pacient by měl být jasně poučen o tom, co je ještě přípustné a co nikoliv. Je nezbytné, aby tým pracoval v péči o pacienta s harmonií a jednotným přístupem. Je také nutné, aby pacient v rámci jeho možností dodržoval vnitřní řád a pravidla oddělení.[1]

2.5. Role sestry v rámci interpersonálního vztahu

Následující role sestry v rámci interpersonálního vztahu definovala Staňková (2002). Poukazuje na to, že role sestry zahrnuje celou škálu potřebných schopností. Ve svém působení je sestra zastánkyní mimo ošetrovatelské práce i rolí v historii pro sestry neznámých, s touto profesí nesouvisejících. Jedná se o role následující.

Pečovatelka – tato role souvisí se zajištěním základní ošetrovatelské péče ať už v nemocničním prostředí, nebo v rámci služeb poskytujících terénní péči. Sestra rozpoznává problémy a snaží se o jejich vyřešení.

Edukátorka – sestra se v rámci plnění této role snaží o upevnění zdraví a o prevenci jeho porušení. Zároveň také pacienta a jeho okolí edukuje o léčbě, životním stylu nebo jak zvládat onemocnění. Sestra nemocným i jejich rodinám pomáhá s nácvikem činností potřebných pro běžný život. V rámci edukace se sestra stará o to, aby nemocný a jeho blízcí všemu rozuměli a snaží se předcházet komplikacím.

Obhájkyně nemocného – sestra poslouží jako hlas pacienta, nebo jeho rodiny ve snaze, aby byly respektovány potřeby a práva pacienta a aby byla zajištěna odpovídající péče.

Koordinátorka – v průběhu léčby sestra koordinuje různé členy zdravotnického týmu. Do plánování zahrnuje i pacienta a jeho rodinu, aby došlo k individualizované péči.

Asistentka – sestra asistuje při lékařem prováděné terapeuticko-diagnostické péči, jelikož pacienty chystá k výkonu, u výkonu přímo asistuje, nebo zaštiťuje úkony ordinované lékařem.

Výzkumnice – sestra pracuje s novými poznatky v rámci ošetrovatelství, nebo se dokonce sama v akademickém výzkumu angažuje, pomáhá školit nové sestry a přispívá tak k rozvoji ošetrovatelské profese.[25]

2.6. Případová studie

Pro svou práci jsem si vybrala pacienta v depresivní fázi BAP bez psychotických příznaků. Jedná se o muže ve věku 43 let. Pacient byl hospitalizován na oddělení psychiatrie ÚVN po dobu třech týdnů, z čehož pouze jeden den strávil na uzavřeném oddělení, a to den, kdy byl přijat k hospitalizaci. Po čas třech týdnů, které pacient na oddělení strávil, jsem s ním vedla rozhovory, účastnila se terapií, pracovala s jeho zdravotnickou dokumentací a prováděla ošetrovatelskou péči. Pacient byl poté propuštěn do ambulantní péče.

2.6.1. Identifikační údaje pacienta

Pohlaví: muž

Věk: 43

Stav: ženatý

Státní příslušnost: česká

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Hospitalizace

Pacient byl přijat na uzavřené oddělení pro středně těžkou depresivní epizodu BAP. Jedná se o jeho třetí hospitalizaci na psychiatrickém oddělení ÚVN.

Předchozí hospitalizace 9.10.2023 a 10.11.2023. Pacient byl již v minulosti medikován Lithiem a Bupropionem, ten byl v ÚVN vyměněn za Sertralin. Dva týdny před hospitalizací došlo k propadu forie. V důsledku toho byl zamedikován diazepamem. Při příjmu orientován místem, časem i osobou. Během příjmu spolupracoval, neubráníl se ale vulgaritám a osočování z důvodu neočekávaného přijetí na uzavřené oddělení. Riziko agrese či sebevražedných tendencí bylo vyhodnoceno jako minimální. Riziko agrese (Broset violence checklist) Skóre Broset violence checklist 0 – nízké riziko agrese. Riziko TS (NGASR) Skóre NGASR 3 úroveň rizika malá.

Stav před hospitalizací

Pacient před hospitalizací zkonsumoval menší množství tvrdého alkoholu a následně v návalu agrese rozbil svůj mobilní telefon. Udával nelepšící se stav deprese a úzkosti přetrvávající přibližně dva týdny. Při příjmu dominovala depresivní forie. Byly přítomny známky tenze a úzkosti, obavné nastavení a setřelá řeč. Úzkostné stavy mu zabraňovaly vykonávat práci. Vstup dobrovolný a plně chápe jeho význam.

2.6.2. Anamnéza

Fyziologické funkce při přijetí

TK: 155/92 mmHg

Tep: 78

Počet dechů: 16

Teplota: 36,6 °C

Váha: 85 Kg

Výška: 177 cm

BMI: 27,13

Psychický stav

Během hospitalizace byl pacient orientován časem, místem i osobou. S personálem spolupracoval, během rozhovoru byl ovšem vulgární. Udával úzkosti, deprese, poruchy spánku. Řeč setřelá. U pacienta nebyly zaznamenány žádné abnormality ve vnímání. Pravděpodobnost sebevražedného nebo agresivního chování byla del screeningových vyšetření vyhodnocena jako nízká.

Pacient je bývalý kuřák (nekouří 9 let). Alkohol pije od patnácti let, čtyři měsíce abstinence, předtím pil do deseti piv týdně, příležitostně destiláty. V opilosti údajně neagresivní. Neguje ranní doušky i pití v tazích. Na záchytné stanici nikdy nebyl. Dosud bez komplikací zdravotního, rodinného či pracovního charakteru v souvislosti s alkoholem. S drogami v minulosti experimentoval – marihuana, hašiš, kokain, lysohlávky, kokain, nyní neguje. Návykové léky užíval. Hazardní hry nikdy nehrál.

Somatický stav

Při příjmu afebrilní, bez ikteru, bez cyanózy, celkově bez známek akutního somatického onemocnění, bez zranění, bez bolesti. Obtíže s vylučováním moči ani stolice neudává. Poslední stolicí udává v den příjmu. Pacient je dlouhodobě sledován na obezitologii ÚVN, stav po bariatrické operaci žaludku (leden 2023), poté přechod na obezitologii VFN. Je alergický na penicilin a roztoče. Očkován proti Covid 19 třikrát. Dále hypertenze na medikaci anamnesticky.

Operační výkony:

- Stav po operaci žaludku (leden 2023)
- Stav po operaci pravého ramene (po úrazu)
- Stav po operaci tříselné kýly (2015)
- Stav po operaci nosní přepážky

Výživa

Pacient má dietu číslo tři, tedy dietu racionální. BMI je 27,13, což ukazuje na mírnou obezitu. Pacient uvádí, že je tato váha stabilní, netrpí na výkyvy váhy.

Rizika

Barthel test základních všedních činností

Skóre Barthel 100.0

Stupeň závislosti – nezávislý

Stupnice pádu Morse

Skóre Morse 0.0

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Skóre Norton 34,0

Bez rizika dekubitu

Riziko malnutrice – sestra Skóre, riziko malnutrice – sestra – 0

Bez rizika malnutrice

Riziko agrese (Broset violence checklist)

Skóre Broset violence checklist 0 – nízké riziko agrese

Riziko TS (NGASR)

Skóre NGASR 3

Úroveň rizika malá

Medikace při přijetí

Ketilept 25 mg tbl flm 30

Indikační skupina: antipsychotikum

PO 1 – 1 – 0 TBL

Diazepam Slovakofarma 10 mg tbl nob 20 (1x20)

Indikační skupina: benzodiazepin

PO 0 – 0 – 1 TBL

Lithium Carbonicum Slovakofarma 300 mg tbl nob 100

Indikační skupina: stabilizátor nálady

PO 2 – 0 – 2 TBL

Venlafaxin Mylan 75 mg cps pro 30

Indikační skupina: antidepresivum

PO 1 – 0 – 0 CPS

Ibumax 400 mg tbl flm 100

Indikační skupina: nesteroidní antirevmatikum

min. odstup: 4 hod. max.: 3.00 tbl denně

při bolesti VAS 3 1 tbl

PO fakultativně TBL

Prothazin 25 mg tbl flm 20

Indikační skupina: antihistaminikum

min. odstup: 1 hod. max.: 2.00 tbl denně

při nespavosti (22:00 – 3:00) 1 tbl

PO fakultativně TBL

Atarax 25 mg tbl flm 25

Indikační skupina: anxiolytikum

min. odstup: 2 hod. max.: 3.00 tbl denně

při tenzi, anxietě 1 tbl

PO fakultativně tbl

2.6.3. Plán péče

Plán péče o pacienta trpícího depresí by měl být individualizován v závislosti na konkrétních potřebách a situaci pacienta. U pacienta v depresivní fázi je důležité zajistit bezpečí a péči o naplňování základních potřeb. V depresivní

fázi pacienti často mohou zanedbávat příjem potravy, hygienu a celkově základní prvky sebepečce. Kvůli nutnosti zvýšeného dohledu je také lepší, aby byl pacient umístěn na pokoj blízko pracovny sester. Právě kvůli riziku suicidia personál musí zajistit také to, aby pacient neměl k dispozici nic, čím by mohl sám sebe ohrožovat na životě. Je důležité, aby personál bral pacientovy potenciální řeči o sebevraždě vážně. Rovněž je nutné dbát také na riziko somatického syndromu a doptávat se pacienta i na obtíže somatické (bolest, nauzea...).[1]

V rámci odebrání ošetřovatelské anamnézy a vyhodnocení pacientova stavu byly následně stanoveny tyto ošetřovatelské diagnózy pomocí NANDA taxonomie (North American Association for Nursing Diagnosis International).

Utřídění informací dle domén Nanda I taxonomie

Hodnocení ze dne 20.3.2024

1. Doména: PODPORA ZDRAVÍ

Pacient si plně uvědomuje svůj stav. Hovoří o lécích, které mu byly naordinovány a popisuje, že se po nich cítí lépe. Jeho nálada stále osciluje mezi pocity smutku a nudy. Cítí úzkost.

Ošetřovatelský problém: labilita nálady

Priorita: střední

Cíl: Docílit stability nálady

Plán:

- eliminovat rizika suicidia
- vést pacienta účasti ne terapiích
- ve spolupráci s lékaři a terapeuty docílit stability nálady
- přistupovat k pacientovi empaticky
- denně vyhodnocovat pacientovu náladu

Realizace:

Personál diskutoval s pacientem denně jeho stav a na základě toho vyhodnocoval opatření a doporučoval pacientovi aktivity a terapie. Pacient byl v komunikaci ochotný, aktivit se účastnil. V rámci řešení depresivních stavů a lability nálady měl pacient naordinovaná antidepresiva a stabilizátor nálady.

Hodnocení:

K hospitalizaci byl pacient přijat ve středně těžké depresivní epizodě. Během hospitalizace došlo k přesmyku do hypománie. Tento stav ale netrval dlouho, pacient byl většinu času spíše úzkostný a depresivní. Nedošlo ale k výraznému zhoršení psychického stavu pacienta. Ochotně bral léky a účastnil se terapií. Postupem času docházelo ke stabilizaci nálady, což vedlo k úspěšnému propuštění z oddělení. Pacient odcházel o všem poučen.

2. Doména: VÝŽIVA

Pacient má nastavenou dietu číslo 3 – racionální. Nedrží tedy žádné dietní opatření. Jí pravidelně, jídlo v nemocnici mu chutná. Před časem měl několik dní neustále velkou chuť na sladké, ta ho ale již přešla. BMI je 27,13, což je dle hodnotící škály nadváha. Pacient již několik měsíců abstinuje od alkoholu a několik let nekouří. Chrup má v pořádku. Během hospitalizace se u něho projevila nadměrná chuť na sladké.

Měřicí techniky: výpočet BMI

Ošetřovatelský problém: nadváha, chuť na sladké

Priorita: nízká

Cíl: pomoci pacientovi omezit sladké

Plán:

- nabízet pacientovi alternativy ke sladkostem
- zajistit dostatečně vyváženou stravu

Realizace:

Personál s pacientem konzultoval, zda je spokojen s nemocniční stravou, snažil se pomoci pacientovi vymyslet alternativy pro množství sladkostí, které pacient konzumoval.

Hodnocení:

Pacienta během hospitalizace několik dní trápila velká chuť na sladké. Svě potíže konzultoval s personálem. Během několika dní chutě na sladké samy zmizely, bez potřeby většího zásahu.

3. Doména: VÝMĚNA A VYLUČOVÁNÍ

Žádné obtíže při vylučování pacient neuvádí. Chodí pravidelně na stolicí, bez zácpy nebo průjmů. Potí se v rámci fyziologických norem.

Ošetrovatelský problém: žádný

4. Doména: AKTIVITA A ODPOČINEK

Pacient trpí nespavostí. Sám udává, že buďto nemůže usnout, nebo spí přerušovaně, budí se, často po probuzení již znovu neusne. Dle ordinace od lékaře má při insomnii psaný Ketilept 25 mg, který využívá.

Měřicí technika: Dorothea Barthel test

Ošetrovatelský problém: Nespavost

Priorita: Střední

Cíl: Zajistit pacientovi nerušný spánek trvající déle než šest hodin.

Plán:

- Nalézt možnou příčinou vedoucí k poruš spánku a následně se snažit o její eliminaci.

Nabídnout rozhovor, například pokud se jedná ze strany pacienta o stavy úzkosti a strachu, popřípadě pokud jde o osobní obtíže, které mohou s poruchou spánku souviset.

- Monitorace spánku.
- Zajistit, aby pacient nespával přes den, a to například výběrem vhodných činností a aktivit.

Realizace:

U pacienta proběhly potřebné naplánované intervence v rámci řešení jeho nespavosti. Byl seznámen se spánkovou hygienou a proběhl rozhovor o jeho vlastních spánkových návycích. Ukázalo se, že je dlouhodobě zvyklý chodit spát v pozdních večerních hodinách. Uvedl, že poruchy spánku se začaly objevovat během posledních dvou let, která trávil v práci, kterou nedělal rád, což zapříčinilo, že z důvodu úzkostí nemohl večer usnout a ráno se budil brzy. Během dne se pacient účastnil nabízených aktivit a vymýšlel si i aktivity vlastní, například v podobě procházek. Byl seznámen s možností využití medikace.

Hodnocení:

Během hospitalizace trpěl pacient poruchami spánku. Uváděl, že nemůže v noci usnout a ráno se nebudí příliš odpočatý. Během hospitalizace využíval možnost hypnotické medikace, spal potom lépe a nebudil se již unavený.

5. Doména: PERCEPCE/KOGNICE

Pacient nemá potíže se sluchem, krátkozrakost je kompenzována brýlemi. Je orientován. V rámci své diagnózy má náhled. Mluví srozumitelně, jen výjimečně příliš rychle a hlasitě, což si sám uvědomuje.

Ošetřovatelský problém: žádný

6. Doména: SEBEPERCEPCE

Pacient se k personálu ani ostatním pacientům nechová nijak nevhodně. Snadno navazuje vztahy s ostatními a komunikuje bez problému.

Ošetřovatelský problém: žádný

7. Doména: VZTAHY MEZI ROLEMI

Žije s manželkou a dvěma dcerami. Je s nimi v kontaktu ať už přes sociální síť, nebo v osobně v rámci návštěv. Mluví o konfliktech s manželkou, obvinil ji z nevěry. Momentálně nemá pracovní poměr.

Ošetřovatelský problém: dysfunkční rodinné vztahy

Priorita: nízká

Cíl: Zajistit, aby osobní pacientovi problémy neměly vliv na průběh hospitalizace

Plán:

- Nabízet pacientovi možnost komunikovat tyto problémy na terapiích.

Realizace:

Pacient se ochotně účastnil terapií, kde řešil mimo jiné právě své rodinné problémy.

Hodnocení:

Během hospitalizace vyvstal mezi pacientem a jeho manželkou konflikt, který v pacientovi vyvolával pocity vzteku a úzkosti. Řešil své potíže na terapiích, během návštěv se mezi ním a jeho ženou vše vyřešilo a pacient odcházel domů za rodinou, na kterou se těšil.

8. Doména: SEXUALITA

V oblasti sexuality žádné obtíže neuvádí.

Ošetřovatelský problém: žádný

9. Doména: ZVLÁDÁNÍ/ TOLERANCE ZÁTĚŽE

Uvádí značný stres a pocity vyhoření trvajících přibližně poslední dva roky strávené v práci. Popisuje, že každé ráno před odchodem do práce zvracel a byl pro něho tento čas velmi náročný. Udává, že během těchto dvou let pil každý den alkohol, většinou víno. Nyní již několik měsíců abstinuje a v rámci zvládání stresových situací mu do jisté míry pomáhá jeho rodina a přátelé. Je v distančním kontaktu se skupinou spolupacientů, se kterými se seznámil během své první hospitalizace a kteří mu, podle jeho slov, velmi pomáhají. Hospitalizace jako zátěž nevidí, naopak stres a emoční labilitu zvládá lépe zpracovat zde, než doma.

Ošetřovatelský problém: snížená tolerance stresu

Priorita: střední

Cíl: Zvýšit pacientovu odolnost v rámci zvládání stresu.

Plán:

- Konzultovat s pacientem jeho stav v rámci úzkostí a zvládání stresu.
- Nabízet pacientovi v tomto ohledu možnost využití terapie či farmakologické léčby.

Realizace:

Pacient se účastnil terapií, byl v rámci svého stavu sdílný a možnosti farmakologické léčby využíval.

Hodnocení:

Již před, ale i během hospitalizace pacient trpěl úzkostnými stavy a těžce zvládal stresové situace. V rámci hospitalizace se účastnil terapií a využíval

anxiolytika ordinovaná lékařem. Díky kombinaci terapií a farmakologické léčby se podařilo pacientovy úzkostné stavy minimalizovat.

10. Doména: ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Pacient by rád změnil práci. Neví ještě zcela jistě, co by chtěl dělat, ale k předchozímu zaměstnání se vracet nechce. Věřící není. Mezi jeho životní hodnoty patří rodina, přátelství a peníze.

Ošetřovatelský problém: žádný

11. Doména: BEZPEČNOST/OCHRANA

Pacient si je vědom, že bývá výbušný. Sám ale uvádí, že svou agresi ventiluje jen slovně a k násilí tendence nemá. Ve vypjatých situacích bývá vulgární a mluví zrychleně a hlasitě. V minulosti podstoupil operaci žaludku. Je alergický na penicilin. Necítí se nemocný. Myšlenky suicidálního charakteru nemá. Dle hodnotící škály suicidálního chování tomu také nic nenasvědčuje.

Hodnotící technika: NGASR (Nurse Global Assessment of Suicide Risk)

Ošetřovatelský problém: žádný

12. Doména: KOMFORT

Pacient se na oddělení cítí dobře. Líbí se mu prostředí a vychází bez problému s personálem i ostatními pacienty.

Ošetřovatelský problém: žádný

13. Doména: RŮST, VÝVOJ

Pacient netrpí žádnými vývojovými vadami.

Ošetřovatelský problém: žádný

2.6.4. Zhodnocení stavu pacienta – průběh hospitalizace

Den hospitalizace č. 1

Během hospitalizace pacienta jsem se v nemocnici nenacházela, mohu tak čerpat z rozhovorů s personálem, pacientem a ze zdravotnické dokumentace.

Pacient byl na oddělení přijat dobrovolně. Svou možnou hospitalizaci před krátkým časem dokonce řešil se svým ambulantním lékařem. Z mého rozhovoru s pacientem vyplynulo, že počítal s hospitalizací na otevřeném oddělení, což se nestalo a byl přijat na oddělení uzavřené, což i nyní zpětně vnímá jako křivdu. Na uzavřené oddělení byl přijat z důvodu potřeby zvýšeného dohledu. Během příjmu byl pacient laděn depresivně, byly přítomny známky úzkosti a tenze, řeč byla setřelá. Byl orientován místem, osobou i časem, vnímání bez poruch, dodržoval zásady společenského kontaktu. Pacient poučen o vnitřním řádu oddělení, informacím porozuměl.

Ošetřující personál pacienta poučil o vnitřním chodu oddělení. Byl seznámen s právy a povinnostmi pacientů, se signalizačním zařízením a umístěním identifikačního náramku. Byl také poučen o možnosti uložení cenných předmětů a o návštěvách. Dále jsem se od personálu dozvěděla, že pacient po celou dobu plně spolupracoval, byl klidný. Okolo čtvrté hodiny odpoledne pacient žádal anxiolytika z důvodu zvýšeného pocitu úzkosti a tenze. Dle ordinace dostal Atarax 25 mg p.o. s efektem. Zbytek dne trávil na svém pokoji, kde si četl, popřípadě pracoval na notebooku v dohledu sester. Možnosti vycházky na zahradu pod dohledem nevyužil.

V noci (1:20) pacient z důvodu nespavosti žádal hypnotika. Dle ordinace dostal Prothazin 25 mg p.o. s efektem.

Den hospitalizace č. 2

Druhý den hospitalizace byl pacient přesunut na otevřené oddělení. Z rozhovoru s ním jsem se dozvěděla, že pokud by se tak nestalo, zvažoval by negativní reverz. Říkal, že po podání hypnotik již v noci na dnešek spal dobře. Dále uvedl že je zmatený ze svého chování z doby před přijetím na uzavřené oddělení, nerozumí, proč ho napadlo konzumovat alkohol a proč si rozbil telefon.

Necítí se dobře. Neustále pocítuje úzkost tenzi. Je depresivně a lítostivě laděn, cítí se ve stresu. Dopoledne se účastnil komunity, kde se seznámil s ostatními pacienty z otevřeného oddělení a všichni společně, pod vedením terapeuta, který komunitu vedl, probrali chod oddělení a terapeutický plán na zbytek dne.

S ostatními pacienty vychází dobře, kontakt navazuje bez problému a ochotně, vystupování a projev jsou konvenční, dodržuje zásady společenského kontaktu.

Ve 12:10 žádal z důvodu úzkostného stavu Atarax 25 mg p.o. - s efektem.

Odpoledne pacienta přišla navštívit manželka. Pacient neměl žádné obtíže s příjmem stravy. Zbytek dne trávil na svém pokoji, kde si četl, nebo komunikoval skrze videohovor se skupinou lidí, se kterými se seznámil během své první hospitalizace, a která mu dle jeho slov pomáhá, aby zvládl i tuto další.

Ve dvě hodiny ráno žádal hypnotika z důvodu nespavosti.

Výsledek vstupního odběru lithémie byl 0,75 mmol/l.

Den hospitalizace č. 4

Pacient se necítí moc dobře. Udává, že předchozí den se mu motala hlava. Dle záznamu ve zdravotnické dokumentaci měl fyziologické funkce v normě. Dále zmiňuje, že od té chvíle, co není v zaměstnání nepocítuje úzkost. Stýská se mu po rodině. V neděli se plánuje nechat potetovat, na to se těší.

Ve 13:00 podán Atarax 25 mg p.o. z důvodu úzkosti – s efektem. Během dne byl s ostatními pacienty na zahradě. Se spolupacienty vychází dobře. Odpoledne pracoval na počítači. Mluvil o tom, že píše básničky. Pomáhá mu to pracovat s emocemi.

V půl jedné v noci využil možnosti hypnotik, poté spal dobře.

Den hospitalizace č. 7

Dnes na velké vizitě pacient uváděl, že u sebe pozoruje střídání nálad, kdy se pocit nudy a smutku střídá s dobrou náladou. Chování se familiární, odbrzděné.

Ukazoval mi své nové tetování, má z něj radost a plánuje další. Sám hned uvádí, že tetování nepřikládá manické fázi, jelikož ho chtěl již dlouho. Opět zmiňuje, že píše básničky, což mu pomáhá ze sebe dostat negativní pocity.

Během dopoledne se společně s dalšími pacienty zúčastnil terapeutického sezení s adiktoložkou, kam jsem šla také. Pacient mluvil o vlastních zkušenostech s návykovými látkami, kdy nejintenzivněji a po nejdelší čas dominuje alkohol, ale jmenuje i látky jako pervitin, lysohlávky a kokain. Zmiňuje nadměrné užívání alkoholu v době, kdy pociťoval úzkosti kvůli zaměstnání. Alkohol mu prý pomáhal tyto stavy zvládat. Jednalo se především o pivo a víno, nikoliv tvrdý alkohol. Nyní nepije. Craving nemá. Během sezení skákal ostatním pacientům do řeči, projevoval se hlasitě a užíval vulgarismy. Reagoval na napomenutí.

Odpoledne byl v telefonickém kontaktu s přáteli, poté trávil čas s pacienty z oddělení.

V jednu hodinu v noci dostal z důvodu nespavosti Prothazin 25 mg p.o – s efektem.

Den hospitalizace č. 8

Během dne byl pacient velmi dobře naladěný. V rozhovoru s lékařkou byl familiární, odbrzděný, při hovoru během chůze po chodbě ji opakovaně hladil po paži. Během hovoru měl sexuální narážky. Mluvil o pacientech, o tom, jak mu dodává energii setkání s nimi, zmiňuje, že myslí především mladší spolupacientky. Obecně o pobytu na oddělení hovoří jako o dobré zkušenosti.

Během dopoledne byl velmi aktivní, mluvil nahlas a rychle, reagoval ale na usměrnění ze strany personálu. Odpoledne žádal analgetika z důvodu bolesti hlavy – Ibumax 400 mg p.o. - s efektem. V jednu hodinu v noci přichází z důvodu anxiety, dostává Atarax 25 mg p.o. O hodinu později přichází z novu, tentokrát z důvodu nespavosti, dle ordinace dostal Prothazin 25 mg p.o – s efektem.

Den hospitalizace č. 10

Pacient si stěžuje na hádku s manželkou, cítí se ukřivděně. Při vizitě během rozhovoru s lékařkou je orientovaný, chování je mírně familiární, opakovaně jí chválí vzhled, má sexuální narážky, působí odbrzděně.

Odpoledne byl s ostatními pacienty na zahradě. I během večera trávil čas ve společnosti spolupacientů. V noci dle ordinace dostal Prothazin 25 mg p.o. - s efektem.

Den hospitalizace č. 13

Třináctý den hospitalizace byl pacient ve špatném rozpoložení. Udává, že v noci špatně spal. Během rozhovoru užívá vulgarismy, emotivita zvýšená. Má vztek v hlase, agresivní ale není. Hovoří opět o tom, že je pro něho jistá forma terapie psaní básní, ale dnes ani na to nemá náladu. Během dne je lítostiví, mluví o tom, že dodržoval vše, co měl a přesto se necítí lépe. Byl naordinován kontrolní odběr lithia. Velkou část dne strávil v pokoji, kde pracoval na notebooku, nebyl během dne příliš komunikativní.

V 19:45 mu dle medikace byl pro tenzi a úzkost podán Atarax 25 mg p.o. - s efektem. V noci (0:50) z důvodu nespavosti od noční služby dostal Prothazin 25 mg – s efektem.

Den hospitalizace č. 16

Pacient mluví o labilitě nálad. Během hovoru užívá vulgarismy, mluví rychle a nahlas, má v hlase vztek, ale agresivní žádným směrem není. Dopoledne se účastnil komunity s ostatními pacienty, kde probrali chod oddělení a terapeutický plán toho dne. S personálem komunikoval ochotně. Odpoledne byl na procházce s rodinou.

Odpoledne strávil s ostatními pacienty na společenské místnosti výrobou ruliček z papíru a sledováním televize.

Ve 21:30 dle ordinace dostal z důvodu úzkosti anxiolytikum (Diazepam Slovakofarma 10 mg) s efektem. Poté ve 22:30 z důvodu nespavosti dostal Prothazin 25 mg – s efektem.

Hladina lithia je 0,98

Den hospitalizace č. 20

Během dne byl pacient dobře naladěný. Vyprávěl mi o svém profesním životě a o tom, jak pro něho byly poslední dva roky v práci náročné. Během vizity

s lékařkou řešil neustálou chuť na sladké, která ho trápila. Zmiňuje také hádku s manželkou, cítí se ukřivděný.

Před obědem absolvoval arteterapii s ostatními pacienty. Byl aktivní, zapojoval se. Rámci komunikace byl hlasitý a vulgární, nechal se ale umírnit. Odpoledne šel s ostatními na zahradu. V noci byl dle dokumentace podán diazepam z důvodu úzkosti – s efektem.

Den hospitalizace č. 23

Subjektivně pacient udává, že na sobě pozoruje, že zapomíná. Vypráví o víkendu stráveném s rodinou, o tom, jak si užíval procházky do přírody a cestu vlakem. Konflikt s manželkou urovnal. Cítí se po lécích utlumeně. Chuť na sladké je již menší.

Pacient je spolupracující a orientovaný. Nálada se jeví mírně nadnesená.

Pacient se účastnil komunity, kde se probírala pravidla na oddělení, připomínky pacientů a terapeutický plán na další den.

Den hospitalizace č. 25

Předposlední den hospitalizace byl pacient klidný, orientovaný, bez výchylek v chování. Uvedl, že se těší domů.

Pacient podstoupil edukační rozhovor s lékařem, kdy mu byla vysvětlena jeho medikace a v rámci toho probrána problematika interakce s jinými léčivými přípravky. Stav pacienta je zlepšen a je předán do ambulantní péče o jejímž průběhu je taktéž poučen. Pacient odchází z oddělení poučen o dodržování zásad psychohygieny, pravidelném denním režimu a o abstinenci návykových látek a alkoholu. Dále byla pacientovi také doporučena pravidelnost kontrol u ambulantního psychiatra, stejně tak u praktického lékaře.

S sebou má připravené léky na šest dnů.

Během jeho hospitalizace bylo stanoveno pět ošetřovatelských diagnóz. Jednalo se o tyto: labilita nálady, nadměrná chuť na sladké, nespavost, dysfunkce rodinných vztahů a zvládání stresu. Před pacientovým odchodem jsem měla možnost s ním chvíli vést rozhovor. Chtěla jsem se s ním rozloučit a poděkovat

mu za ochotu, se kterou se mnou po celou dobu spolupracoval. Mluvili jsme o tom, jakou by si přál najít práci, jak se těší domů a zda má nějaké pochybnosti. Pacient byl dobře naladěný, na vše se těšil. Stejně jako během předchozích hovorů byl pacient velmi ochotný.

Odpoledne a večer trávil ve společnosti ostatních pacientů. V 0:50 na žádost z důvodu nespavosti dostal ordinované hypnotikum.

Druhý den byl propuštěn V 9:00.

Fáze modelu Hildegard podle Peplau

Fáze orientace

Pacient byl přijat z důvodu středně těžké depresivní epizody na uzavřené oddělení psychiatrického oddělení, ze kterého byl ale již druhý den přeložen na oddělení otevřené, kde jsem se s ním později setkala. Byl poučen o vnitřním řádu oddělení a o právech a povinnostech pacientů. Toho času byl laděn depresivně, bez známky úzkosti.

Fáze identifikace

Pacient ochotně souhlasil s rozhovorem, ze kterého bych mohla čerpat informace pro svou práci. Během všech našich rozhovorů byl vždy orientován místem, časem i osobou. V rozhovorech často užíval vulgarismy a sexuální narážky. Z rozhovorů bylo zřejmé, že je pacient motivovaný získat své onemocnění pod kontrolu. Bylo vidět, že pacient má do svého onemocnění vhléd. Dovedl s nadhledem mluvit o střídání epizod BAP, o tom, je na sobě tyto stavy pozoruje i o tom, jaký vliv má onemocnění na jeho osobní i pracovní život. Spolupracoval s personálem a účastnil se skupinových terapií s ostatními pacienty.

Fáze využití

Pacient byl celý čas schopen náhledu do svého onemocnění. Byl přijat na oddělení otevřené, ze kterého byl ale již druhý den přesunut na otevřené oddělení. Po celý čas hospitalizace spolupracoval s personálem a bez problému vycházel s ostatními pacienty. Byl aktivně účasten na své terapii. Kdykoliv jsem byla na oddělení, ochotně se účastnil komunit a terapeutických sezení, kterých jsem se s

ním mohla účastnit. Ve volném čase pracoval na počítači, byl v telefonickém i osobním kontaktu s přáteli i rodinou. S ostatními pacienty vycházel bez problému.

Fáze ukončení

Během rozhovorů před pacientovým propuštěním, mluvil o tom, že si chce najít práci, která pro něho nebude spouštěčem úzkostí, jako byla ta dosavadní. Pacient z oddělení odcházel s tím, že nadále bude navštěvovat psychiatra ambulantně. Je tedy odhodlán v léčbě pokračovat.

3. Diskuze

Ve své bakalářské práci v rámci teoretické části popisuji obecné informace o bipolární afektivní poruše. V části praktické se poté zaměřuji na průběh hospitalizace a specifika ošetrovatelské péče u bipolárního pacienta přijatého ve středně těžké depresivní fázi, u kterého ale během hospitalizace došlo k přesmyku do hypománie. Tato část práce se zaměřuje na diskuzi o významu a efektivitě hospitalizace, možných výhodách a omezeních této intervence a dalších faktorech ovlivňujících péči o depresivní pacienty.

Pro depresivní epizodu je typický pocit smutku, desocializace, ztráta zájmu, poruchy spánku s sebevražedné myšlenky. Co se týče rizika sebevraždy, je toto období pro pacienta velmi rizikovým. Největší riziko suicidálního chování můžeme pozorovat časně ráno a nebo paradoxně v čas, kdy pacientovi začínají účinkovat antidepresiva. Pacientovi totiž antidepresiva dodají energii, kterou předtím k provedení suicidia postrádal. Je tedy potřeba podniknout kroky v rámci zajištění pacientova bezpečí. Hospitalizujeme ho tedy na uzavřeném oddělení a to ideálně na pokoji v blízkosti pracovny sester. Z pacientova okolí odstraníme všechny předměty, které by mu mohly posloužit k tomu, aby si ublížil. Pacientovy zmínky o sebevraždě nebereme na lehkou váhu a řešíme je.

Depresivní pacienti kromě psychických obtíží mohou trpět také somatickým syndromem. Pacienti mohou pociťovat různé druhy bolesti (hlavy, svalů, kloubů), které mohou být nejasného původu a těžko léčitelné. Do somatického syndromu řadíme také poruchy spánku, poruchy příjmu potravy a zažívací obtíže. Je nutné, aby personál naplňoval pacientovi základní životní potřeby. Depresivní pacienti mnohdy totiž mohou zanedbávat sebepečí a je úkolem personálu na tyto věci myslet za pacienta. Personál by tedy měl zajistit péči o příjem potravy, spánek, hygienu a tišit případnou bolest. Pokud se pacient cítí lépe, měl by mu personál nabízet možnost aktivit na oddělení.

Manická fáze se vyznačuje nadnesenou náladou, nadmírou energie, sníženou potřebou spánku a příjmu potravy. Maničtí pacienti jsou obvykle také velmi hovorní a vyhledávají sociální kontakty. Během manické fáze se pacienti cítí zdraví po psychické i fyzické stránce, nemají náhled na své onemocnění a

často tak k hospitalizaci dochází proti jejich vůli. S tím souvisí právě také skutečnost, že mnohdy bývají maničtí pacienti přijímáni k hospitalizaci za doprovodu PČR. Manická fáze totiž bývá spojena s rizikovým chováním v podobě rychlého řízení, užívání návykových látek, nebo jiných riskantních činností mnohdy bezprostředně ohrožujících život pacienta, nebo jeho okolí. Během hospitalizace je tedy nutné, aby personál znal tato rizika pojící se s manickou epizodou a uměl s nimi pracovat.[1]

Během rozhovorů, které jsem s pacientem vedla, byl vždy milý a ochotný. Bez zaváhání souhlasil se spoluprací v rámci mé bakalářské práce, za což jsem mu velmi vděčná. O svém onemocnění se mnou mluvil otevřeně a se značným nadhledem. Ne vždy na sebe věty navazovaly, přeskakoval od tématu k tématu, zmiňoval, že se hodně zapomíná a v hovoru často užíval vulgarismy. Znamky agrese v řeči nebyly. Pacient byl vždy orientován místem, osobou i časem. S pacientem jsem se setkala v moment, kdy byl již hospitalizovaný na otevřené části oddělení a jeho stav byl více stabilizovaný. Pacient se ochotně podílel na ošetrovatelském procesu a dával najevo svůj zájem o léčbu. Pacient si byl vždy plně vědom fáze svého onemocnění. Otevřeně hovořil o svých depresivních stavech, při hypomanickém stavu si sám uvědomoval změny ve své náladě i chování. Do svého onemocnění měl vhléd, svou diagnózu přijal a snažil se s onemocněním pracovat. Má v plánu navštěvovat svého ambulantního psychiatra jako tomu bylo doposud.

Po dobu mé stáže jsem mohla s pacientem chodit na terapie, nebo trávit čas na oddělení. Líbilo se mi, jak personál s pacientem po celou dobu jeho hospitalizace pracoval.

Během psaní své bakalářské práce jsem měla možnost nahlédnout do života člověka s BAP a uvědomit si, jak moc toto onemocnění ovlivňuje život nejen nemocných, ale i jejich blízkého okolí.

4. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na popsání průběhu hospitalizace pacienta s bipolární afektivní poruchou, ale i na teoretické poznatky v rámci tohoto onemocnění.

V první, teoretické části, popisují onemocnění samotné. Jeho historii, diagnostiku, léčbu, etiopatogenezi a léčbu.

V části druhé, která je částí praktickou, pak popisují průběh hospitalizace pacienta se středně těžkou depresivní fází, u kterého ale v průběhu hospitalizace dojde k přesmyku do fáze hypomanické. V práci popisují specifika péče poskytované pacientovi s BAP a na to, jak se ošetrovatelská péče odvíjí od střídání epizod a pacientova stavu.

Přínos mé bakalářské práce spočívá v shrnutých teoretických informacích v první části práce a popsání hospitalizace pacienta s BAP.

Duševní zdraví se v posledních letech více dostává do povědomí veřejnosti. Byla bych tedy ráda, kdybych svou práci mohla přispět k informovanosti a třeba i vyvrátit nějaké zažité předsudky, které o tomto onemocnění, ale i o duševních poruchách obecně, panují.

5. Seznam použité literatury

- [1]: PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva, *Ošetřovatelství v psychiatrii*, Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [2]: EBERT, Andreas a BÄR, Karl-Jürgen. Emil Kraepelin, *A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology*, Indian Journal of Psychiatry, 2010. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>
- [3]: LÁTALOVÁ, Klára, *Bipolární afektivní porucha*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.
- [4]: HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal a LIBIGER, Jan, *Psychiatrie a pedopsychiatrie*, Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- [5]: ANDERS, Martin, *Čím je způsobena bipolární porucha?*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/poruchy-nalady/cim-je-zpusobena-bipolarni-porucha/>
- [6]: RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel, *Psychiatrie*, Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- [7]: OREL, Miroslav, *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*, Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.
- [8]: NOVÁK Tomáš, *Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba*, Psychiatrie pro praxi, 2010. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/02.pdf>
- [9]: KURZOVÁ, Hana; KROMBHOLZ, Jiří a HONZÁK, Radkin, *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře: postgraduální učebnice psychiatrie pro praktické lékaře, příručka k atestaci, každodenní pomocník v ambulanci, úvod do malé i velké psychiatrie*, Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0532-5.
- [10]: LÁTALOVÁ, Klára, *Agresivita v psychiatrii*, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
- [11]: VEVERA, Jan, Roman JIRÁK, Tereza UHROVÁ, Ilja ŽUKOV, Pavel KRÁL a Vladislav TICHÝ, *Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi*, Psychiatrie pro praxi, 2007. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/05.pdf>

- [12]: ČEŠKOVÁ, Eva, *Současné a perspektivní možnosti farmakoterapie bipolární poruchy*, Česká a slovenská psychiatrie, 2015. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_4_185_188.pdf
- [13]: MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira, *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- [14]: KÖHLER, Richard, *Elektrokonvulzivní terapie*, Psychiatrie pro praxi, 2014. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/05.pdf>
- [15]: HERMAN, Erik; DOUBEK, Pavel; PRAŠKO, Ján a HOVORKA, Jiří, *Diagnostika a léčba depresivní epizody bipolární poruchy*, Psychiatrie pro Praxi, 2006. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/06.pdf>
- [16]: LÁTALOVÁ Klára, PRAŠKO Ján, KUBÍNEK Radim, HERMAN Erik, DOUBEK Pavel, *Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy a její léčba*, Psychiatrie pro praxi, 2009. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/03.pdf>
- [17]: DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, *Diagnostika a terapie duševních poruch*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [18]: LÁTALOVÁ Klára., PRAŠKO Ján, *Komorbidita bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami*, Česká a slovenská psychiatrie, 2009. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_5_218_223.pdf
- [19]: MOHR, Pavel, Klára LÁTALOVÁ a Jiří MASOPUST, *Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy*, Česká a slovenská psychiatrie, 2012. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2012_3_122_130.pdf
- [20]: LÁTALOVÁ, Klára; KONČELÍKOVÁ, Dana a PRAŠKO, Ján, *Suicidialita u psychických poruch*, Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.
- [21]: ŽALUDEK, Adam, *Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních*, Psychiatrie pro praxi, 2018. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2018/02/06.pdf>
- [22]: Price B, *Explorations in body image care: Peplau and practice knowledge*, J Psychiatr Ment Health Nurs, 1998. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9807346/>
- [23]: PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, *Modely ošetrovatelstva v kočke*, Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1918-4.

- [24]: Morgan, John H, *The interpersonal psychotherapy of Harry Stack Sullivan: Remembering the legacy.*, Journal of Psychology & Psychotherapy, 2014. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/273191851_The_Interpersonal_Psychotherapy_of_Harry_Stack_Sullivan_Remembering_the_Legacy
- [25]: PLEVOVÁ, Ilona, *Ošetřovatelství I*, Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.

6. Přílohy

Vážená paní

Mgr. Lenka Gutová, MBA, LL.M.

Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Žádost o souhlas se zpracováním bakalářské práce

Vážená paní náměstkyně,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o souhlas se zpracováním bakalářské práce na téma:
„Ošetrovatelská péče o pacienta s poruchou afektivity“


Vedoucí této práce je pan Mgr. Tomáš Petr Ph.D. Cílem praktické části je vypracování
kazuistiky v rámci poskytování ošetrovatelské péče pacientovi s poruchou afektivity,
hospitalizovanému na oddělení psychiatrie ÚVN.

Děkuji Vám za Váš čas a zvážení mé žádosti.

V Praze, dne 13.2.2024

S pozdravem,

Anna Mauzerová, studentka LF UK, 3., obor Všeobecné ošetrovatelství

Souhlasím

Mgr. Lenka Gutová, MBA, LL.M.