

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

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

Bakalářská práce

Autor: Oksana Doroš

Vedoucí práce: PhDr. Petra Pavlíková

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Oksana Doroš
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Ošetrovateľská péče u pacienta s bipolární efektivní poruchou
Cíl práce:	Zjistit, jaká jsou specifika poskytování ošetrovateľské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou osobnosti.

PhDr. Petra Pavlíková
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Daná bakalářská práce „Ošetrovatelská péče u pacienta s bipolární afektivní poruchou“ pojednává o péči o tyto pacienty, je zaměřená na zjištění specifík a rozdílů v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů v období deprese a mánie. Dále zjišťuje fyzickou a psychickou náročnost takovéto péče. Práce se skládá ze dvou částí a to z části teoretické a výzkumné.

Teoretická část představuje problematiku onemocnění. Zabývá se definicí poruchy, etiopatogenezi, diagnostikou, klinickým průběhem a léčbou. Výzkumná část navazuje na část teoretickou a je zaměřená na všeobecné a praktické sestry pracující s pacienty s BAP. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány a interpretovány pomocí grafů.

Klíčová slova

Bipolární afektivní porucha; deprese; mánie; smíšená epizoda; elektrokonvulzivní terapie; psychoedukace; psychoterapie

Abstract

This work named by „Nursing care for patient with Bipolar disorder“ deal with taking care for that patients and is focus on finding out the specifics and differences in providing nursing care to patient in Depression and the Manic periods. Also this work look into physical and psychical difficulties, which nurses are deal with in providing this care. The writing is separated into two parts: Theoretical and Researching.

Theoretical part contains informations about Bipolar disorder, which are: definition of the illness, etiopathogenesis, diagnostics, symptoms and therapy. Researching part follow up the Theoretical part and is focus on nurses that workes with patients with BAP. The results of the researching are representing by graphs.

Key words

Bipolar disorder; Depression; Mania; Mixed affective episodes; Electroconvulsive therapy; Psychoeducation; Psychotherapy

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že souhlasím s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne:

Podpis:

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat PhDr. Petře Pavlíkové za odborné vedení, za úžasnou spolupráci a rady, které mi poskytovala během psaní práce. Dále bych ráda poděkovala vedoucí katedry zdravotnických studií PhDr. Vlastě Dvořákové, PhD., Mgr. Petře Vršecké, respondentům, jež se zúčastnili výzkumu a také vedení Psychiatrické nemocnice Havlíkův Brod, které mi umožnilo provedení výzkumného šetření v dané instituci.

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Definice bipolární afektivní poruchy a její historie	10
1.2 Etiopatogeneze bipolární afektivní poruchy	11
1.2.1 Psychosociální a biologické faktory	12
1.2.2 Genetické faktory.....	12
1.2.3 Negenetické aspekty	13
1.3 Klinický obraz bipolární afektivní poruchy	13
1.3.1 Deprese	13
1.3.2 Mánie	15
1.3.3 Smíšená epizoda	17
1.3.4 Remise	18
1.4 Diagnostika bipolární afektivní poruchy.....	18
1.5 Léčba bipolární afektivní poruchy	19
1.5.1 Farmakoterapie	19
1.5.2 Elektrokonvulzivní terapie.....	20
1.5.3 Psychoedukace.....	22
1.5.4 Psychoterapie	22
2 Výzkumná část	23
2.1 Cíl práce a výzkumné otázky	23
2.2 Použitá metoda výzkumu	23
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	24
2.4 Průběh výzkumu.....	24
2.5 Výsledky výzkumného šetření	25
3 Diskuze	49

4	Návrh řešení a doporučení pro praxi	53
5	Závěr	54
6	Seznam použitých zkratk	56
7	Seznam grafů	57
8	Seznam použité literatury	58
9	Přílohy	61

Úvod

Každá lidská bytost má specifickou, individuální strukturu myšlení a následně i chování, která se odvíjí od osobnosti člověka. Tato specifická struktura je buď normální či nikoliv, však hranice mezi těmito položkami není jednoznačně stanovená. Lidé s abnormální strukturou psychiky vnímají podněty, jak vnitřní tak vnější, naprosto jinak, než osoby s normálním psychickým vzorcem. Každá změna životní situace (stres, zátěž) zvyšuje jejich senzibilitu. Patologická struktura psychiky je reakcí na nevyváženost mezi jednotlivými složkami lidského „já“, kdy jedna z nich je více potlačena a jiná zase zdůrazněna. Taková to osobnost prožívá „chaos“ nebo „peklo“ v duši, jelikož je ostatními články společnosti často vnímaná jako defekt sociální. (Novák, Lásková, 2016). Pacienti s bipolární afektivní poruchou se, podle mého názoru, dají zařadit mezi osobnosti s poruchou rovnováhy „jáství“. Jejich prožívání a chování se cykluje střídáním deprese, mánie, hypománie či objevení se i smíšené epizody, nebo rychlého cyklování těchto fází. Jak uvádí Látkalová (2010), může docházet i k psychotickým příznakům, které se neshodují s náladou. Nemocní jsou ohroženi rizikem sebevraždy či sebepoškození (zejména v depresivním období), ve stádiu mánie nerozumně utrácí peníze, dochází k sexuální promiskuitě a někdy i k agresi. V dnešní době se zvyšuje incidence duševních onemocnění (zejména deprese) a také roste i počet nově diagnostikované BAP u jedinců. Proto si myslím, že aktuálně je potřeba se více zabývat danou problematikou a znovuintegrací takto nemocných lidí do společnosti, tudíž v dané bakalářské práci zjišťuji specifitu dané nemoci a také zátěž, jež ošetřující personál prožívá péčováním o lidi s BAP. Bakalářská práce je tradičně dělena na teoretickou část, kde jsou prezentovány současné poznatky o této problematice a definovány základní pojmy. Následuje pak výzkumná část, která prezentuje kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření, jež probíhal v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod mezi všeobecnými a praktickými sestrami.

Motivace

Bipolární afektivní porucha je závažné, obtížně diagnostikovatelné a doživotní onemocnění. Daná porucha vyniká i svojí nevyspítatelností, kdy postižený neví, jak se budou projevovat jednotlivé epizody s postupem času (s věkem nemocného). Je to velmi individuální. Právě z důvodu individuálnosti, nevyspítatelnosti a zároveň i zajímavosti a také zvyšující se incidence nemoci v populaci jsem si vybrala

toto téma práce. Čím více jsem zkoumala specifika dané nemoci, tím více se tato problematika pro mě stávala zajímavější a díky výzkumu, jsem si mohla zmapovat nejen teoretickou stránku nemoci, ale i praktickou.

Cíl práce a výzkumné otázky

Jako cíl práce jsem si stanovila vyzkoumat, jaká jsou specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou.

Výzkumné otázky byly následující:

VO č. 1: Jaká jsou specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou?

VO č. 2: Jak se liší péče o pacienta s depresí (depresivní epizodou) od péče o pacienta s mánií (manickou epizodou)?

VO č. 3: Jak vnímají všeobecné a praktické sestry tuto péči o pacienty s BAP? Je pro ně zátěžující?

1 Současný stav problematiky

1.1 Definice bipolární afektivní poruchy a její historie

Bipolární afektivní porucha se řadí do skupiny afektivních poruch. Dříve byla označována jako maniodepresivní onemocnění. Pro tuto nemoc je charakteristický rozvoj a střídání dvou fází: mánie či hypománie a deprese. V důsledku těchto výkyvů dochází k narušení sociálních interakcí, což narušuje jak osobní tak i sociální život nemocného. Nerozpoznání této poruchy může vést k nedostatečné farmakologické profylaxi nemoci. Prevalence se u bipolární afektivní poruchy (bipolární porucha I) uvádí v rozmezí 0,2 – 0,4 %. V širším pojetí se prevalence odhaduje kolem 4 – 5 %. V případě tohoto onemocnění není v prevalenci rozdíl mezi pohlavím. Nemoc se průměrně objevuje kolem 18. roku (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

Termín mánie byl poprvé použitý již ve starověkém Řecku. Soranus mimo jiné poukázal na to, že mánie jsou v některých případech střídány stavy tzv. melancholie, při které jsou pacienti unavení, oslabení, smutní a cítí beznaději (Látalová, 2010). Soranus byl také prvním, kdo popsal situaci, kdy pacienti najednou cítí hněv i radost – tento stav se v dnešní době označuje jako smíšená fáze. Vztah mezi dvěma hlavními náladami (mánií a melancholií) detailně popsal Aretaeus z Kappadokie (Látalová 2010, s.15). Euforickou mánií charakterizoval tak, jak je známa v současné psychiatrii – *„má sice mnoho forem, ale jedná se o jedno onemocnění. Pacienti jsou hraví, veselí, smějí se, tančí dnem i nocí, domnívají se, že dokážou cokoli“* (Látalová, 2010, s. 15).

Díky rozvoji psychiatrické péče v Evropě se začala provádět detailnější klinická pozorování, díky kterým mohly být sestavovány detailnější chorobopisy (volný překlad, Burton, 2012,). Na začátku 20. století německý psychiatr Emil Kraepelin charakterizoval nejen akutní symptomatologii choroby, ale i její dlouhodobý průběh. Dále rozlišil onemocnění s progredujícím průběhem a deteriorací (zhoršením), dementia paecox (dnešní schizofrenie). Přišel s termínem maniodepresivní psychóza, do které zařadil bipolární poruchy, ale i také i těžké depresivní stavy u unipolární deprese (Látalová, 2009).

Dříve byla bipolární afektivní porucha nazývána jako maniodepresivní onemocnění. Koncept bipolarity je tvořený jak klasickou bipolární poruchou (bipolární porucha I) s pravidelnými výskyty mánie a deprese, tak i bipolární poruchou II, která souvisí

s výskytem depresivních a hypomanických fází, neobjevují se ale plně manické epizody. V praxi se pojem bipolární porucha II příliš často nepoužívá, protože není uveden v klasifikaci MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů). Tato porucha je ale uvedena v americké klasifikaci DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch). Rozlišování mezi těmito dvěma typy bipolárních poruch je důležité pro správné stanovení léčby (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.2 Etiopatogeneze bipolární afektivní poruchy

Příčiny vzniku bipolární afektivní poruchy nejsou plně objasněny. Myšlenky o důvodech vzniku bipolární afektivní poruchy vycházejí z předpokládaného vzájemného působení biologických a psychosociálních vlivů a jejich vzájemná interakce pak vede k projevům této nemoci. Onemocnění bipolární poruchou závisí na vzájemném působení různých příčin. Zejména pak na událostech, se kterými se v průběhu svého života setká, jak na něj působí, jak ho zatěžují či stresují. V některých případech může být zranitelnost zvýšená a negativní životní události mohou vést ke snížení adaptace na stres. Následkem toho se postupně odehrávají změny v mozku, které pak vyústí do deprese či mánie (Látalová, 2010).

Na rozvoj této poruchy má vliv i stres, ale nejedná se o příčinu. Obvykle tomu předchází vrozené či získané dispozice. Ale stres tuto nemoc často vyvolává. Reakce lidí se na stres v průběhu života mění. Zpočátku se jedná o drobné výkyvy v náladách, ale ještě se nejedná o deprese v pravém slova smyslu. V budoucnosti se pak deprese nebo mánie objevují bez příčiny (Látalová, 2010).

Stanovit diagnózu není vůbec jednoduché. Gay (2010) uvádí, že stanovit diagnózu trvá průměrně 8 let. Biologické vlivy nejsou rozhodujícím faktorem pro vznik nemoci, vždy se k tomu přidávají další faktory – výchova, prostřední, životní styl, problémy ve vztazích apod. Zpočátku se nemoc obvykle projevuje depresivně, následně se přidává agresivita a popudlivost. Agresivní chování vyvolává konflikty, které způsobují utrpení a problémy nejen pro samotného nemocného ale i pro jeho okolí. Mezi další příznaky se řadí nespavost či náladovost. Identifikovat bipolární poruchu je složité. Zpočátku se může zdát, že se jedná o změny v chování, následně se ale tyto změny dále stupňují a je nutné jednat.

1.2.1 Psychosociální a biologické faktory

V současnosti se předpokládá, že pro vznik bipolární afektivní poruchy je nutný vrozený předpoklad a stres. Biologický předpoklad vyvolává buď zvýšenou nebo nedostatečnou produkci neuromediátorů v mozku nebo vyvolá nízkou či vysokou senzitivitu receptorů. Případně může dojít k jejich vzájemné kombinaci. Překročení tolerovaného výkyvu může způsobit poruchu nálady – bipolární afektivní epizodu (Látalová, 2010). Na vznik této poruchy může mít vliv i kombinace dědičnosti, biologických vlivů s negativními zážitky či nepříznivou životní či sociální situací (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Negativní ale i pozitivní změny v lidském životě jsou rizikem pro vznik této nemoci. Mezi typické stresory se podle Látalové (2010) řadí:

- významné negativní životní události – rozvod, smrt blízké osoby, ztráta zaměstnání, pracovní či studijní neúspěchy,
- významné pozitivní životní události – náhlá láska, svatba, narození dítěte
- užívání psychoaktivních látek,
- nedostatek spánku, časté změny časových pásem, workoholismus, práce dlouho do noci,
- problémy ve vztazích – hádky, kritika, rivalita mezi sourozenci, šikana, špatné vztahy na pracovišti.

1.2.2 Genetické faktory

Již z historického hlediska bylo patrné, že na příčinách bipolární poruchy se podílejí geny. Tuto historickou skutečnost potvrzují i současné výzkumy. Pokud má jedno z jednovaječných dvojčat bipolární poruchu, tak s 72% pravděpodobností touto nemocí onemocní i druhé dvojče. U dvouvaječných dvojčat tato pravděpodobnost dosahuje 14 %. Pokud je u jednoho z rodičů diagnostikováno toto onemocnění, tak jeho dítě má 24 % pravděpodobnost, že se tato nemoc projeví i u něj. Pokud tímto onemocněním trpí oba dva rodiče, tak se pravděpodobnost onemocnění u jejich dítěte zvyšuje na 55 % (Látalová, 2010).

1.2.3 Negenetické aspekty

V souvislosti s rozvojem bipolární afektivní poruchy byly analyzovány perinatální komplikace, menší tělesné odchylky a dermatoglyfy. Nebyly zjištěny porodní komplikace, které se specificky objevují u bipolární poruchy (Látalová, 2010).

1.3 Klinický obraz bipolární afektivní poruchy

Pro bipolární afektivní poruchu je typické, že se střídají manické a depresivní epizody případně se může objevit i remise. Může se objevit i smíšená epizoda, při které pacient zažívá smíšené příznaky nebo se rychle střídají hypomanické, manické a depresivní příznaky (Látalová, 2010).

1.3.1 Deprese

„Depresivní porucha je komplexní psychické onemocnění s vícečetnými skupinami příznaků vč. emocionálních, kognitivních a fyzických symptomů “ (Fedorová, Bartečků, Hořínková, 2020, s. 43)

Základním znakem deprese je depresivní nálada, pro kterou je typický smutek, ztráta zájmu a potěšení či motivace minimálně po dobu dvou týdnů (Orel, 2016). Kromě toho musí přetrvávat i následující příznaky (Doubek, 2011):

- pokles sebedůvěry,
- opakované myšlenky na smrt,
- nerozhodnost, váhavost,
- zpomalená psychomotorika,
- problémy se spánkem, změna chuti k jídlu.

Deprese dosahuje nejvyšších intenzit ráno. U jedince se objevuje pocit ztráty energie, což je doplněné ztrátou výkonu, rychlosti činností, které předtím zvládal bez problémů. Jedinec má pesimistické myšlenky, podceňuje se, myslí si, že je bezcenný apod. Tyto myšlenky u něj pouze narůstají. Tyto pocity se mohou přeměnit až v bludy. V některých případech je jedinec tak beznadějný, že přemýšlí o smrti, která podle něho řeší všechno. Riziko sebevraždy se zvyšuje s prohlubující se depresí. Pokud je deprese příliš velká, tak si jedinec může myslet, že smrt představuje jediné řešení (Orel, 2016). Existují různé fáze depresivní epizody. V případě mírné deprese trpí člověk některými

příznaky, ale jeho život pokračuje dál. U středně těžké deprese má člověk problémy zvládat základní povinnosti (práce, škola apod.). V případě těžké deprese pacienta pronásledují pocity viny, mohou se objevit bludy i halucinace (Probstová a Pěč, 2014).

Pacient v depresi na své okolí působí většinou negativně. Jeho řeč je nevýrazná, vypadá skleslý, bez energie, bez zájmu může mít problémy i s hygienou. Není schopný udržet konverzaci, jeho reakce jsou zpomalené, nenavazuje oční kontakt, může mluvit potichu či nevýrazně. Všechny výše uvedené charakteristiky mohou vést k tomu, že dojde ke zhoršení sociálních vztahů a jedinec přestane žít společenský život. Takovýto člověk je pak izolovaný a těžce pak zvládá svou situaci (Probstová a Pěč, 2014).

Deprese může přijít velmi rychle ale také i velmi pomalu. Začátek deprese nejlépe odhalí lidé v okolí pacienta. Počátečními příznaky jsou lehká únava a bezradnost. Pacient má problémy se vstáváním a přestává o sebe dbát. Je nerozhodný, nesoustředěný, straní se společnosti, je podrážděný. Největším rizikem u deprese je sebevražda (Doubek, 2011).

Sebevražedné rozlady

Mezi časté příznaky bipolární poruchy patří sebevražedné myšlenky. Obvykle se objevují v období deprese, ale mohou se objevit i v období smíšené či manické epizody. Pacienti si velmi často myslí, že se jim v životě nic nedaří a že tento stav již bude trvat navždy. Z těchto příznaků se snaží vymanit mnohdy díky myšlenkám na sebevraždu, kterou považují za jedinou možnost, jak vyřešit své problémy. Sebevražda může být naplánována nebo se může jednat o momentální impuls (Látalová, 2010).

Suicidialita u deprese

Suicidialita (sebevražda) představuje nejzávažnější vyústění u bipolární afektivní poruchy. Onemocnění s touto poruchou mají vyšší frekvenci pro sebevražedné myšlenky či pokusy. V porovnání s běžnou populací je u těchto pacientů riziko minimálně 20 krát vyšší. Riziko suicidality je vysoké především v průběhu depresivní epizody, ale vyskytuje se i při mánii či smíšené epizodě ale i při remisi. Při léčbě akutní fáze poruchy je hodnocení a léčba suicidiálního chování mimořádně důležitým terapeutickým cílem (Látalová, 2010).

Rodina i lékaři vnímají riziko sebevraždy. Je nutné přijmout taková opatření, aby se toto riziko minimalizovalo. K sebevraždě dojde většinou v době, kdy to nikdo nečeká. Obvykle je to brzy ráno, protože pacient cítí úzkost (Gay, 2010).

Predikovat sebevraždu u takového pacienta není snadné. Existují ale určité příznaky, které informují okolí pacienta o tom, že se může pokusit o sebevraždu. Jedná se zejména o (Gay, 2010):

- projevy, ze kterých je patrné, že si chce pacient vzít život,
- agresivita,
- závislost na návykových látkách,
- sebepoškozování,
- dřívější pokusy o sebevraždu,
- náhlé zlepšení stavu.

Výše uvedené znaky nepředstavují přímo příznaky sebevraždy, ale jedná se spíše o depresivní stavy. Proto je důležité, aby pacientovo okolí se chovalo laskavě, naslouchalo a podporovalo pacienta. Důležité je včas informovat lékaře, který musí zhodnotit riziko sebevraždy a musí jednat tak, aby byl v bezpečí nejen pacient ale i jeho okolí. O případné hospitalizaci může rozhodnout i sám lékař bez souhlasu pacienta, protože ten ve svém stavu nemůže objektivně posoudit svůj stav (Gay, 2010). Pro prevenci sebevraždy je důležitá udržovací léčba pomocí stabilizátorů nálady (např. lithium) nebo antikonvulziv. Pravidelné užívání léků a psychosociální intervence pozitivně působí na stabilní průběh nemoci. Psychoterapie se zaměřuje zejména na prevenci dalších pokusů o sebevraždu a z tohoto důvodu je léčba takovýchto pacientů pro psychoterapii doslova „výzvou“ (Látalová, 2015).

1.3.2 Mánie

Výraz „mania“ pochází z latiny a znamená „vášeň či zbabělost“. Pro osoby v tomto stavu není nic nemožné, doslova mají energie na rozdávání, nekontrolují se a mohou být i slovně agresivní. Mají nízkou potřebu spánku, jídla a pití, ale někdy to může být přesně naopak. Jedná se o extrémní případy, které mohou ohrozit život jedince. Během mánie mají osoby vyšší výdej energie, mají vyšší sebevědomí a neumí správně analyzovat situace a nejsou schopny posoudit riziko. Takovýto člověk má vysoké sebevědomí, ale z jeho chování je možné vyzorovat, že jeho pocity jsou

ve skutečnosti jiné, než které prezentuje. Jeho chování může být provokativní, poukazuje na slabé stránky jiných, aby se pozornost nezaměřila na jeho slabé stránky (Probstová a Pěč, 2014).

Pacienti mají problémy ve vztazích, nadměrně utrácení a mohou se dopustit i trestné činnosti. S nadměrným utrácením souvisí i takové problémy, že si půjčují peníze a bez rozmyslu dělají dluhy. Při komunikaci si neberou servítky, mohou být sexuálně promiskuitní apod. Osoba, která trpí mánií, tak má rozšířené zorničky a zrychlený pulz i dýchání. Tito pacienti si vůbec neuvědomují, že jsou nějak nemocní. Naopak se cítí velmi dobře a nechtějí si připustit, že svým chováním někomu ubližují (Novák a Lásková, 2016).

Existují určité příznaky, podle kterých může okolí pacienta usoudit, že se jedná o začínající máni. Mezi příznaky se řadí upovídanost, zrychlená řeč, hyperaktivita, slovní provokace, hádavost, podrážděnost apod. Jedinec může dokonce výrazně změnit svůj styl oblékání. Pokud byl dříve uzavřený, tak nyní je velice družný, rád telefonuje či je aktivní na internetu. Současně je ale i podezřívavý a kritický (Doubek, 2011).

Manická epizoda se projevuje třemi následujícími způsoby (Gay, 2010):

- přehnané změny nálady – podle intenzity změny se rozlišuje manie nebo hypomanie. Hypomanie má mírnější projevy, kdežto v případě manie se mění nálada pacienta velmi rychle.
- Zrychlené myšlení – pacient je roztržitý, má mnoho myšlenek, jeho řeč je rychlá, dlouhá a často oslovuje i cizí osoby. Postupně se jeho řeč může stát zmetaná a nesouvislá.
- Hyperaktivita – pacient má málo spánku, někdy nespí vůbec a nevnímá únavu. V jeho chování neexistují zábrany, navazuje nové vztahy. V pracovním prostředí ještě více zvyšuje svůj výkon a nemá zábrany půjčovat si velké množství peněz. V rodinném životě se z něho stává tyran, který může být agresivní. Jeho chování je celkově přehnané.

Hypomanie

Hypománii je možné chápat jako epizodu poruchy nálady, která se podobá mánii, ale její příznaky nejsou tak závažné a nemusí způsobovat zhoršování pracovních a sociálních funkcí. Mnohdy se neprojevují psychotické příznaky a obvykle není nutná

hospitalizace. Na první pohled se může zdát, že se jedná o přijatelnější variantu mánie, ale u hypománie může dojít k tomu, že přejde do mánie či do deprese nebo naopak (Novák a Lásková, 2016). Začátek hypománie probíhá zcela nečekaně, rychle se ale rozvíjí a obvykle trvá alespoň čtyři dny po sobě, ve výjimečných případech to může být i několik týdnů (Látalová, 2010). I v případě hypománie se objevují příznaky, které jsou pro daného jedince netypické – např. se může jednat o zvýšenou tělesnou aktivitu či naopak neklid, vyšší potřeba společenského života, roztržitost, problémy se soustředěním či omezování spánku (Novák a Lásková, 2010). Hypománie způsobuje u pacientů příjemné stavy, laické okolí pacienta považuje tento stav za zlepšenou náladu, kterou mívají lidé běžně. Ale ten, kdo nemoc zná, tak ví, že se jedná pouze o jakési poukázání na zahájení dalšího útoku nemoci (Látalová, 2010). Hypománie může být zaměněna s remisí, což může být nebezpečné. Tuto nemoc nejlépe odhalí lidé, které se vyskytují v blízkém okolí pacienta, protože mají možnost srovnat, jak se choval dříve a jak se chová nyní (Gay, 2010).

Delirantní mánie

Jedná se stav, který vyžaduje hospitalizaci pacienta, případně i přes jeho nesouhlas. Léčba se ve většině případů zahajuje tím, že se injekčně podá antipsychotikum. Delirantní mánie je charakteristická emoční labilitou, bludy, dezorientací, pacient potřebuje minimum spánku, pacienti jsou neklidní či podezíraví (Látalová, 2010).

1.3.3 Smíšená epizoda

Smíšenou epizodu zažila až jedna polovina pacientů s bipolární afektivní poruchou. Jedná se o stav, který se objevuje mezi čistou mánií a depresí. Oba stavy se objevují současně, ale vždy symptomy z jedné epizody dominují nad příznaky z druhé epizody (Látalová, 2009). V průběhu smíšené epizody se u pacienta objevují zároveň jak příznaky depresivní, tak příznaky hypománie tak i mánie. Typické je jejich rychlé střídání a to i v průběhu několika hodin případně výrazné příznaky musí trvat minimálně dva týdny (Doubek, 2011). Za smíšený stav se považuje i období, ve kterém dochází k přechodu z jedné fáze do druhé (Látalová, 2010). Mezi charakteristické znaky se řadí dysforie s iritabilitou, úzkost, pocity nepříjemného nabuzení (Látalová, 2009).

1.3.4 Remise

Remise představuje období, ve kterém pacient nemá žádné příznaky, případně se jedná o období, ve kterém nejsou splněny příznaky pro depresivní, manickou či nějakou jinou poruchu nálady (Látalová, 2010).

1.4 Diagnostika bipolární afektivní poruchy

Bipolární afektivní porucha bývá velmi často pozdě diagnostikována, protože je obtížné ji rozpoznat. Velmi často se stává, že se mylně určí, o jakou nemoc se jedná. Může se zaměnit např. se schizofrenií, periodickou depresivní poruchou, úzkostnými poruchami apod. (Gay, 2010). Zatím neexistuje žádné vyšetření (laboratorní, zobrazovací nebo psychologické), které by tuto nemoc jednoznačně identifikovalo. Diagnostika je založena na projevech nemoci a velmi důležité je znát anamnézu pro správné stanovení diagnózy (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). Při diagnostice je nutné, aby lékař s nemocným aktivně spolupracoval, kromě dotazování je možné používat i sebeposuzovací hodnotící dotazník HCL-32 a MDQ. Dále je možné využít i škálu pro diagnostiku bipolárního spektra BSDS, ve které pacient označuje, s jakými příznaky se setkal (Látalová, 2010).

Kognitivní dysfunkce jako součást diagnostiky depresivní poruchy

Dle odborného článku České a slovenské neurologie a neurochirurgie, hlavním projevem depresivní poruchy je **kognitivní dysfunkce**. Pacienti mají hlavně problémy s pamětí, koncentrací, rychlostí zpracování informací a pozorností, kdy stupeň závažnosti této poruchy se může u různých pacientů lišit. V dnešní době se používají různé nástroje měření přítomnosti této poruchy např. Mini Mental State Examination (MMSE), Addenbrookský kognitivní test (Addenbrook Cognitive Examination; ACE - R) a také Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment; MoCA). Tyto screeningové testy, bohužel, nediodagnostikují mírnou poruchu kognice (která je častá u depresivní poruchy), ale středně závažnou či těžkou. V dnešní době nemůžeme hovořit o technice, která by byla přesná a dala se použít při diagnostice kognitivní dysfunkce u depresivního onemocnění, proto se používá soubor neuropsychologických testů (i těch, které jsou vyvinuté pro diagnostiku jiných poruch) (viz. Příloha č.1) (Fedorová, Bartečků, Hořínková, 2020).

1.5 Léčba bipolární afektivní poruchy

„Před nástupem psychofarmakologie, a zvláště před zavedením léčiv na bázi lithiových solí, se bipolární porucha považovala za nevyléčitelnou nemoc s beznadějnou prognózou“ (Gay, 2010, s. 27).

Prvotním cílem léčby bipolární afektivní poruchy je ovlivnit symptomy tak, aby byl možný návrat k normální úrovni psychosociálního fungování. V současné době se preferuje volit léčbu založenou na důkazech, která má prokazatelnější účinky. Kombinuje se psychosociální intervence zaměřená zejména na snížení destabilizujících faktorů a psychoedukaci zaměřenou na prevenci recidiv. U konkrétního pacienta se volí léčebný postup podle klinického obrazu, individuální snášenlivosti či bezpečnosti (Češková, 2015). Při léčbě bipolární afektivní poruchy se používá několik léčebných postupů. Jedná se zejména o farmakologickou léčbu, dále biologickou a psychosociální (psychoterapie a rehabilitace). Volba konkrétního léčebného postupu se určuje podle potřeb konkrétního pacienta (Doubek, 2011).

Bipolární afektivní poruchou trpí jedinec celý život. Pro správné fungování nemocného je nutná dlouhodobá léčba, která se dělí do několika částí (Novák a Lásková, 2016):

- **akutní léčba** – léčí se stavy mánie či deprese až do normálního fungování. Tato léčba často trvá několik týdnů. Čím dříve se zahájí akutní léčba, tím se zvyšuje pravděpodobnost na rychlejší zlepšení stavu.
- **Udržovací léčba** – cílem této léčby je, aby byla nálada udržena v mezích normálního fungování po odeznění fáze. Nemoc se může znovu objevit do půl roku po prodělané fázi. Je nutné pokračovat v léčbě a brát léky.
- **Preventivní léčba** – pacient, který si prošel několika epizodami mánie či deprese musí z dlouhodobého hlediska preventivně užívat léky, protože existuje riziko, že se tyto epizody mohou objevit i v budoucnu.

1.5.1 Farmakoterapie

Tato léčba je založena na podávání léků, které eliminují výkyvy nálady a brání vzniku další fáze deprese nebo mánie. Léčba této nemoci je založena na stabilizaci nálady, z toho důvodu se tyto léky označují jako „stabilizátory nálady“. Existují léky, které jsou určené přímo na léčbu deprese či mánie. Užívání těchto léků je spojené s negativními

účinky. Není možné dopředu odhadnout, u koho se tyto účinky projeví. Každý reaguje na léky jiným způsobem. Všechny nežádoucí účinky je nutné včas konzultovat s lékařem, který případně předepíše jiný lék (Doubek, 2011). Stabilizátory nálady různě působí na jednotlivé epizody. Mezi stabilizátory nálady je nejznámějším lékem lithium, které léčí jednak mánii, ale má i antidepresivní účinky. Jako jediný lék léčí i suicidalitu. Jeho značnou nevýhodou jsou v porovnání s jinými léky vedlejší účinky. Nežádoucí účinky lithia spočívají v únavě, bolestech břicha, žízní, třesu či zmatenosti. Mezi další léky, které se používají jako stabilizátory nálady, se řadí antikonvulziva (lamotrigin, topiramát), valproáty, quetiapin (Doubek, 2011). Účelem stabilizátorů nálady je odstranit výkyvy nálady, díky tomu pak zaručují dlouhodobou stabilitu a eliminují další mánii či depresi. Tyto léky by měly zaručit, že nedojde k přejití do opačné epizody. Po krátkou dobu je možné pro léčbu deprese využívat antidepresiva, pro léčbu mánie pak antimanika (Látalová, 2010).

Pro léčbu deprese se používají antidepresiva. Je vhodné, pokud jsou spolu s nimi užívány i stabilizátory nálady, protože by v opačném případě mohlo dojít k přesmyku do mánie. Z antidepresiv se nejvíce používají cyklická antidepresiva (klomipramin, dibenzepin, trazodon). U těchto antidepresiv existuje vyšší riziko přesmyku v léčbě. I s užíváním antidepresiv jsou spojeny nežádoucí vedlejší účinky. Řadí se mezi ně pocení, nárůst hmotnosti, nervozita či zimnice (Doubek, 2011).

Pro léčbu mánie se používají antimanika. Řadí se mezi ně lithium a dále pak karbamazepin a vaproáty. Dále se využívají i antipsychotika (haloperidol, klopazin, quetiapin) (Doubek, 2011). Během jednotlivých epizod má nemocný problémy se spánkem, ty je možné léčit pomocí hypnotik. Díky nim může pacient lépe usnout a i déle spí. Používají se hypnotika ze skupiny benzodiazepinů, mezi které se řadí diazepam nebo flunitrazepam. V současnosti se nejvíce využívají hypnotika III. generace. Pro léčbu bipolární poruchy by se měl v ideálním případě užívat pouze jeden lék. Tomu ve skutečnosti nedochází a pacienti musí užívat více léků. Užívají se kombinace stabilizátorů nálady, antidepresiv a antimanik. Proto je důležité, aby pacient svému lékaři řekl, jaké všechny léky užívá (Doubek, 2011).

1.5.2 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie se dříve označovala jako elektrošoková léčba. Jedná se o nejúčinnější biologickou léčebnou metodu v psychiatrii. Poprvé byla použita v roce

1938. V následujících letech se stala sice velmi populární, ale následně se díky rozvoji psychofarmakologie dostala do pozadí, následně se ale zase stala populární. U depresí se uvádí účinnost této terapie 71 – 94 % (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). V současné době není známá žádná duševní porucha, která by automaticky směřovala k indikaci pro elektrokonvulzivní terapii. Určení k léčbě touto terapií vyplývá po analýze anamnézy, dále musí být zohledněny předchozí použité terapie, diagnostický závěr a rovněž musí být zváženo riziko vzhledem k léčebnému zisku. Tato metoda se využívá zejména v případech, kdy je nutné dosáhnout rychlého účinku, v případě že jiné terapie jsou více rizikové či se tato metoda využije i v případě, že její úspěch byl zaznamenán v anamnéze. Pacient musí souhlasit s provedením elektrokonvulzivní terapie, výjimkou je pouze tak závažný stav, který ho bezprostředně ohrožuje na životě (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015).

Tato terapie probíhá za účasti psychiatra, který má s touto terapií zkušenosti, dále je přítomný anesteziolog a minimálně dvě zdravotní sestry. Tato terapie se provádí ve speciální místnosti. Za správné provedení terapie je zodpovědný psychiatr. Frekvence terapie stanovuje lékař podle stavu pacienta a jeho reakcí na léčbu. Nejčastější je frekvence 2 x – 3 x týdně. Pokud pacient tuto terapii absolvoval 10 x bez výsledku, tak je vhodné zvážit změnu taktiky. Ke zlepšování psychického stavu dochází obvykle po 3 – 4 konvulzi. Mezi nežádoucí účinky této terapie se řadí zejména bolest hlavy, nevolnost od žaludku, vzpomínky na dušení či svalová bolest (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015).

Pro provedení elektrokonvulzivní terapie je nutné lůžko s pevnou matrací, speciální přístroj pro elektrokonvulzivní terapii a celá řada dalších pomůcek včetně léků. Sestra má na starosti přípravu pacienta k výkonu, dále asistuje při samotném výkonu a sleduje pacienta po skončení terapie. Psychiatr aplikuje gel (zvyšuje vodivost) na elektrody, které jsou následně přiloženy na oba spánky. Jakmile je hloubka anestezie dostatečná, tak anesteziolog aplikuje svalové moyrelaxans (sestra může např. přidržovat bradu) a lékař pozoruje průběh uvolnění pacienta. Vlastní stimulaci elektrickým proudem provádí psychiatr. Ten také sleduje průběh elektro konvulze a počítá její délku (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015).

1.5.3 Psychoedukace

Jedná se o terapeutickou metodu, jejímž hlavním cílem je informovat nemocného a jeho příbuzné o nemoci a o možnostech její léčby. Účinnost léčby závisí také na tom, jak je o bipolární afektivní poruše informovaný samotný pacient ale i jeho rodina (Doubek, 2011). Pochopení onemocnění, projevy, léčba a rizika – toto všechno je důležité pro další spolupráci pacienta a je to rovněž důležité i pro další prognózu onemocnění. Pacientovi i jeho rodině je vhodné po propuknutí nemoci vysvětlit, co nemoc způsobilo, co jí předcházelo apod. (Petr a Marková, 2014).

Rodina by měla být pacienta v takovýchto chvílích oporou. Nemocný mohl ztratit své sociální návyky a díky rodině je může získat jednodušeji zpátky. Psychoedukace se týká především pacientů, kteří si prošli 2. epizodou nemoci. S edukačním programem je možné začínat již v nemocnici. Rodina se musí naučit, jak rozlišují, jestli se jedná o projev nemoci nebo pouze o osobní charakteristiku pacienta. Rodina musí být informována o tom, jaké komplikace se mohou s bipolární poruchou objevit a rovněž jim musí být poskytnuta podpora. Tato podpora pomáhá rodině uvědomit si, že péče o nemocného neleží pouze na nich (Doubek, 2011).

1.5.4 Psychoterapie

Při bipolární poruše se nemocný potýká se strachem, neklidem a úzkostí. Pokud se jedná o jeho první epizodu, tak nemá žádné minulé zkušenosti. O svých problémech nerad mluví a straní se ostatních. Psychoterapie poskytuje nemocnému podporu, že je v bezpečí a že může hovořit o svých problémech. Účelem psychoterapie je, aby nemocný rozuměl sám sobě, mohl se na sebe spolehnout a opětovně navázal vztah s druhými lidmi. V rámci terapie se podporují zdravé části osobnosti. Tato terapie není náhradou farmaceutické léčby, ale je její důležitou součástí. Výsledky nejsou tak rychlé jako v případě farmakologické léčby. Psychoterapie pomáhá pochopit a přijmout nemoc a celkově zvládat problémy, které se objevují v rodině ale i v práci. Díky psychoterapii je možné překonat problémy. Pro úspěch léčby je důležité, aby byl pacient motivovaný a měl dobrý vztah s terapeutem (Doubek, 2011). Práce sestry také hraje nezastupitelnou roli v terapii onemocnění a to z toho důvodu, že je s pacientem de facto 24 hodin denně, tudíž i ona si vytváří terapeutický vztah s nemocným a stává se jeho průvodkyní na cestě onemocnění. Proto se v následujícím výzkumu zabýváme specifiky péče o tyto pacienty a dopady na zdravotnický personál z pohledu sester.

2 Výzkumná část

2.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou.

Výzkumné otázky vztahující se k stanovenému cílu byly následující:

VO č. 1: Jaká jsou specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou?

VO č. 2: Jak se liší péče o pacienta s depresí (depresivní epizodou) od péče o pacienta s mánií (manickou epizodou)?

VO č. 3: Jak vnímají všeobecné sestry tuto péči o pacienty s BAP? Je pro ně zátěžující?

2.2 Použitá metoda výzkumu

Pro výzkum byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda za použití dotazníkového šetření jako techniky sběru dat. Nestandardizovaný anonymní dotazník obsahoval kombinaci 24 otázek, z toho 9 uzavřeného typu (otázky č. 1, 3, 4, 5, 6, 15, 17, 18, 20), 1 otevřená otázka (č.19) a 14 polouzavřených otázek, s možností označení více odpovědí (č. 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 22, 23, 24) (viz Příloha č.2).

Otázky v dotazníku byly neformálně rozděleny do bloků tak, aby naplňovaly stanovený cíl práce a výzkumné otázky. V první otázce respondenti měli označit demografické údaje a v otázce č. 2 nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání. K výzkumné otázce č. 1 (Jaká jsou specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou osobnosti?) se vztahují otázky č. 3 – 8. Pro druhou výzkumnou otázku (Jak se liší péče o pacienta s depresí (depresivní epizodou) od péče o pacienta s mánií (manickou epizodou)?) byly vytvořeny otázky č. 9 – 16 a 17 – 24 se vztahují k výzkumné otázce č. 3 (Jak vnímají všeobecné sestry tuto péči o pacienty s BAP? Je pro ně zátěžující?).

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumným prostředím, kde probíhalo šetření, byla Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. Se souhlasem vedení instituce (viz Příloha č. 3 *Žádost o povolení výzkumného šetření*) bylo rozdáno 110 dotazníků, z nichž se vrátilo 100 (tj. 90,9 %). Výzkumným vzorkem byli všeobecné a praktické sestry (zdravotníci asistenti) bez ohledu na pohlaví či věk. Respondenti byli požádáni o vyplnění zcela anonymního dotazníku, který poslouží pouze ke zpracování této závěrečné práce, jejíž výsledky budou volně přístupné na stránkách VŠPJ po obhajobě.

Po analýze výsledků, výzkumu se zúčastnilo 88 žen (88 % z celkového počtu respondentů) a 12 mužů (12 % z celkového počtu respondentů), kdy nejvíce zastoupené vzdělání bylo středoškolské s maturitou – 48 respondentů (48 %), pak následuje vysokoškolské vzdělání – 28 tázaných (28 %) a vyšší odborné spolu se specializačním bylo zastoupené z 12 % každé (tj. 12 respondentů se specializačním vzděláním a 12 diplomovaných specialistů).

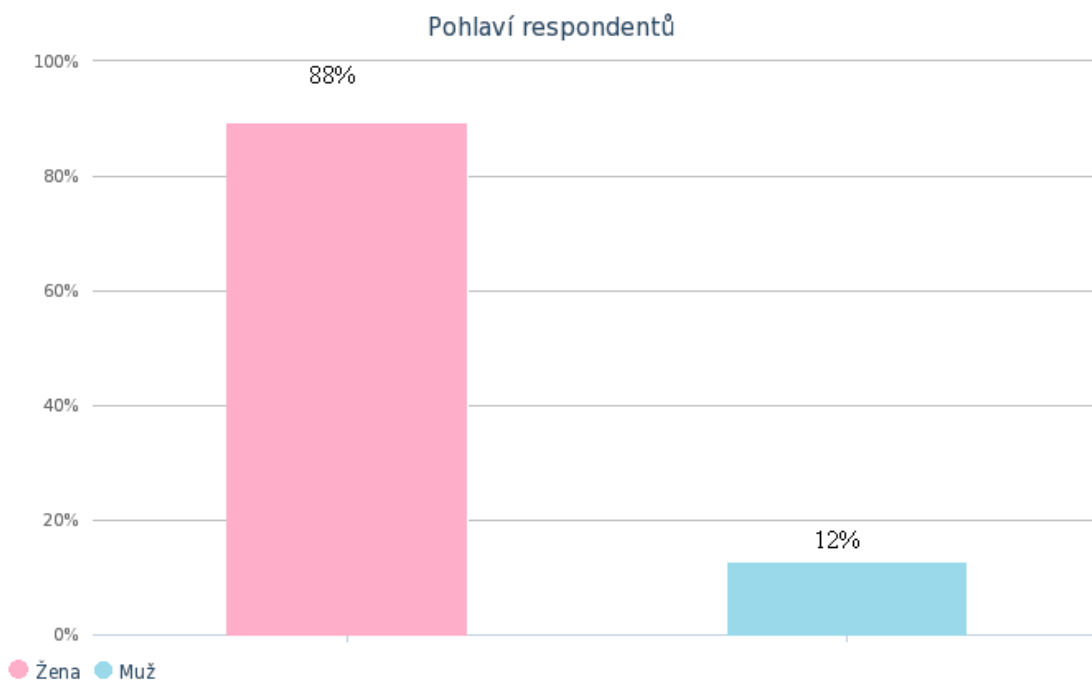
2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období od února do dubna 2020. Jako prostředí pro sběr dat byla zvolena oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s depresí, mánii, či bipolární afektivní poruchou.

2.5 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky dotazníkového šetření byly nejprve převedeny do elektronické podoby a zpracovány pomocí programu MS Office, aplikace Word a Excel, verze 2010. Samotné výsledky jsou pak demonstrovány pomocí sloupcových grafů s příslušným komentářem.

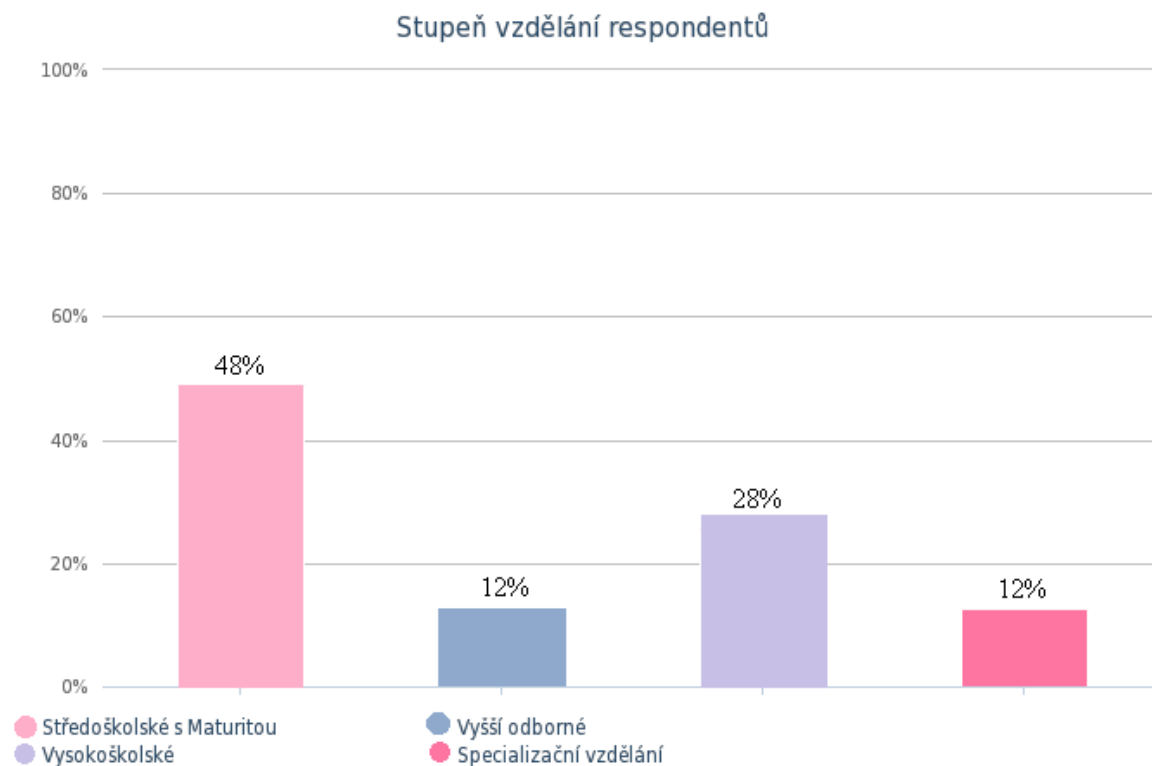
Otázka č. 1: Uved'te, prosím, Vaše pohlaví



Graf 1 Pohlaví respondentů

Následující graf 1 znázorňuje pohlaví zúčastněných respondentů. Z analýzy odpovědí vyplívá, že větší část výzkumného vzorku byly ženy - 88 (88 %) a menší část tvořili muži - 12 (12 %).

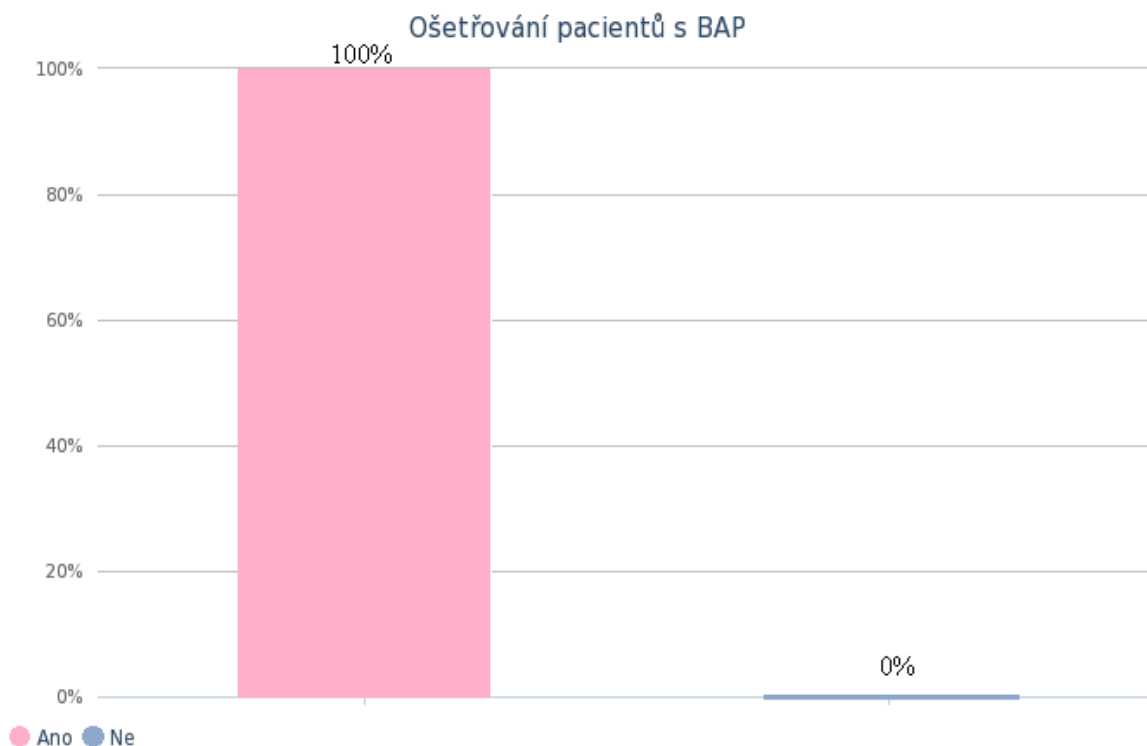
Otázka č. 2: Označte, prosím, stupeň Vašeho vzdělání



Graf 2 Stupeň vzdělání respondentů

Z daného grafického znázornění (viz Graf 2) vyplívá, že 48 (48%) respondentů ze 100 (100 %) dosáhli středoškolského vzdělání s maturitou. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 28 (28 %) osob a specializačního vzdělání spolu s vyšším odborným vzděláním zastupuje 12 a 12 respondentů (12 a 12 %).

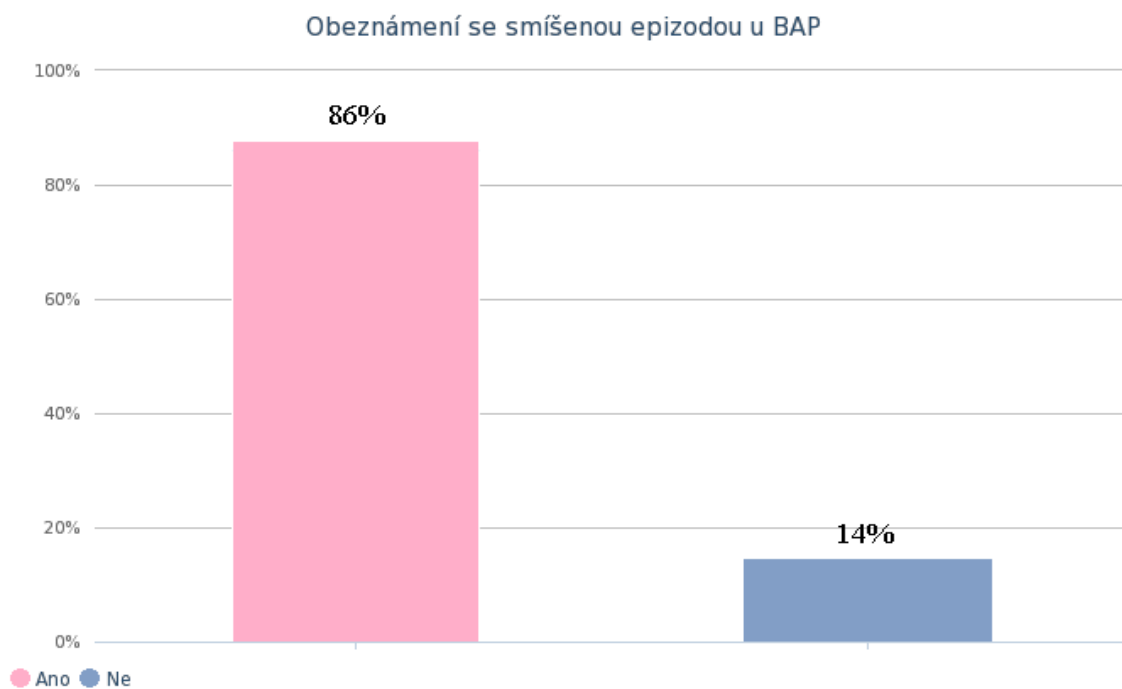
Otázka č. 3: Setkal/a jste se během své praxe s pacientem s BAP?



Graf 3 Ošetřování pacientů s BAP

V otázce č. 3 byli respondenti dotázáni, zda se setkali s pacientem s BAP (zda ošetřovali takové pacienty) a 100 respondentů (tj. 100 %) na tuto otázku odpovědělo ANO. Nikdo ze 100 respondentů neuvedl odpověď NE (viz Graf 3).

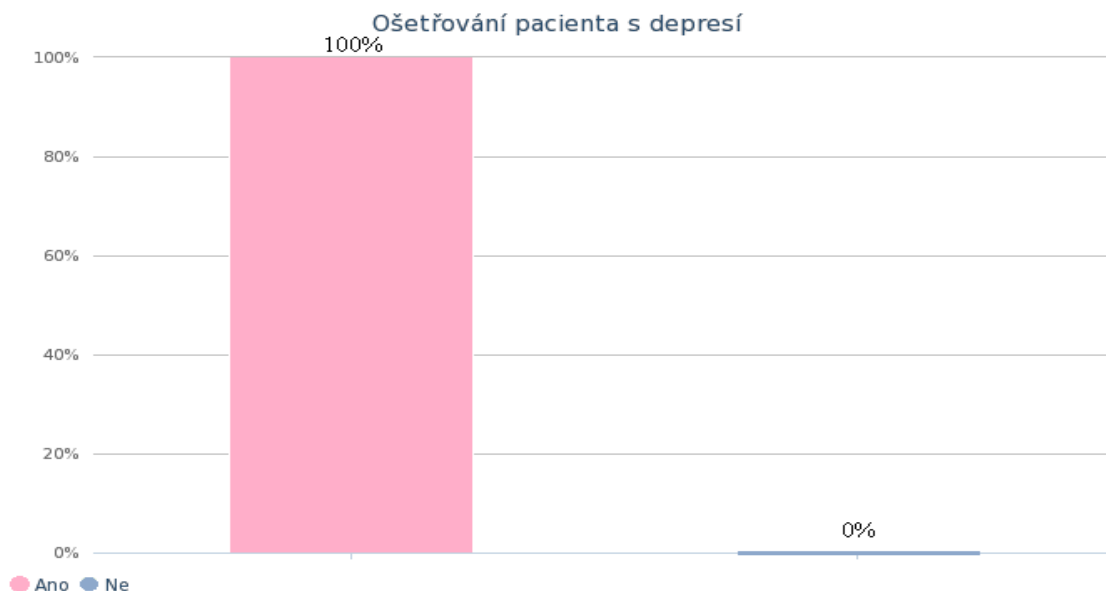
Otázka č. 4: Setkal/a jste se se smíšenou epizodou u BAP?



Graf 4 Obeznámení se smíšenou epizodou u BAP

Z grafu č. 4 je patrné, že z celkového počtu respondentů se smíšenou epizodou u bipolární afektivní poruchy se setkala 86 (86 %) respondentů. 14 (14 %) zúčastněných se nesetkali se smíšenou epizodou u této poruchy.

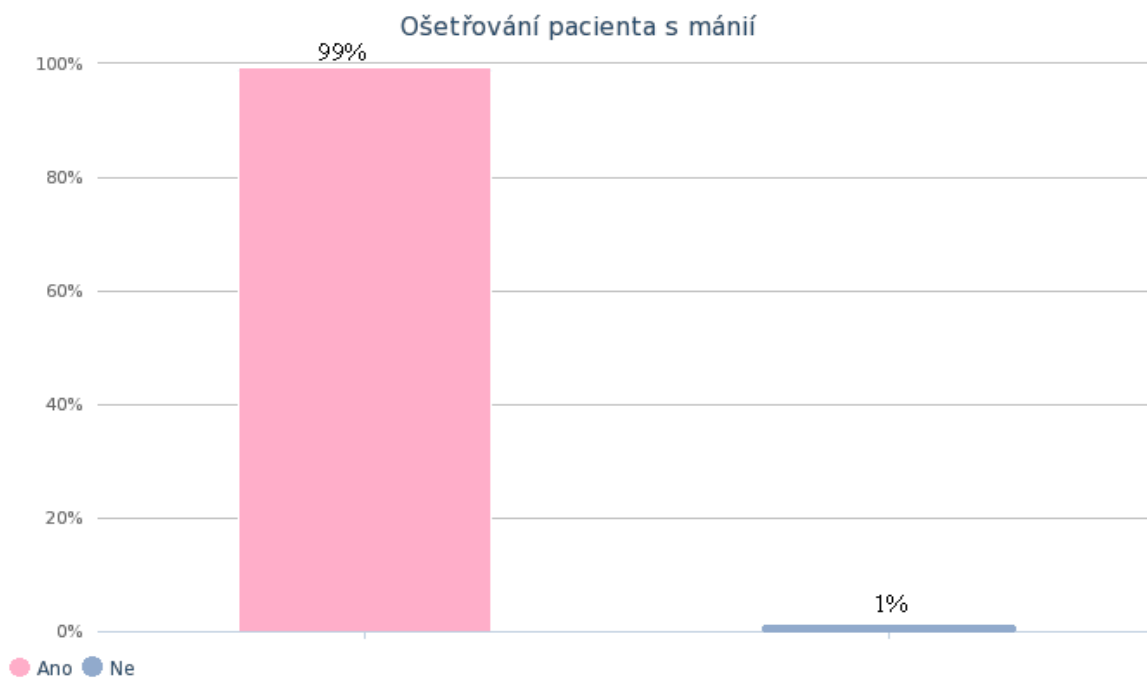
Otázka č. 5: Setkal/a jste se s pacientem s depresí?



Graf 5 Ošetřování pacienta depresí

Následující Graf 5 znázorňuje odpovědi respondentů, zda ošetřovali pacienta s depresí během své praxe či nikoliv. Po analýze výsledků se ukázalo, že všech 100 (100 %) zúčastněných takovéto pacienty ošetřovali.

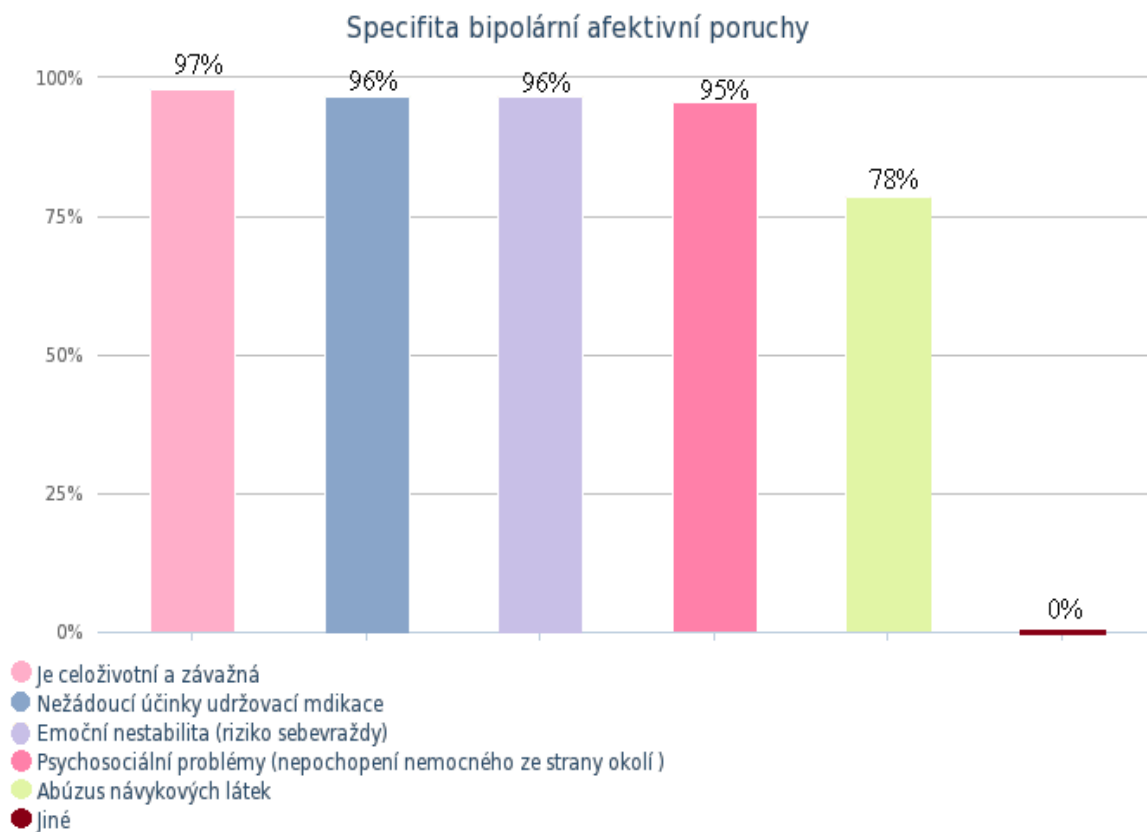
Otázka č. 6: Setkal/a jste se s pacientem s mánii?



Graf 6 Ošetřování pacienta s mánii

Úkolem otázky č. 6 bylo zjistit, zda respondenti ošetřovali pacienty s mánii během své praxe. 99 (99 %) tázaných se s těmito pacienty setkali v praxi, pouze 1 (1 %) respondent se s pacientem s mánii nesetkal (viz Graf 6).

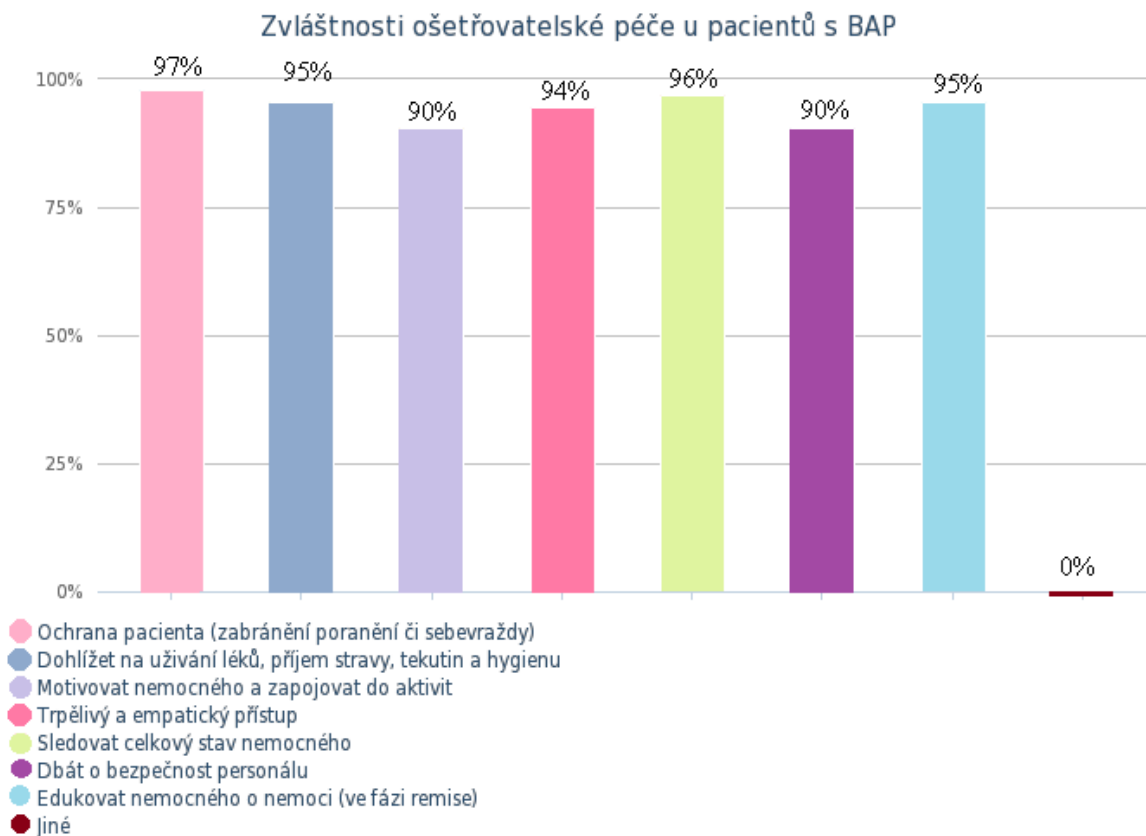
Otázka č.7: V čem je podle Vás bipolární afektivní porucha specifická?



Graf 7 Specifita bipolární afektivní poruchy

Graf č. 7 nám ukazuje, v čem je bipolární afektivní porucha, podle respondentů, specifická. Zúčastnění mohli vybrat více odpovědí z nabídky, nebo doplnit vlastní názor. Možnost, že tato porucha je specifická a závažná, zvolilo 97 (97 %) respondentů. S nežádoucími účinky udržovací medikace souhlasilo 96 (96 %) respondentů a stejný počet i s emoční nestabilitou 96 (96 %). Dále 95 (95 %) zúčastněných souhlasilo, že títo nemocní mají psychosociální problémy. Abúzus návykových látek zvolilo 78 (78 %) tázaných. Nikdo z celkového počtu výzkumného vzorku (tj. 0 %) nedoplnil vlastní názor.

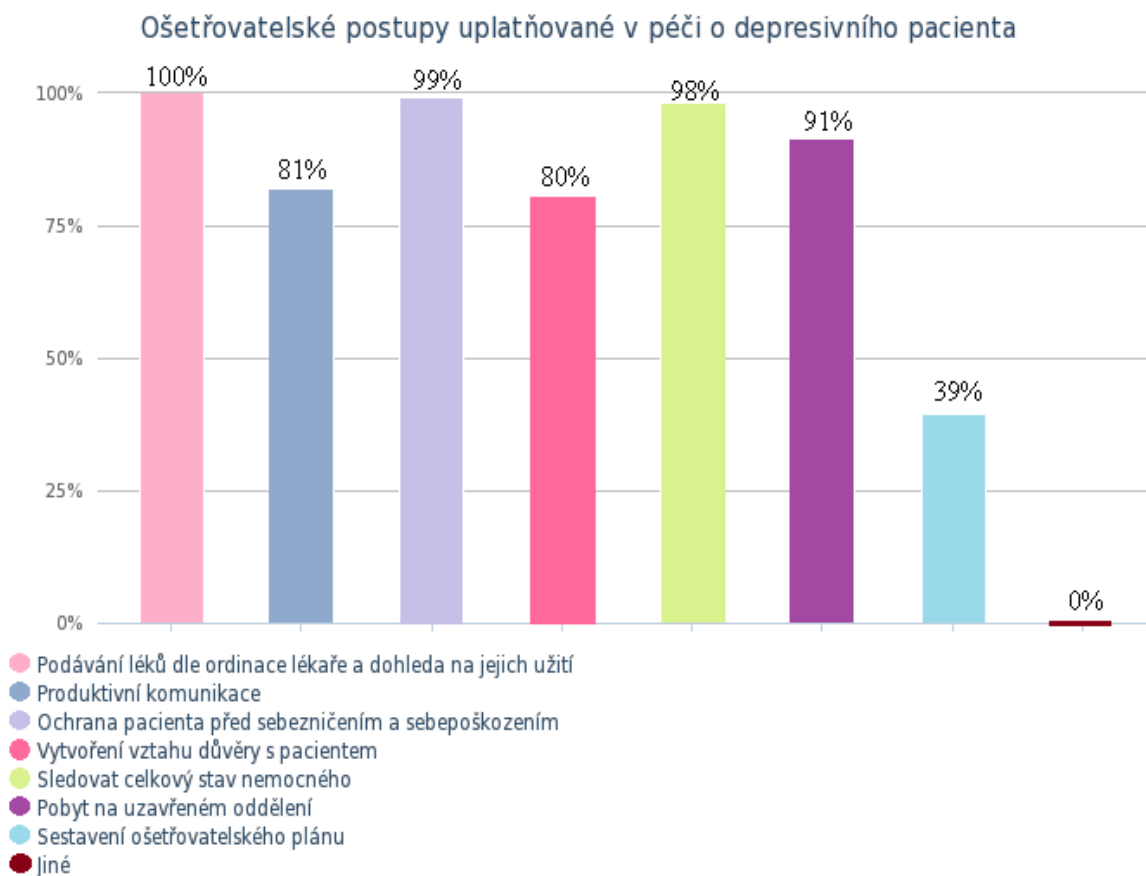
Otázka č. 8: Označte, nebo doplňte, v čem podle Vás spočívají specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů?



Graf 8 Zvláštnosti ošetrovatelské péče u pacientů s BAP

V otázce č. 8 respondenti měli označit, nebo doplnit, v čem podle nich spočívají zvláštnosti ošetrování pacientů s BAP. Byla zde možnost výběru více odpovědí či doplnění vlastního názoru. Jak ukazuje Graf 8, 97 (97 %) respondentů zvolilo položku Ochrana pacienta. To, že se musí dohlížet na užívání léků, příjem stravy, tekutin i hygienu zvolilo 95 (95 %) z celkového počtu zúčastněných. Možnost motivovat nemocného a zapojovat do aktivit spolu s dbát o bezpečnost personálu, označil stejný počet respondentů tj. 90 % (90) každou. Až 94 % (94) z celkového počtu, označilo trpělivý a empatický přístup. Dále 96 (96 %) tázaných vybralo položku sledovat celkový stav nemocného. Další zvláštnosti ošetrování pacientů s BAP je edukace nemocného o nemoci. Tuto odpověď zvolilo 95 (95 %) respondentů. Nikdo nedoplnil vlastní názor (tj. 0 %).

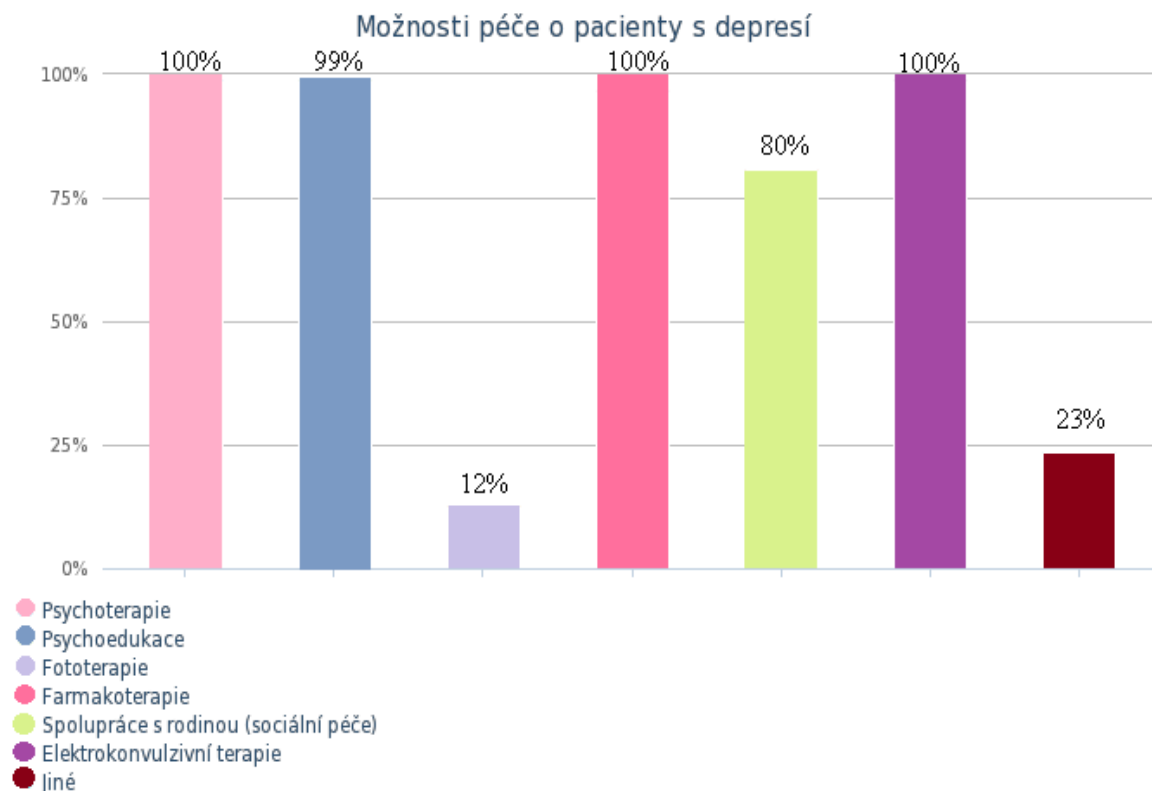
Otázka č. 9: Jaké ošetrovatelské postupy v péči o depresivního pacienta uplatňujete?



Graf 9 Ošetrovatelské postupy uplatňované v péči o depresivního pacienta

Graf 9 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jaké ošetrovatelské postupy uplatňují v péči o depresivního pacienta. U této otázky byla možnost vybrat více odpovědí, nebo doplnit vlastní názor na problematiku. Nejvíce zúčastněných zvolilo možnost podávání léků dle ordinace lékaře a dohled na jejich užití 100 % (100). Nejméně tázaných vybralo položku sestavení ošetrovatelského plánu tj. 39 % (39). Až 81 % (81) výzkumného vzorku označilo produktivní komunikaci, 99 % (99) ochranu pacienta před sebezníčením a sebepoškozením. Vytvoření vztahu důvěry s pacientem preferuje 80 % (80) respondentů. Pro 98 % (98) je důležité sledovat celkový stav nemocného a 91 % (91) tázaných preferuje pobyt pacienta na uzavřeném oddělení. Nikdo z celkového počtu respondentů nedoplnil vlastní názor.

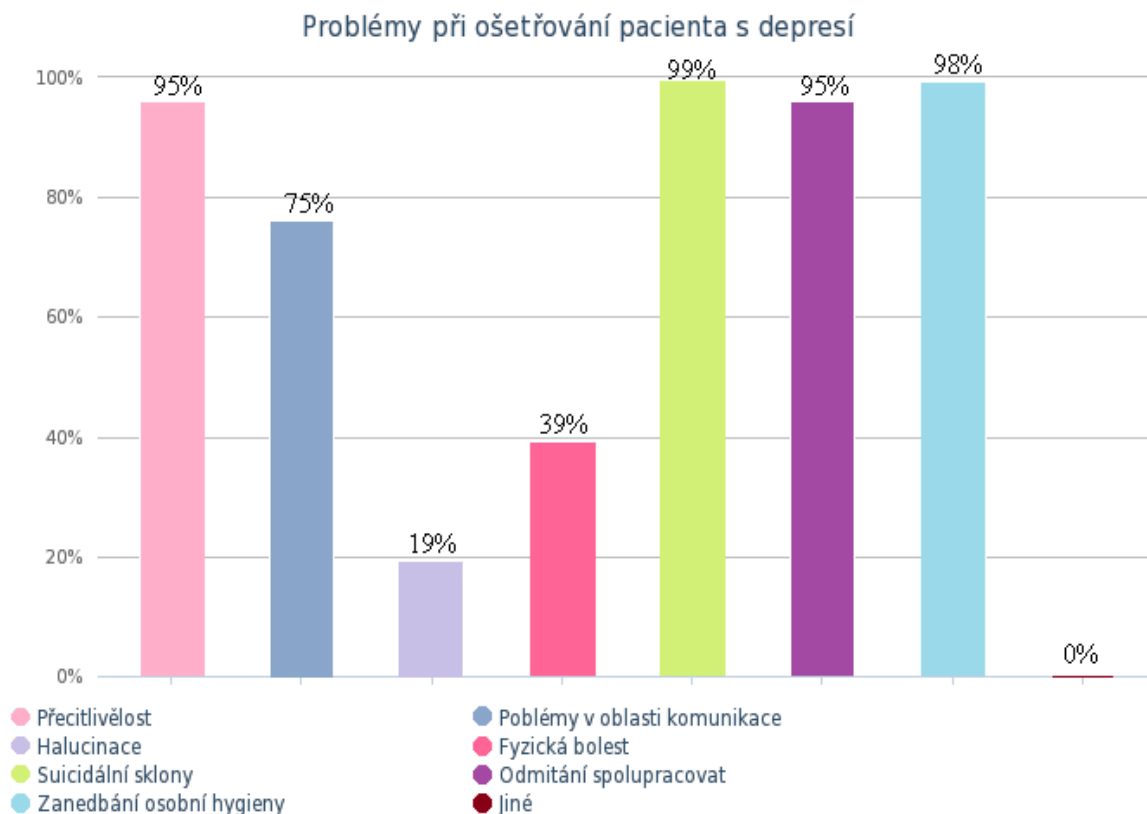
Otázka č. 10: Jaké máte možnosti péče o pacienty s depresí?



Graf 10 Možnosti péče o pacienty s depresí

Úkolem otázky č. 10 bylo zjistit, jaké možnosti péče mají respondenti o pacienty s depresí ve zdravotnickém zařízení, kde probíhal výzkum. Zúčastnění mohli zvolit více odpovědí i doplnit vlastní možnosti péče, které mají přístupné na jejich oddělení (viz Graf 10). Možnost psychoterapie, farmakoterapie a elektrokonvulzivní terapie má 100 % (100) respondentů. Až 99 % (99) uplatňuje psychoedukaci, 80 % (80) spolupracuje s rodinou nemocného. Pouze 12 % (12) je přístupná fototerapie. Také 23 % (23) respondentů z celkového počtu, doplnilo další možnosti péče o pacienty s depresí přístupné v daném zdravotnickém zařízení. Všechny 23 % respondentů doplnilo **kanisterapii** jako další možnost péče o tyto pacienty.

Otázka č. 11: S jakými problémy při ošetřování pacienta s depresí jste se setkal/a

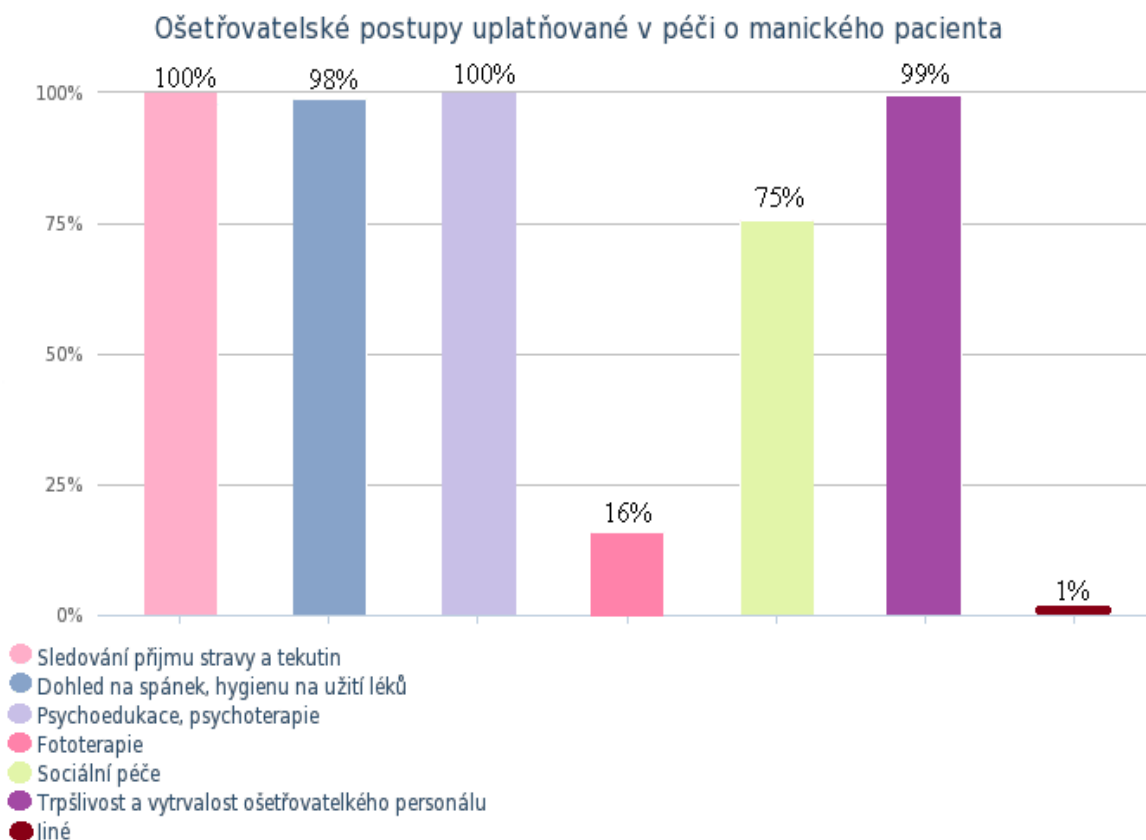


Graf 11 Problémy při ošetřování pacienta s depresí

Následující Graf 11 podává informaci o tom, jaké problémy při ošetřování pacienta s depresí, podle respondentů, mohou nastat. Byla zde možnost výběru více odpovědí.

Až 95 % (95) se setkali s přecitlivělostí a stejný počet (95 %) s odmítáním spolupracovat. Podle 75 % (75) respondentů pacienti mají problémy v oblasti komunikace a 19 % (19) se setkala i s halucinacemi. Dále 39 % (39) zúčastněných uvedlo, že se setkali i s fyzickou bolestí u těchto pacientů. Největší počet tázaných (tj. 99 %) uvedl, že pacienti mají suicidální sklony a za nimi následuje i zanedbání hygieny (toto uvedlo 98 % zúčastněných). Nikdo (tj. 0 %) z celkového počtu respondentů neuvedl vlastní názor.

Otázka č. 12: Jaké ošetrovatelské postupy v péči o manického pacienta uplatňujete?

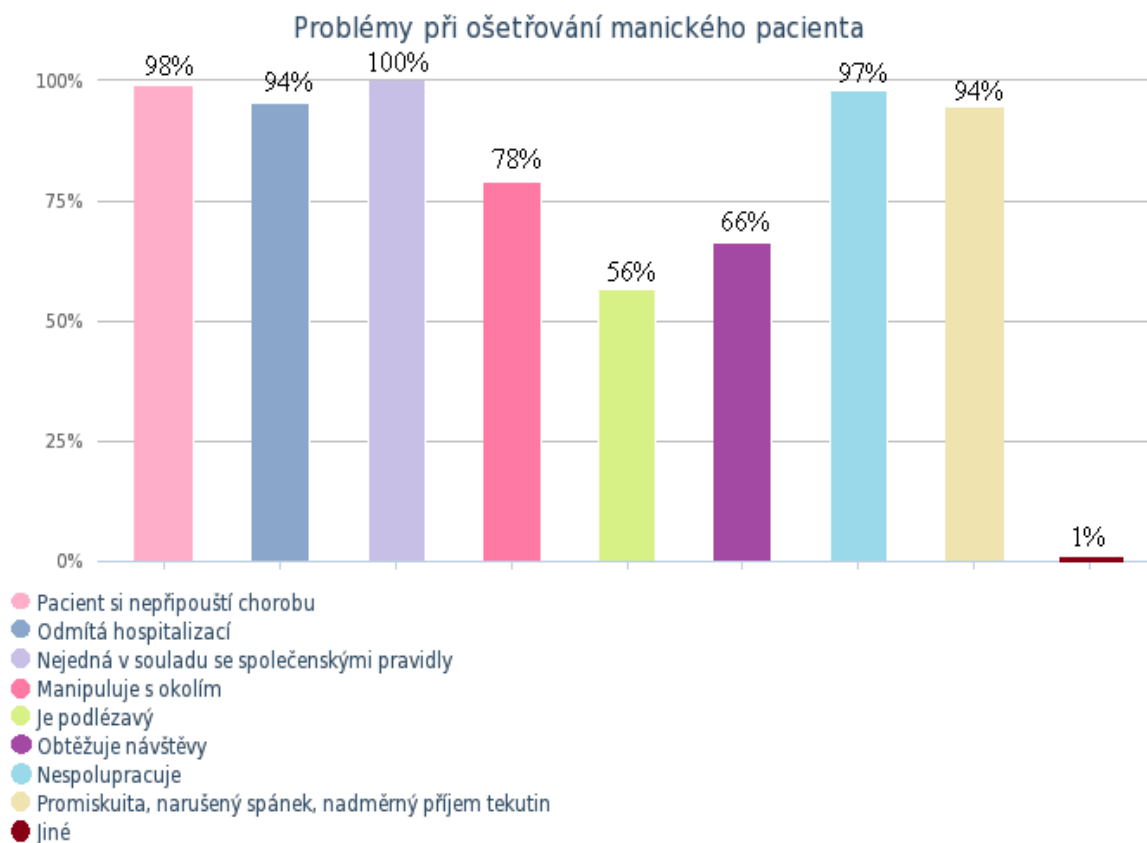


Graf 12 Ošetrovatelské postupy uplatňované v péči o manického pacienta

V Grafu 12 jsou uvedena data o tom, jaké ošetrovatelské postupy respondenti uplatňují v péči o pacienty s mánií. U této otázky byla možnost výběru více odpovědí či doplnění vlastního názoru.

Až 100 % (100) zúčastněných sleduje příjem stravy i tekutin. Psychoedukaci a psychohygienu mají možnost uplatnit na pracovišti také 100 % (100) tázaných. Dohled na spánek, hygienu a užití léků využívá 98 % (98). Pouze 16 % (16) uvedlo, že je jim dostupná i fototerapie. Možnost sociální péče uvedlo 75 % (75) a trpělivost i vytrvalost ošetrovatelského personálu vybralo 99 % (99) zúčastněných. Také 1 % (1) z celkového počtu (100 respondentů) uvedlo empatický přístup k pacientovi.

Otázka č. 13: S jakými problémy při ošetřování manického pacienta jste se setkal/a?



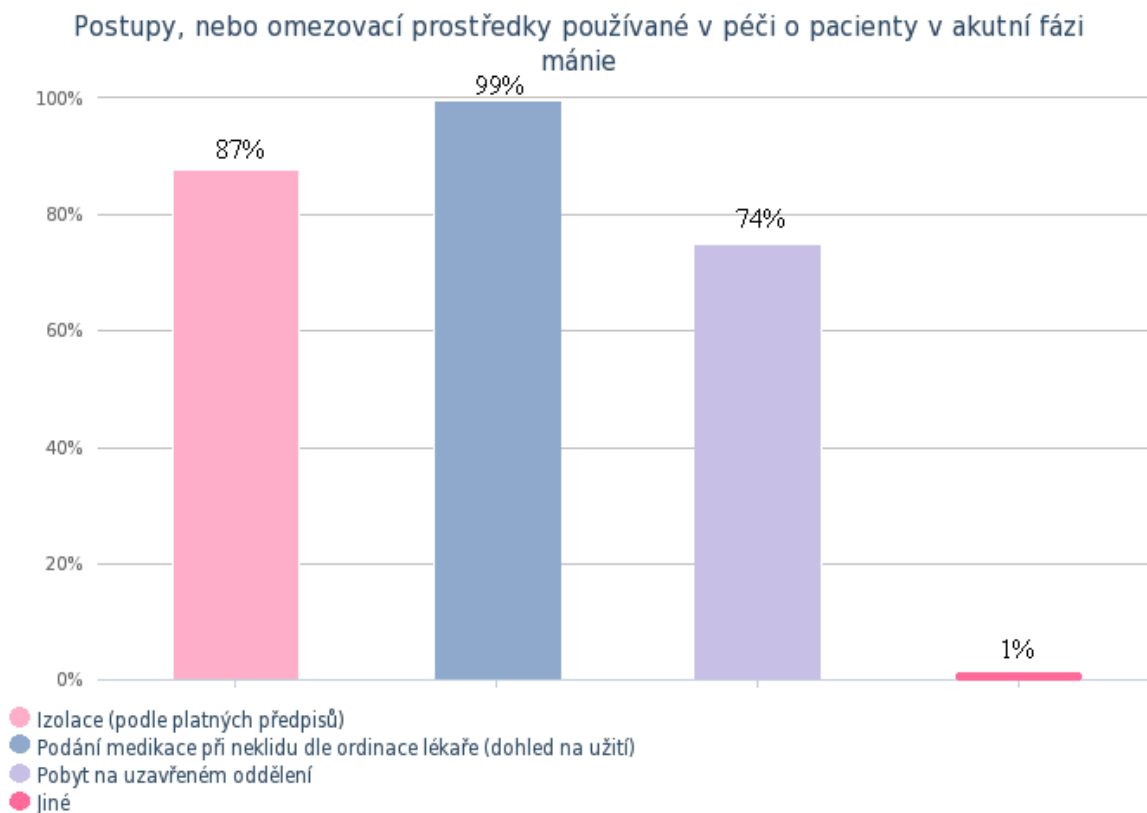
Graf 13 Problémy při ošetřování manického pacienta

V následujícím Grafu 13 jsou znázorněné odpovědi respondentů na otázku, s jakými problémy se setkávají při ošetřování pacientů s mánií. Zúčastnění mohli vybrat jednu či více odpovědí, byla zde i možnost doplnění vlastního názoru, kdy 1 % (1) zúčastněných uvedlo hyperaktivitu pacienta.

Největším problémem při ošetřování manického pacienta pro respondenty je to, že nemocný nejedná v souladu se společenskými pravidly (tuto odpověď označilo 100 %). To, že pacient si nepřipouští chorobu označilo 98 % (98) zúčastněných a 94 % (94) uvedlo, že nemocný odmítá hospitalizaci. Manipulaci s okolím považuje za problém při ošetřování 78 % (78) dotázaných, podlézavost 56 % (56) a obtěžování návštěv 66 % (66). Dalším problémem při ošetřování nemocných je nespolupráce. Tuto možnost označilo 97 % (97) respondentů. Až 94 % (94) vybralo možnost promiskuity, narušeného spánku a nadměrného příjmu tekutin.

Otázka č. 14:

Jaké postupy, nebo omezovací prostředky používáte v péči o pacienty v akutní fázi mánie?

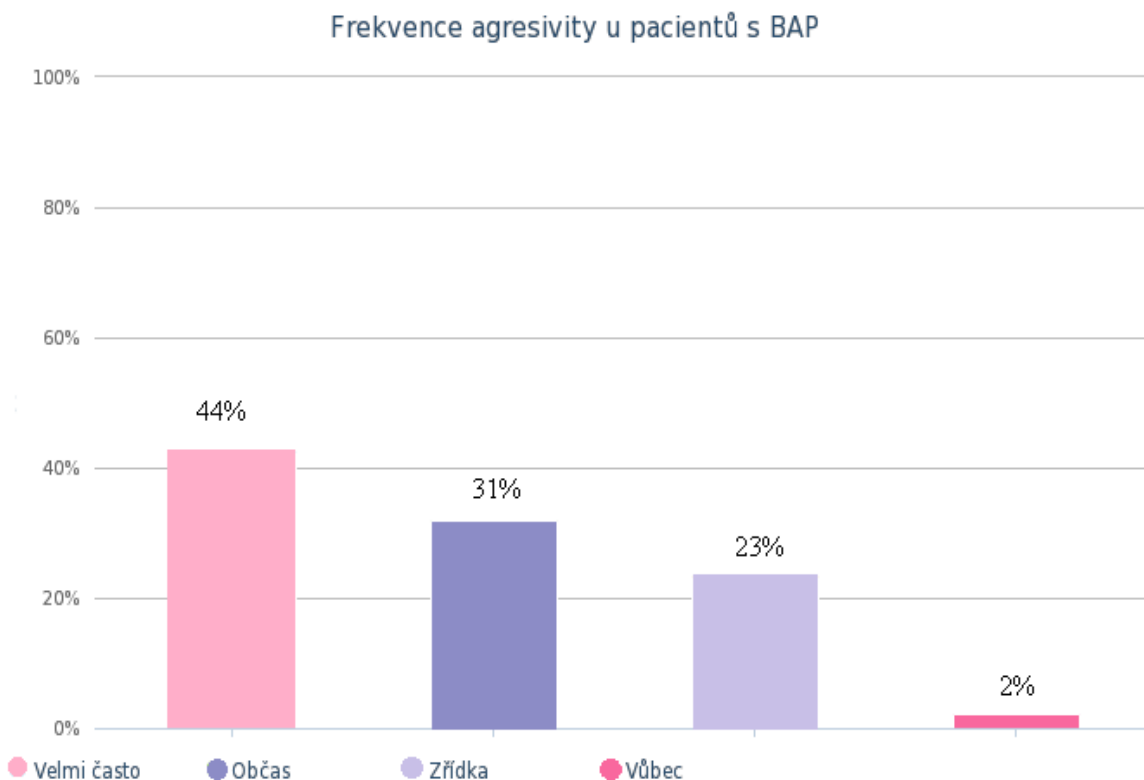


Graf 14 Postupy nebo omezovací prostředky používané v péči o pacienty v akutní fázi mánie

V otázce č. 14 výzkumný vzorek respondentů měl označit nebo doplnit, jaké postupy či omezovací prostředky používá v péči o pacienty v akutní fázi mánie. V této otázce bylo umožněno vybrat více odpovědí nebo doplnit vlastní názor.

Následující Graf 14 znázorňuje odpovědi respondentů, kdy 87 % (87) zvolilo izolaci nemocného. 99 zúčastněných (99 %) označilo podání medikace při neklidu dle ordinace lékaře a dohled na jejich užití a 74 dotázaných (74 %) uvedlo pobyt na uzavřeném oddělení. Vlastní odpověď (produktivní komunikace) doplnilo 1 % (1) tázaných.

Otázka č. 15: Jak často se setkáváte s agresivitou u pacientů s BAP?

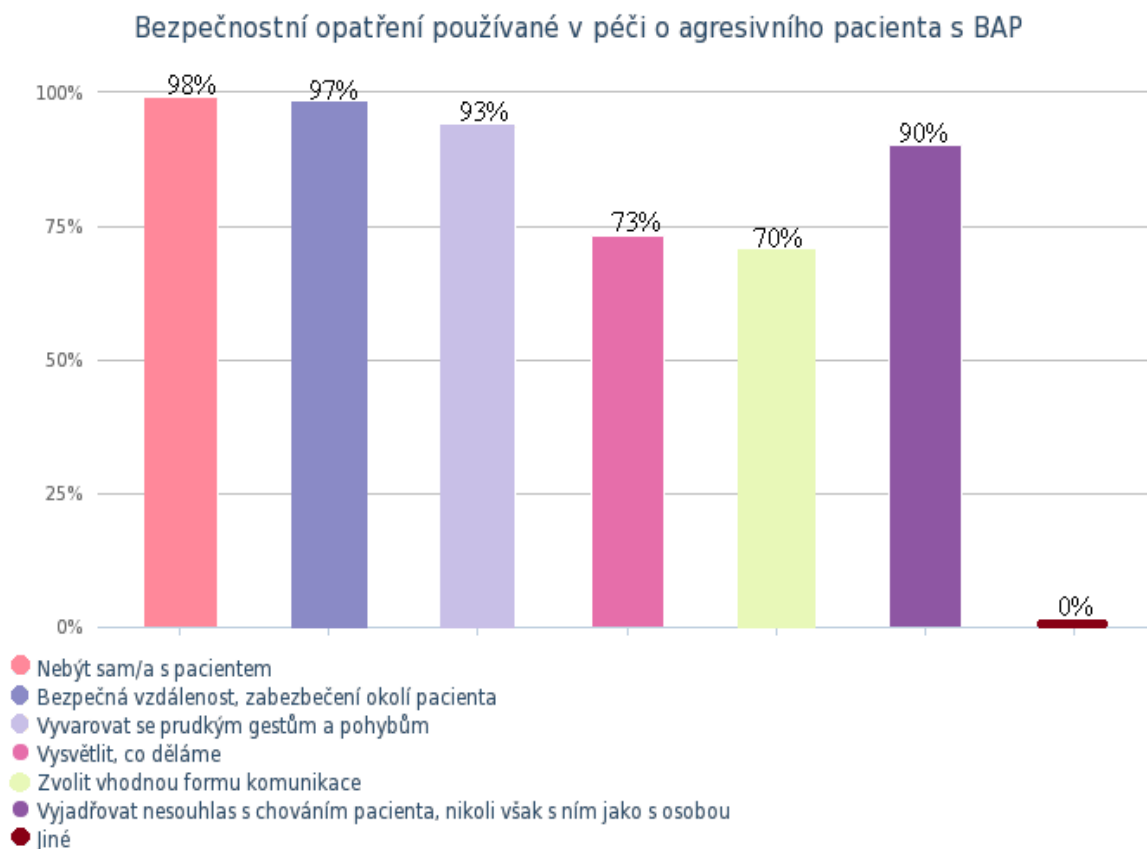


Graf 15 Frekvence agresivity u pacientů s BAP

Graf 15 podává grafickou informaci o tom, jak často se zúčastnění setkávají s agresivitou u pacientů s BAP. Respondenti mohli zvolit pouze jednu odpověď z nabídky.

Po analýze odpovědí v dotaznících se ukázalo, že 44 % (44) tázaných z celkového počtu 100 % (tj. 100 respondentů), se s agresivitou u této poruchy setkává velmi často. Dále 31 % (31) se s ní občas setká a 23 % (23) se setkává jen zřídka. Pouze 2 % (2) se s agresivitou u dané kategorie nemocných nesetkala.

Otázka č. 16: Jaká bezpečnostní opatření používáte v péči o agresivního pacienta s BAP?

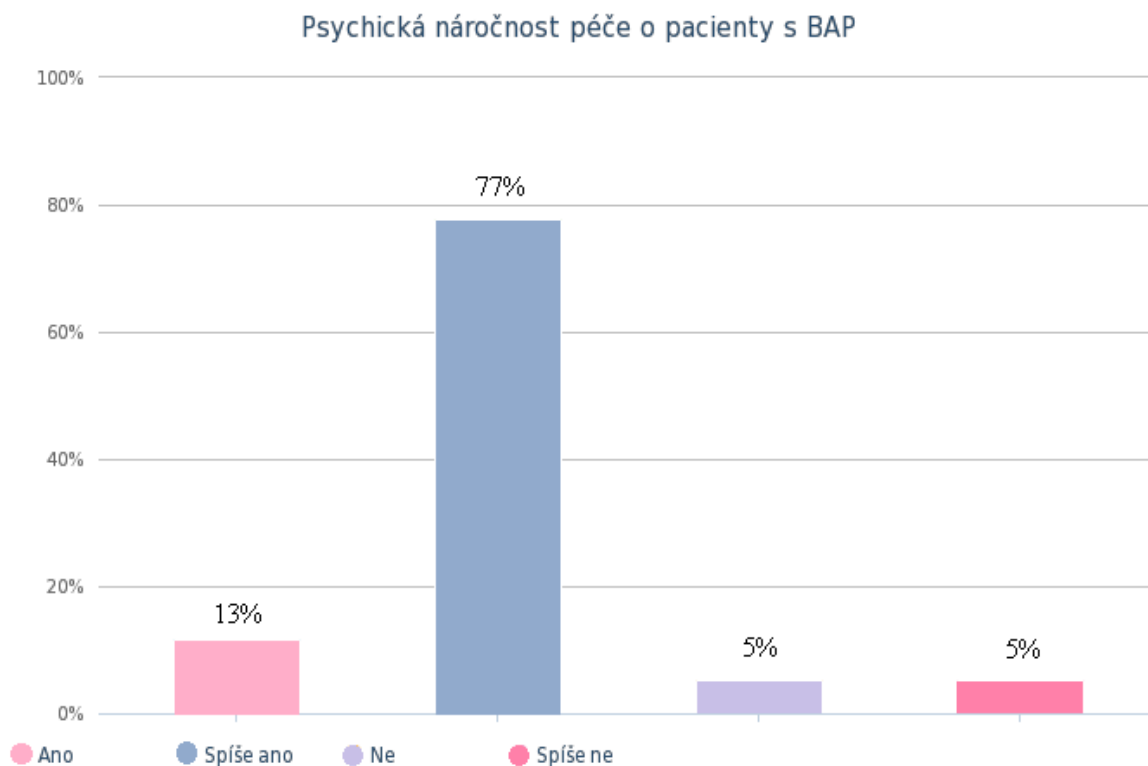


Graf 16 Bezpečnostní opatření používané v péči o agresivního pacienta s BAP

Z následujícího Grafu 16 je patrné, jaká bezpečnostní opatření jsou respondenty používána v péči o agresivního pacienta v instituci, kde výzkum probíhal. Zúčastnění mohli označit více odpovědí, nebo doplnit vlastní názor na problematiku.

Odpověď 'nebýt sám s pacientem' byla označena z 98 % (98) a z 97 % (97) dodržování bezpečné vzdálenosti spolu se zabezpečením okolí pacienta. Obdobně 93 % (93) respondentů také uvedlo, že se snaží vyvarovat prudkým gestům a pohybům a 73 % (73) odpovědí bylo, aby se nemocnému vysvětlilo, co se momentálně dělá. Vhodnou formu komunikace označilo 70 % (70) a možnost vyjadřovat nesouhlas s chováním pacienta, nikoli však s jeho osobou byla zastoupená z 90 % (90). Nikdo z celkového počtu respondentů (100 %) nedoplnil vlastní odpověď.

Odpověď č. 17: Jak osobně vnímáte ošetrovatelskou péči o pacienta s BAP? Je pro vás psychicky náročná?

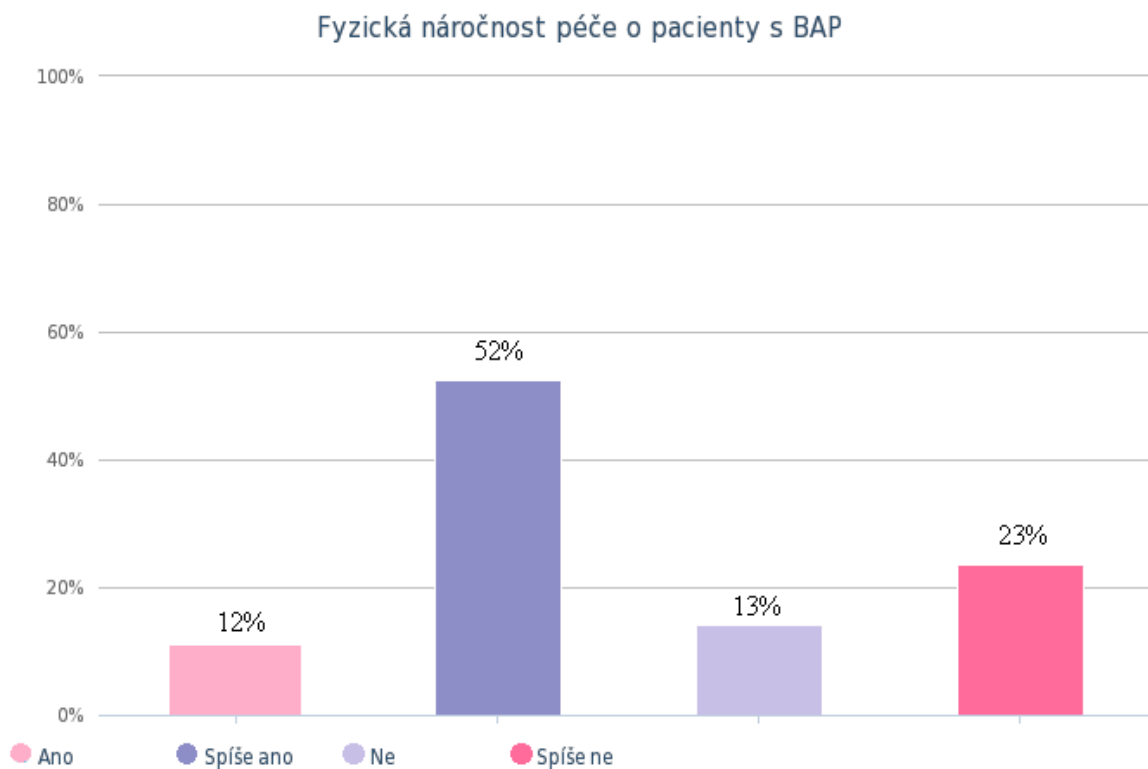


Graf 17 Psychická náročnost péče o pacienty s BAP

Výše uvedený Graf 17 ukazuje stupeň psychické zátěže zúčastněných při práci s pacienty s BAP. Respondenti mohli vybrat 1 odpověď z nabídky.

Po zhodnocení odpovědí 13 % (13) z celkového počtu 100 % (tj. 100 tázaných) odpovědělo na tuto otázku ANO, 77 % (77) označilo odpověď Spíše ANO a odpovědi NE a Spíše NE jsou vybrány u 10 % (10) respondentů (tj. 5 a 5 % každá).

Otázka č. 18: Ohodnotil/a byste ošetrovatelskou péči o pacinta s BAP jako fyzicky náročnou?



Graf 18 Fyzická náročnost péče o pacienty s BAP

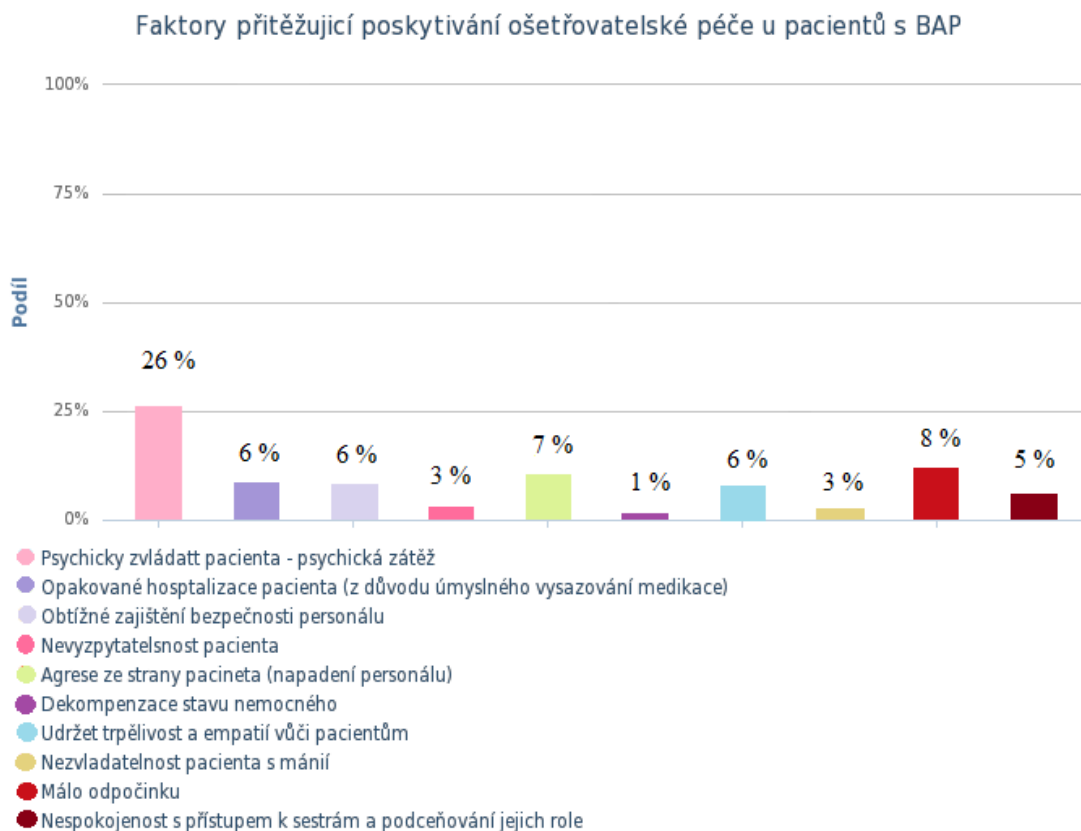
Úkolem otázky č. 18 bylo vyzkoumat, jak vnímají respondenti péči o pacienty s BAP po fyzické stránce. Vybrat mohli pouze jednu odpověď.

Z Grafu 18 je patrné, že 12 % (12) z celkového počtu 100 % (100) uvedlo, že je pro ně ošetrovatelská péče o tyto pacienty fyzicky náročná a 13 % (13) tuto péči hodnotí jako nenáročnou. Až 52 % (52) respondentů si myslí, že to je spíše náročná péče a 23 % (23), že spíše ne.

Otázka č. 19: Co je pro Vás osobně nejvíce zatěžující v péči o tyto pacienty?

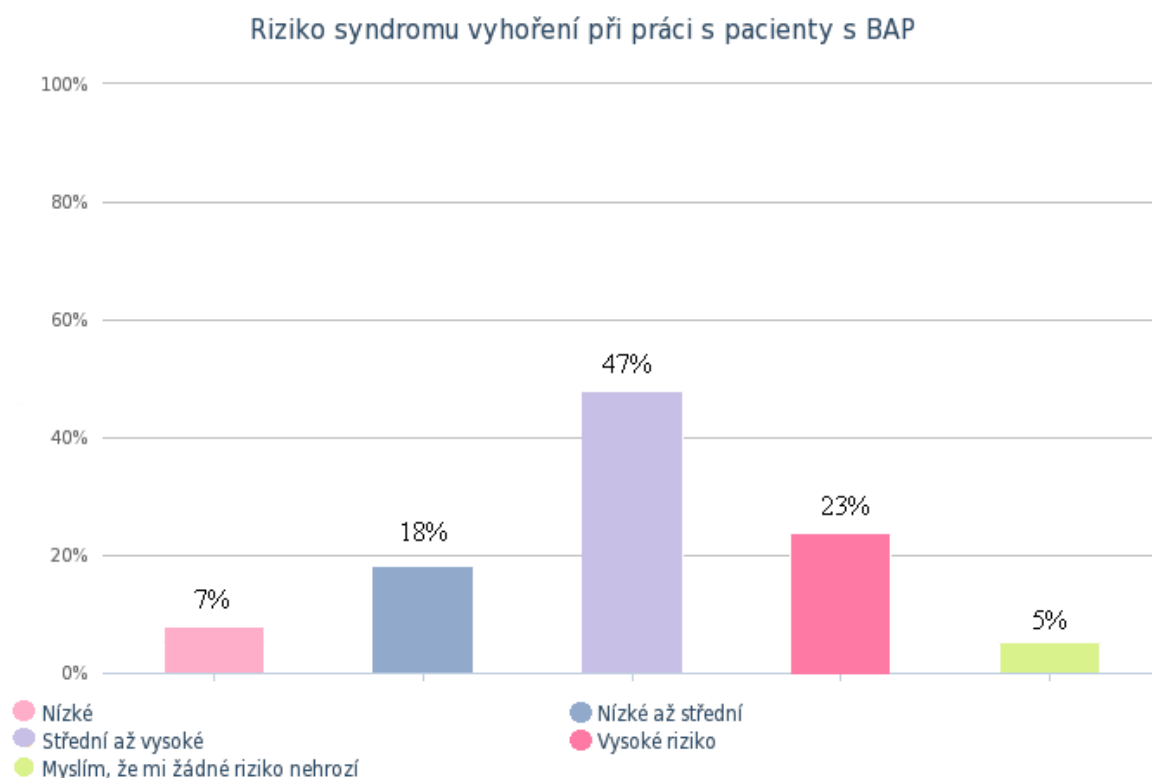
Tato otázka byla otevřeného typu, kde respondenti měli ohodnotit péči o pacienty s BAP a napsat, co je pro ně osobně nejvíce zatěžující při práci s tímto okruhem nemocných. Z celkového počtu 100 respondentů (100%) se k této otázce vyjádřilo 71 zúčastněných (71%).

Po zhodnocení odpovědí, nejvíce tázaných uvedlo, že pro ně je zatěžující psychicky zvládat pacienta s BAP, tedy psychická zátěž. Dále respondenti uváděli opakovanou hospitalizaci pacienta z důvodu úmyslného vysazování medikace, obtížné zajištění bezpečnosti personálu, nevyzpytatelnost a agrese pacientů a dekompenzace jejich stavu. Pak tázaní uváděli, že je pro ně těžké udržet trpělivost a empatii vůči těmto nemocným tj. být psychicky silný. Také mnoho respondentů uvedlo, že je pro ně psychicky náročné zvládat chování pacienta s mánií a nedostatek odpočinku. Objevila se i nespokojenost s přístupem k sestrám a podceňování jejich role. Odpovědi respondentů jsou uvedené níže v Grafu 19.



Graf 19 Faktory přitěžující poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s BAP

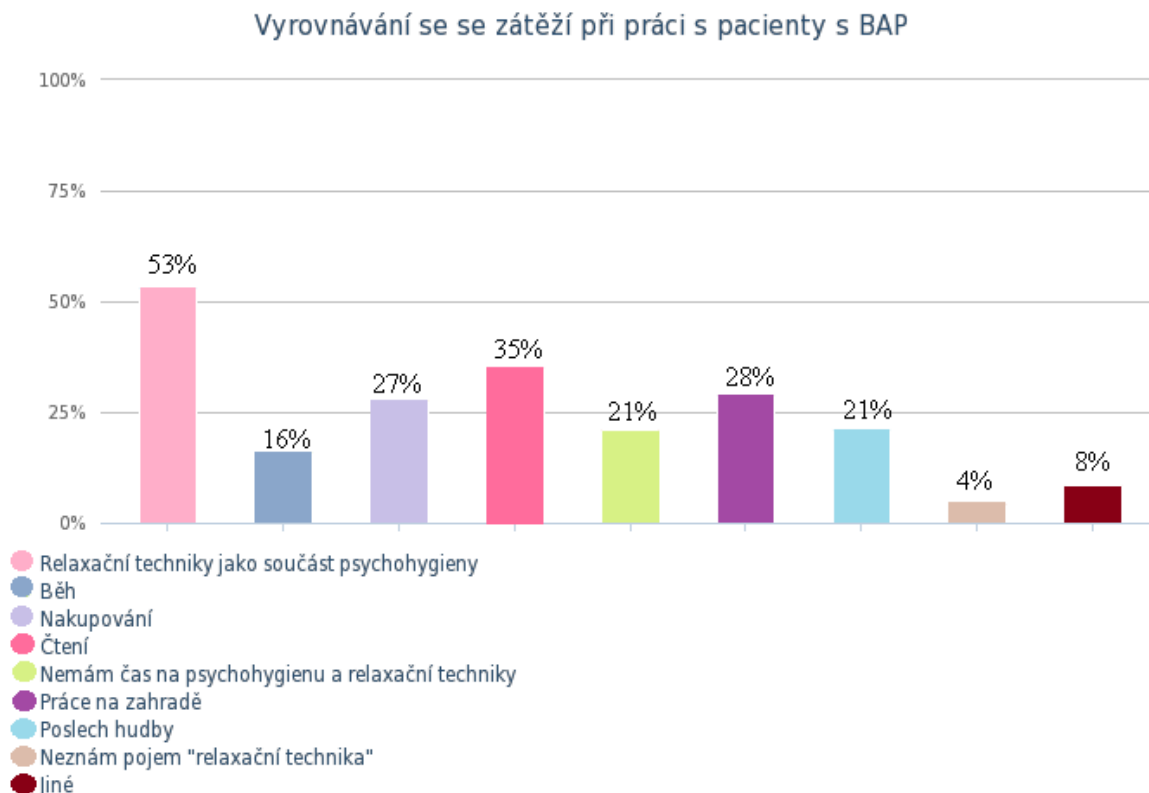
Otázka č. 20: Do jaké míry si myslíte, že Vám hrozí riziko syndromu vyhoření při práci s pacienty s BAP?



Graf 20 Riziko syndromu vyhoření při práci s pacienty s BAP

Grafické znázornění uvedené výše (viz Graf 20) ukazuje, jak zúčastnění hodnotí riziko vzniku syndromu vyhoření při práci s duševně nemocnými. Respondenti měli vybrat jednu variantu odpovědí z nabídky. Největší část tj. 47 % (47) z celkového počtu 100 % (100) respondentů, ohodnotila toto riziko jako střední až vysoké. Dále 23 % (23) uvedlo, že jim hrozí vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření a 18 % (18) dotázaných označilo nízké až střední riziko. Zúčastněných, kterým hrozí nízké riziko je 7 % (7) a 5 % (5) uvedlo, že jim žádné nebezpečí nehrozí.

Otázka č. 21: Jak se vyrovnáváte se zátěží při práci s pacienty s BAP?



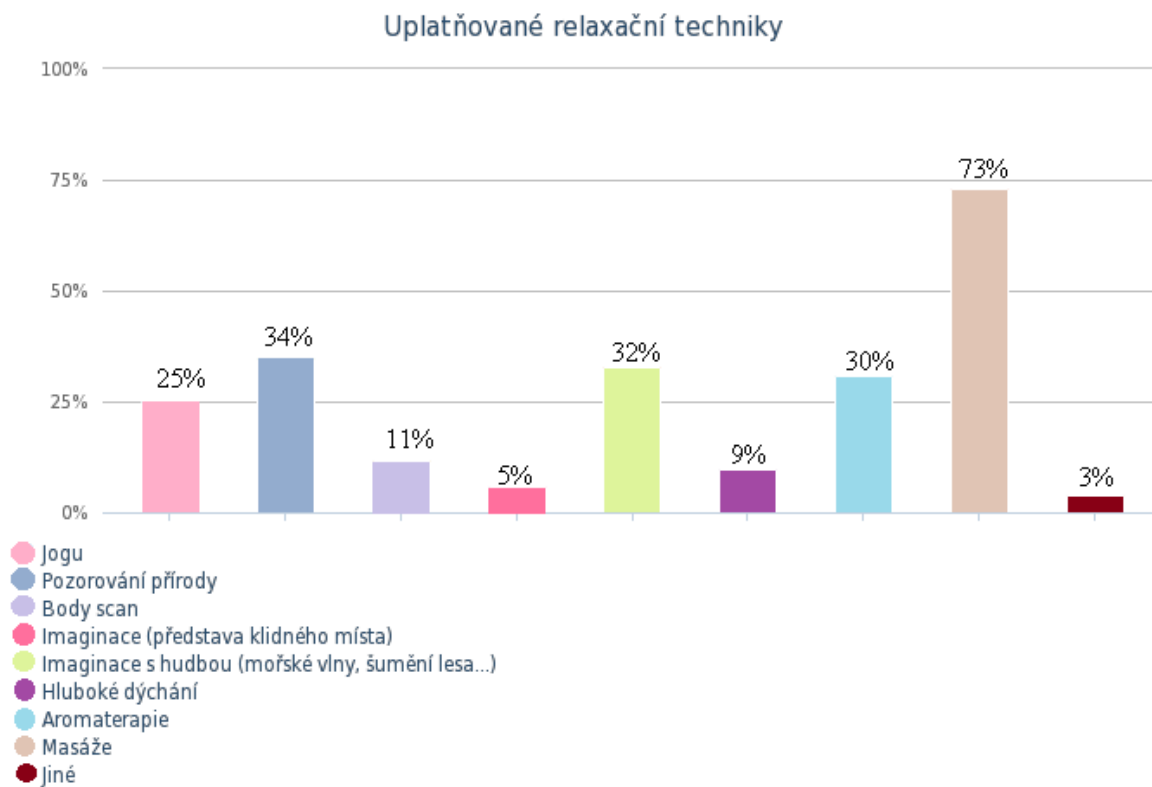
Graf 21 Vyrovnávání se se zátěží při práci s pacienty s BAP

Úkolem následující otázky bylo zjistit, jak se respondenti vyrovnávají se zátěží při své práci. Zúčastnění mohli označit více odpovědí a pokud jedna z jejich odpovědí zahrnovala relaxační techniky, měli v další otázce uvést jaký druh relaxační techniky uplatňují. Pokud jejich odpověď tuto položku nezahrnovala, měli pokračovat otázkou č. 23.

Podle výsledků (viz Graf 21), 53 % (53) tázaných uplatňuje různé druhy relaxačních technik jako součást psychohygieny. Další možností byl běh, který praktikuje 16 % (16), nakupování – 27 % (27), pak čtení, které označilo 35 % (35) respondentů, na zahradě pracuje 28 % (28), 21 % (21) poslouchá hudbu a 8 % (8) uvádělo jiné metody relaxace jako meditace, naprostý klid, samota, divadlo, vycházky, canisterapie, cvičení, hry s dětma.

Až 21 % (21) respondentů uvedlo, že nemají čas na psychohygienu a relaxační techniky a 4 % (4) neznají pojem „relaxační technika“.

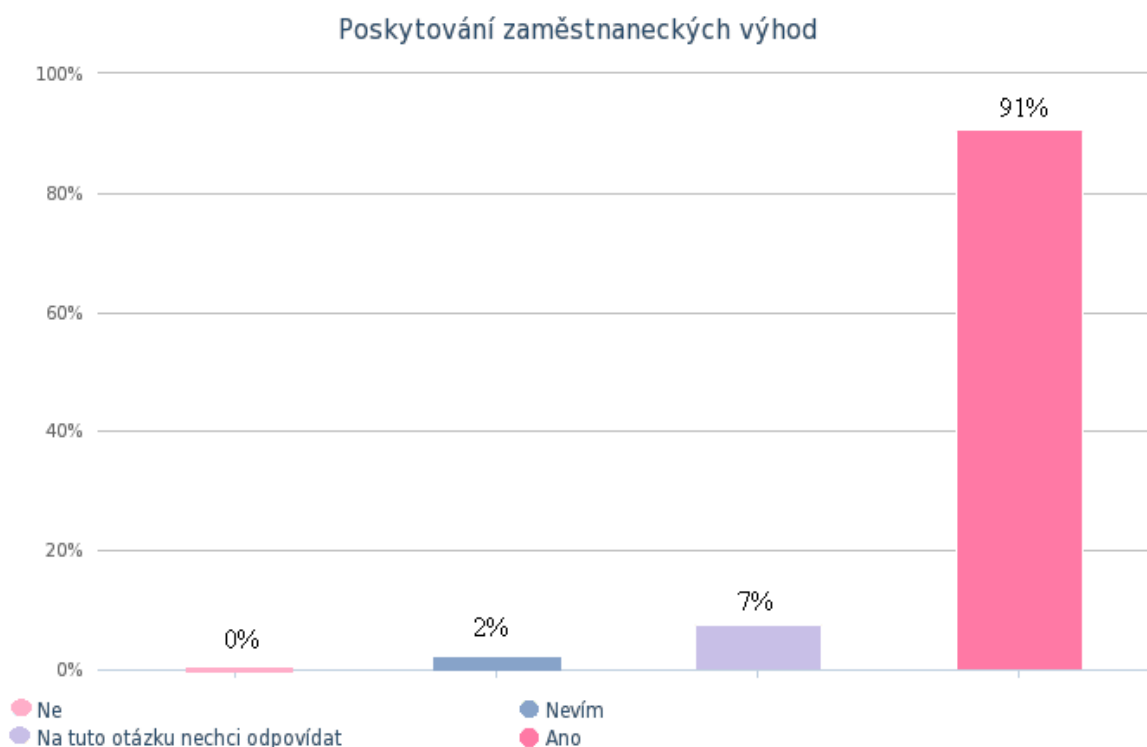
Otázka č. 22: Jaké relaxační techniky jako součást osobní psychohygieny uplatňujete?



Graf 22 Uplatňované relaxační techniky

Následující otázka navazuje na předchozí a dané grafické znázornění odpovědí respondentů nám podává informaci o tom, jaké relaxační techniky jako součást psychohygieny zúčastnění uplatňují (viz Graf 22). Tázání mohli vybrat více odpovědí a nejvíce uváděnou položkou byli masáže, kterou uvedlo 73 % (73) respondentů, pak následovalo pozorování přírody – 34 % (34). Dále 32 % (32) respondentů uvádělo imaginaci s hudbou, 30 % (30) aromaterapii, 25 % (25) jógu, 11 % (11) body scan, 9 % (9) hluboké dýchání, 5 % představu klidného místa a 3 % (3) respondentů doplnilo vlastní relaxační techniku, konkrétně meditace.

Otázka č. 23: Poskytuje Vám zaměstnavatel nějaké benefity v rámci prevence syndromu vyhoření při práci s duševně nemocnými pacienty?



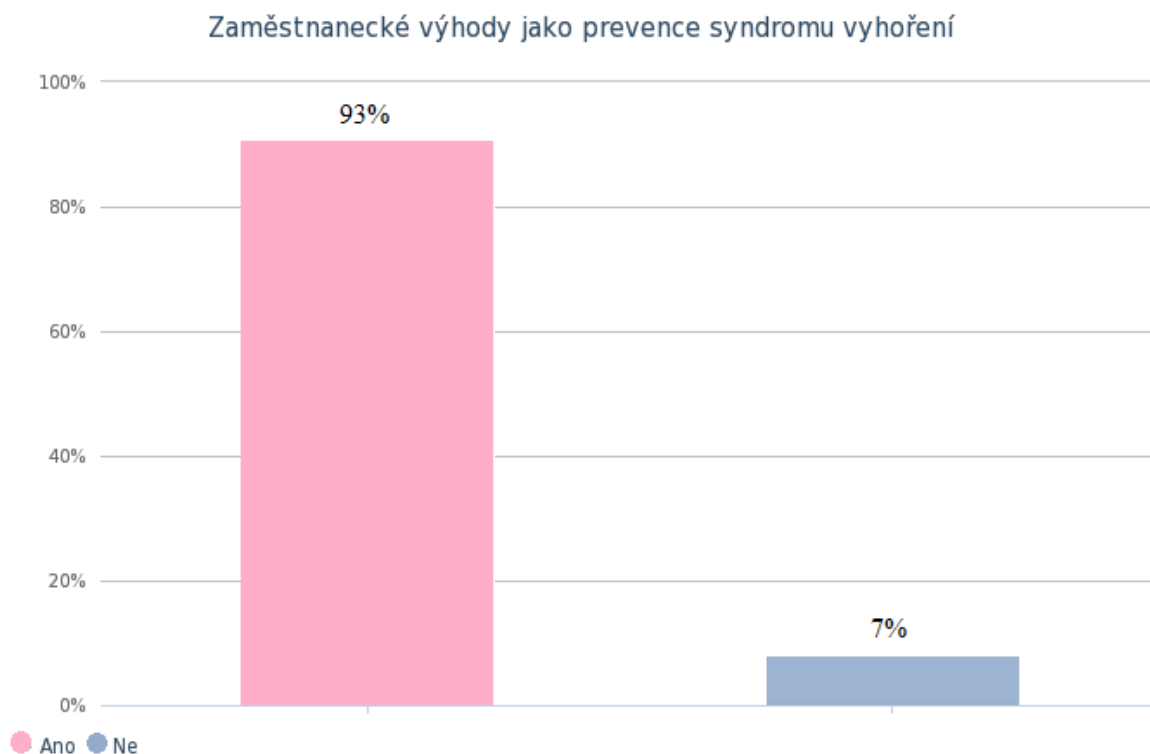
Graf 23 Poskytování zaměstnaneckých výhod

V otázce č. 23 respondenti měli uvést, zda jim zaměstnavatel poskytuje zaměstnanecké výhody jako prevence syndromu vyhoření při práci s duševně nemocnými. Pokud jejich odpovědi byla možnost ANO, měli doplnit o jaké výhody se jedná (viz Graf 23).

Nikdo z respondentů na tuto otázku neodpověděl NE, 2 % (2) dotázaných neví, zda jim jsou poskytovány nějaké výhody a 7 % (7) zúčastněných na tuto otázku nechtělo odpovídat.

Celkem 91 % (91) tázaných z celkového počtu 100 % (100) respondentů jsou tyto výhody poskytovány. Podle zhodnocení odpovědí, největší části zaměstnavatel poskytuje poukázky na masáže. Pak také nabízí plavanky (poukázky do bazénu), kupony do lékárny, možnost navštívit kulturní akce, psychoterapeutická sezení, příspěvky na dovolenou či příplatky.

Otázka č. 24: Myslíte, že možnost mít zaměstnanecké výhody by mohla zmenšit riziko vzniku SYNDROMU VYHOŘENÍ u zaměstnanců a kompenzovat náročnost péče o duševně nemocné?



Graf 24 Zaměstnanecké výhody jako prevence syndromu vyhoření

Graf 24 ukazuje postoj respondentů k možnosti mít zaměstnanecké výhody, tj. zda si myslí, že možnost mít tyto benefity sníží riziko vzniku syndromu vyhoření. Výzkumný vzorek zúčastněných měli zvolit jednu odpověď na otázku a jimi zvolenou možnost měli doplnit vlastním názorem.

Celkem 93 % (93) respondentů označilo položku ANO a svoji volbu doplnili tím, že pokud zaměstnanec bude mít různé výhody, bude si moci „vyčistit“ hlavu a „uklidnit“ myšlenky. Velký počet respondentů (30 %) uvádělo, že mají nedostatek času pro odpočinek a relaxaci, že by potřebovali více času, kterého je momentálně málo.

Dále 7 % (7) zúčastněných si myslí, že výhody poskytované zaměstnavatelem nemají vliv na vznik syndromu vyhoření. Svoji odpověď doplnili tím, že neznají benefity, které by snížili toto nebezpečí, že péče o nemocné s BAP zůstane náročná i přes veškeré

benefity poskytované zaměstnancům a také, že záleží na individualitě jedince (tj. zájem či nezájem vykonávat práci ve zdravotnictví).

3 Diskuze

V předchozích částech této bakalářské práce jsem zkoumala specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod (dále jen PN HB). Cílovou skupinou byly všeobecné a praktické sestry. Celkově se výzkumu zúčastnilo 100 respondentů, kdy 88 % z nich byly ženy, což obecně odpovídá genderovému rozložení ve zdravotnictví – v profesi všeobecná sestra. Další zjišťovanou charakteristikou souboru bylo dosažené vzdělání respondentů, kdy byly zjištěny překvapivé údaje, že pouze 12 (12 %) dotázaných sester z výzkumného souboru má specializační studium a 12 sester (12 %) má Vyšší odbornou školu, kdy ovšem nebylo zjišťováno, zda se jedná o obor Diplomovaná sestra pro psychiatrii. Myslím si, že specializační studium je pro práci v tak specifickém oboru jako je psychiatrie, naprostou nezbytností. S tím koresponduje i snaha Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, kdy si její vedení klade za cíl mít vzdělaný personál a aktivně se podílí na výuce specializačního studia v psychiatrii (certifikované kurzy pod Vysokou školou Polytechnickou v Jihlavě a Střední a Vyšší zdravotnickou školou Havlíčkův Brod). K danému cíli práce jsem si stanovila 3 výzkumné otázky, jež jsou zodpovězeny dále.

První výzkumná otázka se zabývala specifiky poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou osobnosti. Na zodpovězení této otázky byly použity položky 3-8 v dotazníku, kdy respondenti odpovídali, zda se setkali s touto poruchou, jaké ošetrovatelské postupy uplatňují v péči o pacienty s BAP a v čem je podle nich toto onemocnění specifické. Všech 100 % respondentů odpovědělo, že se s tímto onemocněním setkalo (že ošetrovali takovéto pacienty) a 86 % dotázaných se setkalo i se smíšenou epizodou u této poruchy. Dále výzkumný vzorek zúčastněných odpovídali na otázky týkající se specifik a ošetrovatelské péče u tohoto okruhu nemocných, kde byla možnost více odpovědí. Až 97 % respondentů odpovědělo, že tato porucha je celoživotní a závažná, 96 % BAP charakterizovalo emoční nestabilitou a projevy nežádoucích účinků udržovací medikace, 78 % respondentů pak uvedlo, že se u této nemoci setkalo s abúzem návykových látek a 95 % s psychosociálními problémy (viz Graf č. 7). Jak uvádí Svoboda, Češková,

Kučerová (2006), více než polovina pacientů s BAP mají sociální problémy, problémy v rodině, nemají zaměstnání a stresové události mohou vést k relapsu onemocnění.

Podle Petra a Markové (2014) sestra je nositelkou výkonu a měla by znát své kompetence, být vzdělaná a své poznatky využívat v praxi. Graf č. 8 ukazuje odpovědi respondentů na otázku, jaká vnímají specifika ošetrovatelské péče u pacientů z BAP. Téměř všechny položky (mezi něž patřili např. trpělivost a vytrvalost ošetrovatelského personálu, edukace nemocného o nemoci, empatický přístup a zejména dohízet na příjem stravy, tekutin, hygienu, užití léků i ochrana pacienta před sebezdestrukcí) byly označeny 100%. Holečková (2019) ve svém výzkumu dochází k obdobným zjištěním a zdůrazňuje důležitost celkového sledování pacienta v období mánie či deprese a tím zabránění sebezdestrukci či sebepoškození. Odpovědi respondentů na výše uvedené otázky nám také poukazují na to, že zúčastnění respondenti, pracující v zařízení, kde výzkum probíhal, znají specifika ošetrovatelské péče o pacienty s BAP a tyto poznatky uplatňují v praxi.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jak se liší péče o pacienta s depresí (depresivní epizodou) od péče o pacienta s mánií (manickou epizodou). Tato výzkumná otázka byla verifikována otázkami 9-16 dotazníku s možností více odpovědí. Po proběhlé analýze dat, nejdůležitější podle dotázaných je v akutní fázi onemocnění chránit pacienta (99 %), sledovat jeho celkový stav (98 %) a podávat léky dle ordinace lékaře (100 %). Petr (2014) ve své publikaci taktéž uvádí, že v dané situaci (v depresi či v mánii) je nejdůležitější pacientovo bezpečí a sledování jeho celkového stavu, jelikož je zde riziko propuknutí somatického onemocnění, o kterém nemocný nehovoří, jelikož je ovlivněn BAP. Proto je také důležité vytvoření vztahu důvěry s pacientem. Tato možnost byla označena z 80 %. Podle mého názoru by toto procento mohlo být vyšší, ale vytvořit takovýto vztah je velmi obtížné i přes to, 80 % je vysoké číslo a poukazuje, že 80 respondentů ze 100 se o to snaží. Podle dotázaných je také důležitá trpělivost a vytrvalost ošetrovatelského personálu, zejména při ošetrování pacientů v mánii (99 %). Za paradoxní mi přišlo, že pouze 39 % dotázaných (viz Graf 9) v rámci péče o tyto pacienty uvedlo, že sestavují **ošetrovatelský plán**, jelikož ten je **nedílnou** součástí ošetrovatelské dokumentace a dle standardu o přijetí do PN HB musí být vyhotoven nejpozději do 24 hodin po přijetí a dále by se měl pravidelně dle individuálních potřeb pacienta korigovat. Poměrně často (23 % dotázaných) sestry uváděly jako další možnost přístupu k pacientům s BAP či v depresivní fázi

canisterapii. Canisterapie je forma zooterapie, kdy je využíván pes k navázání terapeutického vztahu s pacientem a k uvolnění jeho emocí. Pozitivní účinek zvířete na člověka je opakovaně prokázán mnoha pracemi (např. Tvrdková, 2007 a Kovaříková, 2013). Pacienti v PN HB mají možnost využívat i hiporehabilitaci, což je terapie za pomoci koně a speciálně proškolených terapeutů a sester.

Při práci s pacienty s BAP se ošetrovatelský personál potýká s nejrůznějšími problémy. Otázky 11 a 13 zjišťovaly, s jakými problémy při ošetrování těchto pacientů se respondenti setkali (viz Graf 11 a 13). Podle výsledků u pacientů v depresi jsou největším problémem suicidální sklony (99 %), pak přecitlivělost (95 %), odmítání spolupracovat (95 %) a zanedbání osobní hygieny (98 %). U pacientů s máníí je problém jednání v souladu se společenskými pravidly (100 %), nespolupráce (97 %), odmítání hospitalizace (94 %) a nepřipouštění si choroby (98 %). Často je nutné použití i omezovacích prostředků, zejména u pacientů s máníí, nebo personál musí čelit agresivnímu pacientovi. Podle proběhlé analýzy odpovědí respondentů, nejčastějším omezovacím prostředkem používaným personálem v zařízení, kde výzkum probíhal, je podání medikace při neklidu dle ordinace lékaře a dohled na užití (99 %), pak následuje izolace pacienta podle platných předpisů (87 %) a pobyt na uzavřeném oddělení (74 %) (viz Graf č. 14). Graf 15 nám ukazuje, jak často se respondenti setkávají s agresivitou u pacientů s BAP. Zde celkem 75 % dotázaných uvedlo, že se s agresivním pacientem setkává velmi často (44 % dotázaných), a nebo občas (31 %). Z tohoto faktu zřejmě i vyplývá značné psychické a fyzické zatížení sester, jež bylo zjišťováno dalšími položkami dotazníku. Tudíž považují za nezbytnost, aby sestry pracující s takto specifickou skupinou pacientů měly specializační vzdělání, jež jim umožní se na takto kritické situace se připravit a dále považují za vhodné proškolit zdravotnický personál v kurzu sebeobrany. V Grafu 16 jsou znázorněny bezpečnostní opatření, která používají respondenti při práci s agresivním pacientem. Nejčastější odpovědí bylo nebýt sám s pacientem (98 %), následovala odpověď bezpečná vzdálenost a okolí (97 %), pak vyvarovat se prudkým gestům a pohybům (93 %). Podle Dingové Šlikové (2018) je potřeba odhadnout metodu komunikace a jednání v dané situaci. Existují různé komunikační metody (viz Příloha č. 4), které lze uplatnit dle potřeby. Sestra pracující na psychiatrickém oddělení se často sektává s problémy při ošetrování pacientů, které se liší podle typu poruchy. Jak uvádí Hřebejková (2013) ve své bakalářské práci, sestra pracující na psychiatrickém oddělení by měla mít různé

dovednosti, mezi něž patří např. komunikační schopnosti, měla by být dobře orientovaná v problematice psychiatrických diagnóz, znát jejich specifika a profesionálně přistupovat a řešit problémy vzniklé při poskytování ošetrovatelské péče. Často se ale stává, ozvlášt' na psychiatrickém oddělení, že sestry svoji práci vnímají jako velmi zátěžující. Tento jev zkoumá VO č. 3 a výsledky výzkumu jsou uvedené dále.

Třetí výzkumná otázka zjišťuje jak všeobecné a praktické sestry vnímají péči o pacienty s BAP, zda je pro ně zátěžující. Pro zodpovězení této otázky byly v dotazníku vytvořeny otázky č. 17 – 24. Grafy 17 a 18 znázorňují odpovědi respondentů na otázky, které se týkaly psychické a fyzické náročnosti práce. Podle výsledků šetření fyzicky spíše zátěžující péče je pro 52 %. Podle Petrovové (2017), počty zdravotníků trpících **lumbalgiemi** (tj. bolestmi bederní páteře), ve srovnání s profesemi, kde se vykonává těžká fyzická práce, jsou početně srovnatelné.

Co se týče psychické zátěže – 77 % respondentů ze 100 % uvádí, že tato péče je pro ně psychicky spíše zátěžující, pro 13 % je zátěžující a pouze 5 % respondentů odpověděli NE a 5 % spíše NE. Otázka č. 19 byla typu otevřeného, kde dotázaní uváděli, co je osobně pro ně psychicky nejvíce vyčerpávající při práci s duševně nemocnými. Jako nejčastější faktory, 71 % ze 100 % zúčastněných, uváděli psychickou zátěž, zejména potíže se zvládáním pacienta po psychické stránce spolu s agresivitou pacienta a obtížným zajištěním bezpečnosti personálu. V navazující otázce č. 20 pak 47 % respondentů označilo i střední až vysoké riziko syndromu vyhoření a 23 % označilo, že jim hrozí dokonce vysoké riziko při práci s takto nemocnými. Jak uvádí Venglářová (2011) ve své publikaci *Sestry v nouzi*, prostředí, charakter práce a psychické „nezvládnutí“ pacienta z důvodu temperamentu sestry, je jedním z hlavních faktorů vzniku syndromu vyhoření, který definuje jako „postupující ztrátu energie a idealizmu“ (Venglářová, 2011, s. 28). Dále také doplňuje i nevhodné chování nadřízených či vadnou organizace práce, rutinní práci a nedostatečné ocenění. Při takovémto typu práce, se podle mého názoru, zdravotník musí vyrovnávat se zátěží, která je obrovská obzvlášt' při práci s duševně nemocnými. Podle Grafu č. 20, 53 % respondentů, kteří ze 100 % na tuto otázku odpověděli, k „vyčištění mysle“ používá relaxační techniky, jako např. masáže, imaginace s hudbou, pozorování přírody (viz Graf č. 22). Pak také relaxují čtením či práci na zahradě. Odpočinek je důležitý, musí být zaměstnancům ze zákona umožněn, což je v rozporu se současnou situací ve zdravotnictví, kdy je **zoufalý** nedostatek kvalifikovaných sester. Jak už bylo výše

uvedeno, vliv na dobrou psychiku má i pracovní prostředí a přístup managementu nemocnice, tedy zaměstnanecké výhody jako pracovní motivace podporují pracovní spokojenost u zaměstnanců. Graf č. 22 ukazuje, že 91 % zúčastněných ze 100 % takovéto výhody má (mezi něž patří poukázky do bazénu, na masáže, vstupenky na kulturní akce, do fitness centra) a 93 % si myslí, že možnost mít tyto výhody snižuje riziko syndromu vyhoření i přes to, 7 % dotázaných uvádí, že záleží na osobnostních předpokladech pracovníka a že i přes veškeré výhody, tato práce i nadále zůstává náročná. V Grafu 19 jsou znázorněny aspekty, které přitěžují práci sestry, mezi něž patří i nedostatek času na odpočinek (8 %). Vévoda a kolektiv (2013) ve své publikaci *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví* uvádí studii, kde je objasněno, že sestry pro svoji spokojenost potřebují např. více času a méně stresující práci. Tyto faktory, podle autora, donucují sestry odcházet ze zaměstnání a někdy i z oboru. Ve článku NorthShore, Dr. Mina Lee Ryu (2018) uvádí benefity relaxace pro zdraví nejen sestry, ale i každého člověka. Podle ní mezi tyto výhody patří např. zklidnění, snížení krevního tlaku, zlepšení spánku. Podle mého názoru, na psychiatrickém oddělení práce byla a bude stresující, proto by se personál měl zaměřit především na duševní hygienu.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Podle výsledků dotazníkového šetření je patrné, že péče o pacienty v psychiatrických nemocnicích je velmi specifická a nejen ze strany ošetrovatelské, ale i psychologické. Předchozí částí práce se zabývali tím, jak respondenti pracující v Psychiatrické nemocnici Halvíčkův Brod vnímají specifitu péče o pacienty s BAP, v čem je pro ně osobně specifická, jak se liší péče o pacienta v různých fázích nemoci a zda je tato péče zátěžující. Podle respondentů je péče o pacienty s danou nemocí velmi různorodá a liší se podle typu epizody. Co se týče zátěže (fyzické a psychické), bylo vyzkoumáno, že poskytovat ošetrovateľskou péči u této poruchy je pro personál z obou stránek náročné, obzvlášť u agresivních pacientů, proto doporučujeme pro zajištění větší bezpečnosti personálu např. zajistit zaměstnancům možnost kurzů sebeobrany, nebo např. instalovat bezpečnostní tlačítka. Zdravotník, pracující v Psychiatrické nemocnici a zejména s pacienty se střídáním nálad a rizikem agrese, podle mého subjektivního názoru, musí mít velmi silné osobnostní předpoklady, musí být odolný vůči stresu a umět odpočívat. Proto se tato práce zaměřovala i na zjištění

toho, jak zúčastnění zaměstnanci odpočívají a zda jsou jim ze strany zaměstnavatele poskytovány výhody, které by měli zabránit vzniku syndromu vyhoření. Podle výsledků šetření, mnoho respondentů uvádí, že jim takovéto výhody jsou poskytovány v různých formách a malé procento dotázaných tyto výhody nemá (viz Graf 23). Myslím si, že poskytování benefity zaměstnancům je nezbytné pro dobré fungování pracovníka v pracovním prostředí, jelikož motivovaný pracovník je spokojený pracovník. Je pozitivní, že až 91 % jsou poskytovány různé benefity v rámci prevence syndromu vyhoření, ale i přes to někteří respondenti z důvodu nedostatku času tyto výhody nemůžou využívat. Podle 93 % je dobré mít benefity, ale přáli by si i více volna či dovolené. Zajistit více času v době, kdy chybí ošetrovatelský personál je velmi obtížné, ale možné je motivovat zdravotníka i jinými způsoby. Proto doporučujeme poskytovat zaměstnancům větší finanční odměny jako je např. zvýšení platu či příspěvky na rekreaci, nebo zvýšením osobního hodnocení pracovníka. Dobré by bylo i nabídnout různé druhy školení v oblasti zvládání stresu a komunikace s agresivním pacientem, nebo kurzy (či workshopy), které by mohly být zaměřené na to, jak se naučit odpočívat a zvládat stres.

5 Závěr

Tato bakalářská práce na téma: „Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou“ se zabývala problematikou péče o pacienty s duševním onemocněním s bipolární afektivní poruchou. V teoretické části je specifikována problematika bipolární afektivní poruchy, její definice, projevy, diagnostika a kombinace různých typů léčby tohoto onemocnění. Část výzkumná se pak zabývá realizací samotného výzkumného šetření a interpretací získaných zjištění. Vzhledem k tomu, že je práce na psychiatrii všeobecně považována za náročnou, bylo cílem zjistit, jaká jsou specifika péče o pacienta s konkrétní duševní poruchou – BAP, a jak tuto péči vnímají samy sestry v praxi. V rámci výzkumu byl tedy stanoven 1 cíl a k němu se vztahující 3 výzkumné otázky a to zejména jaká jsou specifika péče o pacienty s BAP, odlišnosti této péče a zátěž při poskytování péče těmto pacientům, která je nedílnou součástí práce každého zdravotníka.

Podle výsledku výzkumu, práce na psychiatrii je velmi pestrá, zajímavá, ale i nebezpečná. Hlavním vyzkoumaným jevem této práce byla zátěž všeobecných a praktických sester pracujících s takto nemocnými. Je velmi těžké hodnotit péči

o pacienty s BAP, jelikož toto onemocnění je nevyzpytatelné. U každého pacienta se projevuje individuálně, proto se liší i odpovědi respondentů. Někdo se často setkává s agresivitou při ošetřování těchto nemocných, někdo občas či málo, pak můžeme pozorovat pasivitu, nezájem, nespolupráci. Dle našeho zjištění, sestry pracující v instituci, kde výzkum probíhal, jsou velmi vzdělané, jejich znalosti jsou na vysoké úrovni, vyznají se v problematice a podle získaných odpovědí i přes různorodost péče, si umí se vším poradit. Důležité ale je, že díky nevyzpytatelosti daného onemocnění je péčovat o tyto pacienty pro personál velmi obtížné. Psychická stránka je více namáhaná než fyzická a jak ukazuje výzkum skoro polovině dotázaných hrozí střední až vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření. Tímto syndromem je ohrožen každý, kdo pracuje s lidmi, nejen zdravotník, ale na rozdíl od jiných profesí, ve zdravotnictví se k zátěži psychické přidává i fyzická a bohužel i finanční (z důvodu nedostatečného ohodnocení práce sestry a její postavení ve společnosti). Dle výsledku je patrné, že je to náročné poskytovat péči těmto pacientům, proto základním pravidlem správného fungování v pracovním i domácím prostředí je umění odpočívat a udělat si čas na relaxaci.

Myslím si, že **ošetřovatelství** se v posledních letech hodně „*posunulo dopředu*“, ale i přes to je otázkou, zda se podaří někdy v budoucnu eliminovat riziko vzniku syndromu vyhoření u zdravotníků, zda někdy nastane doba, kdy nebude deficit personálu, dostatečná finanční motivace a bude více času na odpočinek. Podle mého názoru, zda spokojenost v zaměstnání nelékařských zdravotnických pracovníků roste či klesá, by mohlo posloužit jako předmět výzkumu v budoucnosti (tj. jak se mění postavení všeobecné či praktické sestry s postupem času).

6 Seznam použitých zkratk

VO	výzkumná otázka
BAP	Bipolární afektivní porucha
MKN – 10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
DSM –IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
HCL – 32	Hypomania / Mania Symptom Checklist
MDQ	Mood Disorder Questionnaire
BSDS	Bipolar Spectrum Diagnostic Scale
MMSE	Mini Mental State Examination
ACE – R	Addenbrookský kognitivní test (Addenbrook Cognitive Examination)
MoCA	Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment)

7 Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	25
Graf 2 Stupeň vzdělání respondentů	26
Graf 3 Ošetřování pacientů s BAP	27
Graf 4 Obeznamení se smíšenou epizodou u BAP	28
Graf 5 Ošetřování pacienta depresí	29
Graf 6 Ošetřování pacienta s mánií	30
Graf 7 Specifita bipolární afektivní poruchy	31
Graf 8 Zvláštnosti ošetrovatelské péče u pacientů s BAP	32
Graf 9 Ošetrovatelské postupy uplatňované v péči o depresivního pacienta	33
Graf 10 Možnosti péče o pacienty s depresí	34
Graf 11 Problémy při ošetřování pacienta s depresí	35
Graf 12 Ošetrovatelské postupy uplatňované v péči o manického pacienta	36
Graf 13 Problémy při ošetřování manického pacienta	37
Graf 14 Postupy, nebo omezovací prostředky používané v péči o pacienty v akutní fázi mánie	38
Graf 15 Frekvence agresivity u pacientů s BAP	39
Graf 16 Bezpečnostní opatření používané v péči o agresivního pacienta s BAP	40
Graf 17 Psychická náročnost péče o pacienty s BAP	41
Graf 18 Fyzická náročnost péče o pacienty s BAP	42
Graf 19 Faktory přitěžující poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s BAP	43
Graf 20 Riziko syndromu vyhoření při práci s pacienty s BAP	44
Graf 21 Vyrovnávání se se zátěží při práci s pacienty s BAP	45
Graf 22 Uplatňované relaxační techniky	46
Graf 23 Poskytování zaměstnaneckých výhod	47
Graf 24 Zaměstnanecké výhody jako prevence syndromu vyhoření	48

8 Seznam použité literatury

BURTON, Neel. A Short History of Bipolar Disorder. Psychology today [online]. 2012 [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/hide-and-seek/201206/short-history-bipolar-disorder>

ČEŠKOVÁ, Eva. Současné a perspektivní možnosti farmakoterapie bipolární poruchy. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2015 [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1032>

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické zachránáře. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-2324-7.

DOUBEK, Pavel. Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 9788073452650.

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

FEDOROVÁ, Sylva, Jana HOŘÍNKOVÁ a Elis BARTEČKŮ. Metodologie měření kognitivního deficitu u depresivní poruchy [online]. 2020 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2020-1-4/metodologie-mereni-kognitivniho-deficitu-u-depresivni-poruchy-121149?utm_source=vlastovka-51-4703&utm_medium=newsletter&utm_campaign=section-197

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

HOLEČKOVÁ, Barbora. *Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou: Nursing care of the patient with bipolar disorder*. Praha, 2019. Bakalářská práce. Karlova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Veronika Kulířová.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HŘEBEJKOVÁ, Blanka. *Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

KALIŠOVÁ, Lucie. *Elektrokonvulzivní léčba - teorie a praxe*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4337-3.

KOVAŘÍKOVÁ, Lenka. *Canisterapie a její využití v praxi*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Karlova univerzita.

KÖHLER, Richard. *Elektrokonvulsivní terapie: Electroconvulsive therapy*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2014, 15(1), 19-22 [cit. 2020-03-20]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/05.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4774-3.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.

LÁTALOVÁ, Klára. *Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy a její léčba*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2009 [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/03.pdf>

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024731254.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.

LEE RYU, Mina. *Take It Easy: The Benefits of Relaxation*. North Shore: University health system [online]. 2018 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.northshore.org/healthy-you/benefits-of-relaxation/>

NOVÁK, Tomáš a Hana LÁSKOVÁ. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5851-0.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PETROVOVÁ, Markéta. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. Florence [online]. 2017, 6.11.2017, XVI(11 / 2017), 28-30 [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/11/zdravotni-rizika-prace-ve-zdravotnictvi/>

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026207313.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. Psychiatrie minimum pro praxi. 5. vydání. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ŠPATENKOVÁ a Eva PROŠKOVÁ. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-271-4732-3.

TVRDKOVÁ, Denisa. *Vliv canisterapie na psychické problémy u lidí*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně. Vedoucí práce Ing. Martin Hošek, PhD.

VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-271-3174-2.

VÉVODA, Jiří, Kateřina IVANOVÁ, Marie NAKLÁDALOVÁ, Sylva BÁRTOVÁ, Naděžda

9 Přílohy

Příloha č. 1

Příloha č. 2

Příloha č. 3

Příloha č. 4

Příloha č. 1

Testy	Kognitivní domény				
	pozornost	rychlost zpracování	bezprostřední paměť	oddálené vybavení	exekutivní funkce
DSST	×	×			×
SCWT	×	×			×
TMT A	×	×			
TMT B	×				×
RAVLT	×		×	×	
SRT	×	×			
CRT	×	×			×
LNST	×		×		×
TDCT	×	×			×

Obrázek 1 Souhrn neuropsychologických testů

Zdroj: Fedorová, Bartečků, Hořínková, 2020, s.45

Příloha č.2

Dotazník

Dobrý den, mé jméno je Doroš Oksana a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy studia oboru Všeobecná sestra, na Vysoké škole Polytechnické v Jihlavě (VŠPJ). Tímto si Vás dovoluji požádat o vyplnění zcela anonymního dotazníku, kde veškeré informace Vámi poskytnuté budou využité pouze ke zpracování mé závěrečné bakalářské práce, která zjišťuje, jaká jsou specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou (dále jen BAP). Výsledná bakalářská práce bude po jejím obhájení volně přístupná na stránkách VŠPJ.

Tento dotazník je určen praktickým a všeobecným sestrám a je záměrně rozdělen do dvou částí. Každou otázku si pozorně přečtěte a zvolte odpověď.

Děkuji za Váš čas

Oksana Doroš

1. Uved'te, prosím, Vaše pohlaví:

- ☐ Muž
- ☐ Žena

2. Označte, prosím, stupeň Vašeho vzdělání:

- ☐ Středoškolské s Maturitou
- ☐ Vyšší odborné
- ☐ Vysokoškolské
- ☐ Specializační vzdělání, prosím
doplňte:.....

3. Setkal/a jste se během své praxe s pacientem s BAP?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

4. Setkal/a jste se se smíšenou epizodou u BAP?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

5. Setkal/a jste se s pacientem s depresí?

☐ Ano

☐ Ne

6. Setkal/a jste se s pacientem s mánií?

☐ Ano

☐ Ne

7. V čem je podle Vás bipolární afektivní porucha specifická?

(možnost více odpovědí)

☐ Tato porucha je celoživotní a závažná

☐ Pacienti jsou trvale ohrožení rizikem sebevraždy

☐ Nežádoucí účinky udržovací medikace

☐ Emoční nestabilita

☐ Psychosociální problémy

☐ Abúzus alkoholu, nikotinu či jiných psychoaktivních látek

☐ Nepochopení nemocného s BAP ze strany okolí

☐ Jiné,

prosím

doplňte:.....

8. V čem podle Vás spočívají specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů?

(možnost více odpovědí)

☐ Ochrana (zabránění poranění či sebevraždy)

☐ Dohlížet na užívání léků, příjem stravy, tekutin a hygienu

☐ Motivovat nemocného a zapojovat do aktivit

☐ Trpělivý a empatický přístup

☐ Komunikovat pomalu a klidně, bez emocí

☐ Sledovat celkový stav nemocného

☐ Dbát o bezpečnost personálu

☐ Edukovat nemocného o nemoci (ve fázi remise)

☐ Jiné,

prosím

doplňte:

.....

9. Jaké ošetrovatelské postupy v péči o depresivního pacienta uplatňujete?

(více možných odpovědí)

- ☐ Podávání léku dle ordinace lékaře (a dohled na jejich užití)
- ☐ Produktivní komunikace
- ☐ Ochrana pacienta před sebezničením či sebepoškozením
- ☐ Vytvoření vztahu důvěry s pacientem
- ☐ Záznamy do zdravotnické dokumentace
- ☐ Sestavení ošetrovatelského plánu
- ☐ Sledovat celkový stav nemocného
- ☐ Pobyt na uzavřeném oddělení
- ☐ Jiné, prosím
doplňte:.....

10. Jaké máte možnosti péče o pacienty s depresí?

(možnost více odpovědí)

- ☐ Psychoterapie (např. aktivizační techniky, pracovní terapie)
- ☐ Psychoedukace
- ☐ Fototerapie
- ☐ Farmakoterapie
- ☐ Empatický přístup
- ☐ Sociální péče (spolupráce s rodinou)
- ☐ Jiné, prosím
doplňte:.....

11. S jakými problémy při ošetřování pacienta s depresí jste se setkal/a?

(možnost více odpovědí)

- ☐ Přecitlivělost
- ☐ Problémy v oblasti komunikace
- ☐ Halucinace
- ☐ Fyzická bolest
- ☐ Suicidální sklony
- ☐ Odmítání spolupracovat
- ☐ Zanedbávání osobní hygieny
- ☐ Jiné,prosím doplňte:
.....

12. Jaké ošetrovatelské postupy v péči o manického pacienta uplatňujete.

(možnost více odpovědí)

- ☐ Sledování příjmu stravy a tekutin
- ☐ Dohled na spánek
- ☐ Kontrola podání a užití léků
- ☐ Psychoedukace
- ☐ Psychoterapie
- ☐ Fototerapie
- ☐ Sociální péče
- ☐ Trpělivost a vytrvalost ošetrovatelského personálu
- ☐ Jiné, prosím
doplňte:.....

13. S jakými problémy při ošetřování manického pacienta jste se setkal/a?

(možnost více odpovědí)

- ☐ Pacient si nepřipouští chorobu
- ☐ Odmítá hospitalizaci
- ☐ Nejedná v souladu se společenskými pravidly
- ☐ Manipuluje s okolím a hyperaktivita
- ☐ Je podlézavý
- ☐ Obtěžuje návštěvy
- ☐ Nespolupracuje
- ☐ Promiskuita, narušený spánek, nadměrný příjem tekutin
- ☐ Nedokážu ohodnotit
- ☐ Jiné, prosím
doplňte:.....

14. Jaké postupy, nebo omezovací prostředky používáte v péči o pacienty v akutní fázi mánie?

(možnost více odpovědí)

- ☐ Izolace (podle platných předpisů)
- ☐ Podání medikace při neklidu dle ordinace lékaře a dohled na užití

- ☐ Pobyť na uzavřeném oddělení
- ☐ Jiné, prosím
doplňte:.....

15. Jak často se setkáváte s agresivitou u pacientů s BAP?

- ☐ Velmi často
- ☐ Občas
- ☐ Zřídka
- ☐ Vůbec
- ☐ Nedokážu ohodnotit

16. Jaká bezpečnostní opatření používáte v péči o agresivního pacienta s BAP?

(možnost více odpovědí)

- ☐ Nebýt sám/a s pacientem
- ☐ Bezpečná vzdálenost, zabezpečit okolí pacienta
- ☐ Vyvarovat se prudkým gestům a pohybům
- ☐ Vysvětlit, co děláme
- ☐ Zvolit vhodnou formu komunikace
- ☐ Vyjadřovat nesouhlas s chováním pacienta, nikoli však s ním jako s osobou
- ☐ Jiné, prosím
doplňte:.....

17. Jak osobně vnímáte ošetrovatelskou péči o pacienta s BAP? Je pro vás psychicky náročná?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ANO
- ☐ Ne
- ☐ Spíše NE

18. Ohodnotil/a byste ošetrovatelskou péči o pacienta s BAP jako fyzicky náročnou?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ANO
- ☐ Ne
- ☐ Spíše NE

19. Co je pro Vás osobně nejvíce zatěžující v péči o tyto pacienty?

.....

.....

.....

.....

20. Do jaké míry si myslíte, že Vám hrozí riziko syndromu vyhoření při práci s pacienty s BAP?

Nízké riziko	
Nízké až střední	
Středí až vysoké	
Vysoké riziko	
Myslím si, že mi žádné riziko nehrozí	

21. Jak se vyrovnáváte se zátěží při práci s pacienty s BAP?

(možnost více odpovědí)

1. Relaxační techniky jako součást psychohygieny	
2. Běh	
3. Nakupování	
4. Čtení	
5. Nemám čas na psychohygienu a relaxační techniky	
6. Práce na zahradě	
7. Nemám čas na psychohygienu a žádné relaxační techniky neuplatňuji	
8. Poslech hudby	
9. Jiné: prosím doplňte:	

(pokud jendou z Vašich odpovědí na tuto otázku byla možnost č. 1 – pokračujte následující otázkou, pokud Vaše odpověď byla jiná – pokračujte otázkou č. 24)

22. Jaké relaxační techniky jako součást osobní psychohygieny uplatňujete?

(možnost více odpovědí)

- ☐ Jógu
- ☐ Schultzův autogenní trénink
- ☐ Jacobsonovou relaxaci
- ☐ Pozorování přírody / odpočinek na přírodě
- ☐ Body scan
- ☐ Imaginace (předsta vaklidného místa)
- ☐ Imaginace s hudbou (mořské vlny, déšť, šumění lesa...)
- ☐ Hluboké dýchání
- ☐ Aromaterapie
- ☐ Masáže
- ☐ Jiné, prosím doplňte:

.....

23. Poskytuje Vám zaměstnavatel nějaké benefity v rámci prevence syndromu vyhoření při práci s duševně nemocnými pacienty?

- ☐ Ano, prosím uved'te:.....
- ☐ Ne
- ☐ Nevím
- ☐ Na tuto otázku nechci odpovídat
- ☐ Jiné, prosím doplňte:.....

24. Myslíte, že možnost mít zaměstnanecké výhody by mohla zmenšit riziko vzniku SYNDROMU VYHOŘENÍ u zaměstnanců a kompenzovat náročnost péče o duševně nemocné?

- ☐ Ano, protože.....
- ☐ Ne, protože.....

.....
.....

Děkuji za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku. Veškeré informace Vámi poskytnuté, jsou pro nás velmi důležité. Pokud byste nám chtěl/a cokoliv sdělit, neváhejte a napište:

.....
.....
.....

Příloha č. 3

Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážený pan
prim. MUDr. Jiří Konrád
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
Rozkošská 2322
58023 Havlíčkův Brod

V Havlíčkově Brodě dne: 18.2.2020

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v instituci

Vážený pane řediteli,

jmenuji se Oksana Doroš a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra v prezenční formě na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, jež by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce.

Cílem práce je zjistit jaká jsou specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Petry Pavlíkové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Předem děkuji za odpověď.

S pozdravem

Oksana Doroš
3. ročník, obor všeobecná sestra
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Telefon: +420773878839
E-mail: oksana.svyda@seznam.cz

Datum: 18.2.2020

Vyjadření odpovědi ředitele: ☒ SOUHLASÍM ☐ NESOUHLASÍM

Podpis:

18.2.2020 h. Jaroslav ...

Příloha č.4

Metody komunikace s agresivním pacientem	
Metoda zrcadlení	jednat a mluvit klidně, přenést svůj klid na pacienta
Metoda otevřených dveří	vyslechnout pacientovu kritiku a připustit, že má v nějakých bodech pravdu
Metoda sebeotevření	vyslechnout pacienta a upozornit ho na to, jaký vy máte z jeho jednání pocit a co ve vás jeho útok vyvolal
Metoda pokládání otázek	pátrání po důvodu nespokojenosti a agresivity
Metoda „zaseknuté gramodesky“	opakování jednoznačného požadavku, proč chceme, aby to pacient udělal, bez omlouvání, protože vy jste tuto situaci nezpůsobili
Dát pacientovi prostor na „vychladnutí“	nepokračovat v hovoru, počkat, počkat, až se vyrovná se situací

Tabulka 1 Metody komunikace s agresivním pacientem

Zdroj: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-2324-7, s. 98.