

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ
S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

Bakalářská práce

Autor práce: Martina Strnadová

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kosaková

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Martina Strnadová**

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Garant studijního programu: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kosaková

Cíl práce: Cílem práce bude zjistit, jaká jsou specifika při poskytování ošetřovatelské péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou z pohledu všeobecné sestry a jaké jsou rozdíly v péči o pacienta s depresí a mánií.

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje bipolární afektivní poruše a je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se soustředí na samotnou podstatu bipolární afektivní poruchy, její průběh, diagnostiku a možnosti léčby. Také se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče u pacientů v depresivní a manické fázi onemocnění. Praktická část je zaměřena na analýzu výsledků získaných prostřednictvím kvantitativního výzkumu, který byl realizován mezi všeobecnými sestrami pracujícími na psychiatrických odděleních. Hlavním cílem bylo zjistit, jaká specifika bipolární afektivní poruchy v oblasti ošetrovatelské péče vnímají všeobecné sestry a jaké klíčové rozdíly zaznamenávají v péči o pacienty v depresi a mánii.

Klíčová slova

Bipolární afektivní porucha; ošetrovatelská péče; specifikace péče

Abstract

This bachelor's thesis is devoted to bipolar disorder and contains a theoretical and practical part. The theoretical part focuses on the very essence of bipolar disorder, how it progresses, its diagnosis and possible treatment. It also discusses the specifics of nursing care for patients during depressive and manic episodes respectively. The practical part of this thesis focuses on analyzing results gathered via quantitative research carried out among general nurses working in psychiatric wards. The main goal of this research was to find out which specifics of the bipolar disorder do general nurses in the field of nursing care perceive and which key differences do they note in care for patients during their depressive and manic episodes respectively.

Keywords

Bipolar affective disorder; nursing care; specification of care

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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 2. května 2025

.....

Podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych moc poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Zuzaně Kosakové. Její rady a připomínky jsem velice ocenila. Také děkuji všeobecným sestrám, které se zapojily do dotazníkového šetření a tím přispěly k získání důležitých dat pro můj výzkum. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým za trpělivost a podporu při psaní této práce.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam zkratk.....	8
Úvod	9
1 Současný stav problematiky.....	10
1.1 Bipolární afektivní porucha.....	10
1.2 Příčiny bipolární afektivní poruchy	11
1.3 Průběh bipolární afektivní poruchy	12
1.4 Typy bipolární afektivní poruchy	12
1.5 Klinické projevy bipolární afektivní poruchy	13
1.6 Diagnostika bipolární afektivní poruchy	15
1.7 Léčba bipolární afektivní poruchy	16
1.8 Ošetrovatelská péče u pacientů v depresivní fázi bipolární afektivní poruchy	19
1.9 Ošetrovatelská péče u pacientů v manické fázi bipolární afektivní poruchy	20
2 Výzkumná část	22
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	22
2.2 Metodika výzkumu	22
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	22
2.4 Průběh výzkumu	23
2.5 Zpracování získaných dat.....	24
3 Diskuse	41
4 Návrhy a doporučení pro praxi.....	48
Závěr	50
Seznam použitých zdrojů.....	52
Seznam příloh.....	55

Seznam grafů

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání	24
Graf 2: Délka praxe.....	25
Graf 3: Charakteristika bipolární afektivní poruchy	26
Graf 4: Specifika bipolární afektivní poruchy během manické fáze.....	27
Graf 5: Specifika bipolární afektivní poruchy během depresivní fáze	28
Graf 6: Postupy v péči o pacienty s depresí	29
Graf 7: Využívané metody péče v akutní fázi mánie	30
Graf 8: Porovnání náročnosti péče ve fázi deprese nebo mánie	31
Graf 9: Stupeň náročnosti péče	32
Graf 10: Náročnost spolupráce s pacientem ve fázi deprese nebo mánie	33
Graf 11: Riziko agrese ve fázi deprese nebo mánie	34
Graf 12: Zatěžující aspekty v péči o pacienta s bipolární afektivní poruchou.....	35
Graf 13: Vyčerpanost všeobecných sester pečujících o pacienty s bipolární afektivní poruchou	36
Graf 14: Množství personálu s ohledem na náročnost péče o pacienty s bipolární afektivní poruchou	37
Graf 15: Problémy při péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou	38
Graf 16: Postupy při odmítání léčby	39
Graf 17: Oprávněnost zásahu v péči proti vůli pacienta	40

Seznam zkratk

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
BAP	Bipolární afektivní porucha
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
ECT	Elektrokonvulzivní terapie
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Úvod

Bipolární afektivní porucha (dále jen BAP) je závažné duševní onemocnění charakterizované střídáním manických a depresivních epizod. Tato psychická porucha ovlivňuje nejen kvalitu života pacientů, ale také jejich blízkých a zdravotnických pracovníků, kteří jim poskytují péči.

Současný stav zkoumané problematiky ukazuje, že péče o pacienty s BAP vyžaduje komplexní a individualizovaný přístup. Je důležité, aby ošetrovatelský personál znal rozdílné projevy manické a depresivní fáze. Manická fáze se vyznačuje zvýšenou aktivitou, impulzivitou a sníženým náhledem na onemocnění, což může vést k odmítání léčby. Naopak v depresivní fázi je problémem kognitivní poškození v oblasti psychomotorického tempa, suicidální tendence a zhoršená spolupráce v léčbě. Přístup k těmto pacientům proto musí být nejen odborný, ale také empatický a respektující individuální potřeby nemocného. S tím souvisí také etická dilemata, která mohou nastat zejména v situacích, kdy pacient odmítá léčbu či není schopen plně rozhodovat o svém zdravotním stavu.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána základní charakteristika BAP, její etiologie, symptomy, diagnostika a léčebné možnosti. Důraz je kladen na specifika ošetrovatelské péče, jež se liší v závislosti na fázi onemocnění. Praktická část je zpracována formou anonymního dotazníkového šetření, které probíhalo v psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod a psychiatrické nemocnici Jihlava, kde jsem oslovila všeobecné sestry pečující o pacienty s BAP. Výsledky by mohly přispět k lepšímu porozumění problematice a napomoci optimalizaci péče o pacienty s BAP.

Motivace

Motivací k volbě tohoto tématu byla osobní zkušenost s touto nemocí v rodinném prostředí. Přítomnost BAP v rodině vedla k hlubšímu zájmu o pochopení specifik péče a jejich dopadu na pacienty i jejich okolí. Zároveň je BAP tématem aktuálním, neboť její prevalence v populaci je značná a představuje velkou zátěž nejen pro pacienty, ale i pro zdravotnický personál. Specifické nároky na ošetrovatelskou péči vyplývají ze střídání různých fází nemoci, proto je nezbytné porozumět specifickým potřebám pacientů a individuálně přizpůsobit přístup ke každému z nich.

Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou specifika při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s BAP z pohledu všeobecných sester a jaké jsou rozdíly v péči o pacienta s depresí a mánií.

1 Současný stav problematiky

BAP, kdysi nazývána maniodepresivním onemocněním, spadá do skupiny afektivních poruch, tedy poruch nálad. Afektivní poruchy zasahují do všech aspektů lidského života, protože ovlivňují jak chování, tak i prožívání člověka. Mají dopad na racionální uvažování, pracovní efektivitu, koncentraci, motoriku i mezilidské vztahy (Orel, 2016).

BAP postihuje 1–2 % populace (jednoho až dva lidi ze sta) nezávisle na pohlaví, rase, vzdělání nebo sociálním statusu. Většinou se projevuje okolo 20. roku života, ale stanovení diagnózy a správné zahájení léčby často trvá několik let. BAP je typická tím, že u ní dochází k cyklickému střídání nálad, především se objevují depresivní, hypomanické, manické nebo smíšené epizody. Mezi jednotlivými epizodami se mohou vyskytovat stabilní fáze, během nichž pacient nepocituje žádné výrazné psychické obtíže (Zemanová, 2021).

1.1 Bipolární afektivní porucha

BAP je typická přítomností minimálně dvou epizod, během kterých je výrazně ovlivněna aktivita a nálada pacienta. Epizody většinou začínají jako reakce na těžké životní události. BAP se vyznačuje periodickým vzestupem nálady, vitality a činnosti, po kterém následuje jejich útlum. Typicky se projevuje skrze manické epizody, které mohou vypuknout před nebo po depresivním období. Jedná se tedy o nemoc s vysoce individuálním vývojem a řadí se k chronickým onemocněním. I tak se dá říct, že se u pacientů jednotlivé epizody opakují v pravidelných intervalech (Petr, Marková a kol., 2014).

Pojem bipolarita zahrnuje nejen tradiční BAP prvního typu, jež se projevuje vystřídáním manické epizody za depresivní, ale také BAP druhého typu. Ta se liší tím, že zahrnuje depresivní epizody a hypománie, zatímco plně rozvinuté manické epizody chybí. Správné určení této diagnózy je zásadní pro určení efektivní dlouhodobé léčby. Co se týče pohlaví, výskyt se mezi muži a ženami neliší. Nicméně u žen se častěji vyskytuje rychlé cyklování, objevují se komorbidní poruchy příjmu potravy a nadměrné užívání alkoholu. Ženy také častěji než muži prožívají depresivní epizody (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.1.1 Historie

Nejstarší zmínky o bipolární poruše pocházejí od Hippokrata (4. stol. př. n. l.). Hippokrates zaznamenal dva extrémní emoční stavy – hluboký smutek a nadměrnou radost. Popsal melancholii a mánii jako chorobné stavy, které souvisejí s neobvyklým množstvím černé a žluté žluči v mozku nemocného. Ve starověkém Řecku byl pojem mánie definován Soranem v 1. století př. n. l. Poukazoval na stavy abnormální radosti, které se poté měnily na stavy vyčerpání a zármutku. Průběh, při kterém dochází ke kombinaci pocitů vzteku a euforie, dnes označovaný za smíšenou epizodu, zaznamenal první rovněž Soranus. Aretaeus z Kappadokie se v roce 150 n. l. detailněji zabýval vztahem mezi melancholií a depresí. Definoval euforické stavy v souladu s dnešním porozuměním psychiatrie. Tím je myšleno, že ačkoli má mánie více příznaků, jsou zařazeny pod jednu diagnózu, při níž pacienti projevují nadměrnou radost, často se smějí a mají pocit, že jsou schopni čehokoliv. Také popsal těžší formu mánie, při které mohou pacienti cítit nadměrné vzrušení, podezřívavost a agresi. Mohou mít narušené smyslové vnímání a zrakové i sluchové halucinace (Nelson, 2024).

O sedmnáct století později se Farlet a Baillarger znovu věnovali propojení mezi mánii a skleslostí. Farlet stanovil termín cirkulující mánie, zatímco Baillarger rozlišuje mezi dvěma typy mánie. Významně se na tom podílela humanizace psychiatrických služeb v osmnáctém století v Paříži, díky které bylo umožněno podrobnější klinické sledování a psaní podrobných záznamů o nemocích. V roce 2000 se k myšlenkám Farleta přidali Bourgeois a Marneros, kteří uvedli, že epizody onemocnění se střídají s obdobími, kdy nemocný nepociťuje žádné příznaky. Uvedli také, že prognóza pacienta se zhoršuje v případě, kdy dochází k častým atakám nemoci a o to kratším obdobím bez příznaků. Emil Kraepelin také výrazně přispěl k rozvoji světové psychiatrie. Byl to německý psychiatr, jenž v roce 1921 propojil melancholii s mánii do jedné psychické poruchy. Zároveň vytvořil metodické zásady pro pozorování pacientů s těmito příznaky, což mu umožnilo formulovat koncept maniodepresivního onemocnění (Látalová, 2010).

1.2 Příčiny bipolární afektivní poruchy

Zcela jasná příčina BAP zatím nebyla objasněna. Má se však za to, že její etiologie je multifaktoriální a ovlivněna řadou patologických faktorů (Češková, 2015). Předpokládá se, že původ BAP spočívá ve vzájemném působení biologických a psychosociálních faktorů, kterými mohou vzniknout projevy onemocnění (Petr, Marková a kol., 2014). Větší náchylnost k onemocnění může způsobovat zvýšená citlivost a zranitelnost. I přes přítomnost této predispozice se u člověka nemusí BAP za kladných okolností projevit. Vznik poruchy závisí na interakci biochemických, genetických a hormonálních faktorů a také na vlivu okolního prostředí (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Biologické aspekty pro vznik BAP zahrnují nerovnováhu biochemických látek v mozku a imunitní nebo endokrinologické změny (Petr, Marková a kol., 2014). Chemické látky, nazývané neurotransmitery (noradrenalin, serotonin a dopamin), jsou klíčové pro regulaci nálady a emocionálního stavu. Jsou často spojovány s psychiatrickými poruchami nálady, jako je právě BAP, protože změny v jejich hladinách přispívají k přechodům mezi manickými a depresivními stavy. Serotonin ovlivňuje řadu tělesných funkcí, jako je spánek, jídlo, sexuální aktivita, učení a paměť. Dopamin hraje důležitou roli v oblastech prožívání potěšení. Jejich abnormální fungování je považováno za jeden z faktorů, který přispívá ke vzniku poruchy nálady (Causes of Bipolar Disorder, 2023). Také dysregulace endokrinního systému, zejména štítné žlázy a stresových hormonů, může ovlivnit regulaci nálady a energetické hladiny (Látalová a Práško, 2013).

Dalším významným faktorem, jenž může ovlivnit vznik a průběh BAP, je narušení biorytmů. Proto by pro pacienty mělo být zásadní udržování pravidelného denního režimu a zdravý spánkový cyklus. Především u žen má vliv i hormonální nerovnováha, ke které může přispět užívání antikoncepce, okolnosti spojené s menstruačním cyklem nebo porod a poporodní úzkostné stavy (Petr, Marková a kol., 2014).

Nemalou roli hrají také genetické predispozice. Dle výzkumů mají lidé trpící BAP často blízkého příbuzného se stejnou poruchou nebo s depresí. Pokud má dítě jednoho rodiče s BAP, pravděpodobnost, že se u něj nemoc projeví, je kolem 10–25 %, u dětí se dvěma rodiči s BAP stoupá pravděpodobnost na 10–50 %. Výzkumy také ukazují, že pokud jedno jednovaječné dvojče trpí BAP, pravděpodobnost rozvoje onemocnění u druhého je 40–70 % (Causes of Bipolar Disorder 2023). Vědci předpokládají, že BAP vzniká kombinací více genů, společně s faktory jako

je stres či životní styl. Výzkum se nyní zaměřuje na identifikaci těchto genů, aby pomohl zlepšit diagnostiku a léčbu (Národní ústav duševního zdraví, 2016).

Životní prostředí a životní styl hrají významnou roli při rozvoji a průběhu BAP, zejména u jedinců s genetickou predispozicí. Děti bipolárních rodičů jsou často vystaveny stresovým faktorům, jako jsou nestabilní nálady rodiče, finanční problémy nebo verbální a fyzické týrání. Tyto stresory mohou přispět k rozvoji bipolárních epizod nebo jiných psychiatrických poruch, například ADHD či deprese (Causes of Bipolar Disorder, 2023). Dalšími stresujícími událostmi mohou být například ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání nebo vážná nemoc. Velkým rizikovým faktorem je nadměrné užívání drog a alkoholu. Vždy záleží na tom, jak je člověk schopen se s těmito událostmi vypořádat (Petr, Marková a kol., 2014).

Všechny tyto zmíněné faktory, genetické predispozice, biochemické změny, hormonální nerovnováha a vnější vlivy, se vzájemně prolínají a podílejí se na vzniku i průběhu BAP. Jedná se o komplexní poruchu, u které nelze určit jedinou příčinu, ale spíše interakci různých faktorů (Polách a kol., 2016).

1.3 Průběh bipolární afektivní poruchy

Průběh BAP je charakterizován střídáním epizod mánie nebo hypománie a deprese. Tyto fáze se objevují kdykoli v průběhu celého života nemocného. Mezi těmito fázemi je většina pacientů bez příznaků v období relativní stability. Projevy jednotlivých fází nemoci, jejich frekvence a intenzita vždy záleží na konkrétní osobě. U klasické formy onemocnění se objevují návratná období mánie a deprese, což vedlo k označení choroby jako bipolární. U některých pacientů se však manický stav neprojevuje plně, ale pouze hypomanicky a střídá se s depresivními fázemi. Na základě těchto rozdílů lze BAP rozdělit na určité typy (Zemanová, 2021).

1.4 Typy bipolární afektivní poruchy

BAP se vyskytuje v několika typech, které se liší závažností příznaků, přesto všechny zahrnují extrémní změny nálad. BAP 1. typu je klasickým průběhem nemoci, kdy se střídá plně vyjádřená epizoda mánie s depresivní epizodou a obdobím normální nálady. Naproti tomu BAP 2. typu je charakterizována převahou výrazných depresivních epizod, které se opakují. Plně vyjádřená manická epizoda v průběhu celé nemoci chybí. U pacientů se objevuje pouze hypománie. Pacient může být tedy chybně léčen pro depresivní poruchu, pokud se lékař včas nedozví o výskytu hypomanických příznaků (Raboch a kol., 2015).

Méně vyjádřenou poruchou nálady je cyklotymie, která se projevuje nestabilní náladou se střídáním příznaků subdeprese, jež nedosahuje hloubky deprese, a období mírně povznesené nálady až hypománie. Nedochází tedy k úplným manickým ani depresivním epizodám (Orel, 2016).

Specifickým průběhem BAP je rychlé cyklování, kdy se jednotlivé epizody vystřídají nejméně čtyřikrát do roka. U většiny pacientů se jedná o přechodný stav, ke kterému může dojít při destabilizaci onemocnění. Někteří pacienti mohou prožívat i výrazné výkyvy nálad v průběhu 24 hodin, v tomto případě se jedná o ultrarychlé cyklování epizod. Tento typ poruchy se častěji vyskytuje u BAP 2. typu (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.5 Klinické projevy bipolární afektivní poruchy

BAP je závažné onemocnění nálady, které se vyznačuje střídáním dvou protikladných stavů, a to depresivních a manických, případně hypomanických epizod. Mezi těmito fázemi se mohou objevit období stabilní nálady. Svou nevyzpytatelností a průběhem neovlivňuje pouze samotného pacienta, ale často zasahuje i jeho nejbližší okolí (Práško a kol., 2017).

1.5.1 Mánie

Mánie se vyznačuje zvýšenou aktivitou a patologicky povznesenou náladou, která je pro daného člověka zcela odlišná od jeho běžného chování. Nálada je většinou skvělá, plná euforie a přehnaného optimismu. Může být ale i naopak velmi podrážděná a zlostná (Orel, 2016). Chování v této fázi choroby je velmi nepřiměřené a výstřední. Nemocní mají pocit absolutní síly a nepřemožitelnosti ve všech ohledech. Veškeré situace jim připadají mimořádně jednoduché a snadno řešitelné, bez jakýchkoliv překážek (Češková, 2015). Neobvykle navazují kontakty a známosti. Jsou přehnaně přátelští a vstřícní. Svým nevhodným chováním mohou obtěžovat své okolí, například častými telefonáty, zprávami či návštěvami. V mánii je člověk až moc aktivní, realizuje tak spoustu činností a nápadů, které není schopen dokončit a dotáhnout do konce. Utrácí peníze a nedělá mu problém rozdávat movitý majetek (Orel, 2016).

Myšlenkové tempo se při mánii mění na tzv. myšlenkový trysk, kdy pacient zažívá rychle se střídající proudy myšlenek. Řeč je zrychlená, hlasitá a často vzbudí pozornost. Pacientům dělá problém zaměřit se na jedno téma, protože jsou neustále něčím rozptýleni (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). Mají velké množství různých nápadů, které jsou pro okolí nepochopitelné. S rostoucím množstvím myšlenek, zrychleným tempem a aktivitou ztrácí zájem o názory druhých a odmítají jakýkoliv zásah do svého projevu. V této chvíli může sebemenší podnět vyvolat neadekvátní, impulzivní až agresivní reakci. Snížená schopnost soustředit se vede k neobvyklé roztržitosti. Dále jim chybí racionální myšlení a uvažování, což může vést k přehnanému sebevědomí a snížené sebekritičnosti (Češková, 2015).

Dalšími příznaky, které mohou ukazovat na vznik mánie, mohou být nezvyklá úprava zevnějšku nebo snížená potřeba spánku. Spánek někdy může trvat jen 1–2 hodiny denně, aniž by člověk cítil únavu. Dochází ke zvýšení sexuální energie, která spolu se ztrátou sociálních zábrán a navazováním nových kontaktů, může vést k promiskuitnímu chování a střídání sexuálních partnerů. Také změny v chuti na jídlo bývají na první pohled viditelné. Nemocní často nemají na jídlo ani chuť, ani čas a trpí nechutenstvím a hubnou. Avšak velmi rychle se to může změnit až v chorobné přejídání (Orel, 2016).

Rizika, která s sebou mánie přináší, jsou velmi často sociální a materiální ztráty, trestné činy, zvýšená úrazovost nebo nadužívání alkoholu a drog (Orel, 2016). Vážné následky může mít také mánie s psychotickými příznaky, během které se u pacienta objevují bludy a halucinace. Dalšími charakteristickými psychotickými příznaky jsou paranoidní rysy, jako je nadměrná podezřívavost, vztahovačnost a pocit, že jsou pronásledováni a v ohrožení (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). Člověk s máními nedokáže odhadnout ani posoudit následky svého chování. Není schopný řídit své jednání a nemá zdravý náhled na svoji nemoc. Spolupráce s takovým pacientem je tedy velmi obtížná. Ve většině případů nemají pacienti potřebu se léčit a k hospitalizaci na psychiatrii se nenechají jen tak přesvědčit (Orel, 2016).

1.5.2 Hypománie

Hypománie je mírnější forma mánie a často postihuje pacienty u BAP 2. typu. I když jsou hypomanické epizody méně intenzivní než plně rozvinutá mánie, stále mohou významně ovlivnit život člověka. Pochopení toho, co hypománie představuje, může pomoci včasné diagnostice a léčbě, což je pro efektivní zvládnutí BAP klíčové (Práško a kol., 2017). Počátek hypománie většinou přichází bez varovných signálů a pacienti to dobře snášejí, protože v té chvíli se cítí dobře a necítí na sobě žádné známky nemoci ani žádná omezení. Většinou v té době přestanou užívat léky a navštěvovat lékaře (Práško a kol., 2017).

Mezi hlavní rysy hypománie patří zvýšená hladina energie, snížená potřeba spánku, větší hovornost, kreativita a produktivita. Lidé v hypomanické epizodě často působí na své okolí nápadně, protože se chovají neobvykle. Působí neklidně, impulzivně a přehnaně sebevědomě. Tento stav může vést k impulzivnímu rozhodování. Hypomanické epizody typicky nezahrnují psychotické symptomy (Novák a Lásková, 2016).

Rozpoznání rovnováhy mezi pozitivními a negativními aspekty těchto příznaků je zásadní. Členové rodiny nebo přátelé si mohou všimnout změn osobnosti. Tyto změny mohou způsobit problémy ve vztazích nebo v práci. Hypománie a mánie spolu souvisí, přesto se výrazně liší v závažnosti. Hypománie je obecně mírnější. Jedinci s hypománií zůstávají funkční, zatímco mánie může narušit každodenní život. Mánie často zahrnuje extrémní riskování. Naproti tomu hypománie může jen mírně změnit úsudek a rozhodnutí (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.5.3 Deprese

Za depresivní epizodu považujeme období, které trvá minimálně dva týdny. Typickým projevem je celkové psychomotorické zpomalení, které ovlivňuje pracovní i sociální fungování (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). Deprese je úplným opakem manické fáze a vyznačuje se poklesem nálady, energie a aktivity. Pacienti jsou smutní, vyčerpaní a jejich potíže se odrážejí na mimice, gestech i držení těla. Často se izolují od okolí, málo komunikují a ztrácejí zájem o jakoukoli činnost. Denní úkoly, které dříve zvládali, se stávají nepřekonatelnými. Všechno vnímají negativně, ztrácejí zájem o své blízké, záliby a radost ze života (Práško a kol., 2017).

Během této fáze se snižuje pacientův mentální výkon, prodlužuje se reakční doba a zhoršuje se paměť. V některých případech mohou tyto kognitivní deficity připomínat projevy demence. V období hluboké deprese člověk také ztrácí sílu i motivaci pečovat o svůj vzhled a dodržovat základní hygienické návyky (Orel, 2016). Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015) pacienti v depresivní fázi většinou nemají problém usnout, mohou být až nadměrně spaví, avšak jejich spánek bývá krátký a nekvalitní. Často se probouzejí unavení a nevyspalí, někdy i po nepříjemných snech. Mezi další projevy deprese patří různé tělesné obtíže, například dyspeptické potíže, nechutenství a pokles hmotnosti, méně často se naopak může objevit zvýšená chuť k jídlu. Někteří pacienti trpí obstipací a chronickými bolestmi bez fyzických příčin. U mnoha z nich dochází ke snížení libida. Dále se objevují poruchy kognitivních funkcí, kdy mají pacienti zhoršenou schopnost soustředění, koncentrace a nedokážou udržet pozornost. Častým příznakem je také neklid a podrážděnost.

Běžné jsou také pocity bezcennosti, viny a výčitek svědomí, které mohou vést až k sebevraždným myšlenkám. Myšlenky na smrt se mnohdy pacientům zdají jako jediné řešení

neúnosné situace. S rostoucí intenzitou deprese se zvyšuje i riziko sebevražedného chování. Pokud je tíha deprese neúnosná, mohou mít pacienti pocit, že jediným východiskem je smrt. Někdy se tedy stane, že člověk s depresí se dostane k psychiatrické léčbě, až po neúspěšném pokusu o sebevraždu (Orel, 2016). V závažných případech může deprese vést k rozvoji psychotických symptomů, například bludů a halucinací (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.5.4 Smíšená epizoda

Někdy se u pacientů objevují zároveň symptomy mánie a deprese, což nazýváme smíšenou epizodou BAP. Smíšená epizoda je typická výskytem příznaků deprese, hypománie či mánie, které se mohou rychle měnit i během několika hodin. Pro označení stavu jako smíšené epizody je nutné, aby příznaky trvaly nejméně dva týdny (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). Dle Kamarádové (2014) se pacienti mohou například cítit smutní, beznadějní, ale zároveň plní energie.

1.5.5 Remise

Remise je období mezi jednotlivými epizodami poruch nálady, během kterého pacient nepociťuje žádné výrazné poruchy chování. V tomto stavu má pacient stabilní náladu, schopnost soustředění, realistické vnímání, schopnost vykonávat pracovní a denní aktivity a udržovat sociální vztahy (Orel, 2016).

1.6 Diagnostika bipolární afektivní poruchy

BAP může být diagnostikována v jakémkoli věku, nejčastěji se však projevuje v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. Průměrný věk nástupu onemocnění je kolem 25 let, ale přibližně 5–10 % jedinců zažije svou první epizodu až po 50. roce života. Jedním z problémů včasné diagnostiky je fakt, že BAP je často v raných fázích chybně diagnostikována. Mezi prvními symptomy a potvrzením správné diagnózy, tak může uplynout 5–10 let. BAP se často zaměňuje s jinými onemocněními, jako je například schizofrenie. To způsobuje nepřesnosti v diagnóze a zpoždění v zahájení odpovídající léčby (Medina, 2025).

Podle studie Sisrové (2018) stále neexistují specifické laboratorní testy, zobrazovací metody nebo psychologická vyšetření, která by umožnila jednoznačně diagnostikovat BAP. Diagnóza této poruchy se opírá o komplexní neuropsychologické testy, které jsou zaměřené na hodnocení psychomotorického tempa, pozornosti, verbální a vizuální paměti a exekutivních funkcí. Přestože tyto testy nedokážou BAP přesně diagnostikovat, slouží k odhalení kognitivních deficitů a jejich vlivu na průběh onemocnění.

Podle Svobody a kol., (2015) je pro správnou diagnostiku klíčová kombinace metod. Základním krokem je anamnéza a rozhovor s pacientem, při kterém je důležité podrobně zmapovat příznaky jednotlivých epizod. Rozhovory pomáhají získat přehled o chronologii stavů, i když pacient během manických epizod může postrádat vědomí o svém chování nebo si neuvědomuje příznaky deprese. Dalším prvkem diagnostiky je spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří mohou poskytnout ucelenější pohled na průběh onemocnění, který pacient nemusí být schopen objektivně sdělit. Důležitou součástí procesu jsou laboratorní testy a fyzikální vyšetření, jež slouží

k vyloučení jiných příčin příznaků, jako je například hypertyreóza. Pro přesnější posouzení stavu pacienta se také využívají hodnotící dotazníky či škály. Mezi používané stupnice patří například Hamiltonova stupnice pro zjištění symptomů deprese nebo Young Mania Rating Scale hodnotící manickou epizodu. Podle Moťovského a kol., (2013) k diagnostice BAP významně napomáhají sebehodnotící dotazníky, jako je Hypomania Checklist, Mood Disorder Questionnaire a Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, u kterých byla ověřena vysoká účinnost pro diagnostiku BAP 2. typu.

V České republice je hlavní klasifikací MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), která platí od roku 1994 a zahrnuje duševní poruchy v sekci F00-F99. Tyto poruchy jsou dále rozděleny do 11 oddílů. Pro stanovení diagnózy BAP podle MKN-10 je rozhodující výskyt alespoň jedné manické epizody, přičemž depresivní fáze bývají častější. Vedle MKN-10 existuje i DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch), jedná se o manuál platný od roku 2013, který poskytuje podrobná diagnostická kritéria a přináší nové kategorie a pojmy pro duševní poruchy (Orel, 2016).

Diagnóza je tedy primárně stanovována na základě psychiatrického vyšetření, důkladné anamnézy a použití diagnostických kritérií, jako jsou MKN-10 nebo DSM-5 (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.7 Léčba bipolární afektivní poruchy

Léčba BAP je komplexní proces, který vyžaduje individuální přístup ke každému pacientovi. Zaměřuje se na zmírnění příznaků a obnovení psychosociálního fungování pacienta. Hlavním cílem je dosáhnout stabilizace nálady v akutní léčbě, minimalizovat riziko relapsů v dlouhodobé léčbě a zlepšit celkovou kvalitu života pacienta. K dosažení těchto cílů se využívá kombinace farmakoterapie, psychoterapie a dalších podpůrných intervencí. Protože je BAP chronické onemocnění, které nelze zcela vyléčit, měla by být terapie kontinuální a upravovaná podle aktuální fáze onemocnění a závažnosti pacientova stavu (Kochtová, 2017).

Dle Hosáka a kol., (2015) jsou hlavními oblastmi, na které se léčba zaměřuje:

- zlepšení stavu, ideálně odstranění patologických příznaků během akutní fáze nemoci,
- zabránění opakování epizod a stabilizace psychického stavu – udržovací terapie,
- obnovení funkcí narušených nemocí – rehabilitace a resocializace.

Pro zlepšení stavu pacienta je nezbytné včasné a správné zahájení léčby. Zanedbání léčby nebo nesprávné užívání léků má většinou ničivý dopad na pacienta i jeho blízké. V současnosti je kladen velký důraz na farmakoterapii, jak v akutní, tak dlouhodobé terapii. I když jiné léčebné metody hrají důležitou roli, většina pacientů s BAP neobstojí bez farmakologické léčby. Spolupráce mezi psychiatrem a pacientem umožňuje efektivně zvládnout jednotlivé epizody onemocnění a v budoucnu snížit pravděpodobnost vzniku nových epizod (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.7.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie BAP je klíčovým prvkem léčby zaměřeným na stabilizaci nálady a zabránění výskytu dalších manických nebo depresivních fází. Léčba se zakládá na podávání stabilizátorů nálady, které pomáhají vyrovnávat výkyvy nálad a zabraňují přechodu k mánii nebo depresi

(Dreher, 2017). Účinnost těchto léků závisí na pravidelném a dlouhodobém užívání, což vyžaduje spolupráci ze strany pacienta. Pro většinu léčiv této skupiny je nutné pravidelné kontrolování jejich hladiny v krevní plazmě. Tento postup umožňuje upravit dávkování tak, aby byla dosažena terapeuticky účinná koncentrace léku. K nejvíce používaným stabilizátorům nálady řadíme lithium, kyselinu valproovou a karbamazepin (Orel, 2016). Lithium je vysoce účinný stabilizátor nálady, u kterého bylo prokázáno, že snižuje riziko sebevraždy. Má významné antisuicidální působení, účinkuje proti manickým epizodám a má také antidepresivní efekt (Svoboda a kol., 2015). Přestože je velmi účinné, jeho rozmezí mezi terapeutickou a toxickou dávkou je velmi malé. Z tohoto důvodu je nutné pravidelně kontrolovat jeho hladinu v krevní plazmě. Výraznou nevýhodou, ve srovnání s jinými léky, je vyšší riziko vedlejších účinků (Orel, 2016). Mezi vedlejší účinky, které obvykle během několika týdnů ustupují, patří například průjem, nevolnost spojená se zvracením, třes rukou a zvýšená únava (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). Dalšími léky, které stabilizují náladu, jsou kyselina valproová, která patří mezi antiepileptika a vyznačuje se antimanickým účinkem. Karbamazepin, také antiepileptikum, má kromě antimanických a antidepresivních účinků také sedativní, analgetické a myorelaxační vlastnosti (Orel, 2016).

Akutní depresivní epizody při BAP jsou obvykle léčeny kombinací stabilizátorů nálady a pečlivě dávkovaných antidepresiv. Při podávání antidepresiv je nutné postupovat opatrně, protože vysoké dávky mohou zvýšit riziko přechodu do manické fáze. Doporučuje se proto volit spíše nižší dávky a léčbu antidepresivy ukončit, jakmile dojde k odeznění depresivních příznaků (Dreher, 2017). Riziko přechodu do manické epizody je výraznější při užívání tricyklických a tetracyklických antidepresiv. Oproti tomu selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které patří mezi antidepresiva třetí generace, toto riziko snižují (Dreher, 2017). Mezi často používané SSRI patří například citalopram, escitalopram nebo setralin (Orel, 2016). Mezi nežádoucí účinky antidepresiv patří problémy s trávením, jako jsou průjem, zvracení a nechutenství, dále přibývání na váze, nespavost, pocit napětí, bolesti hlavy a problémy se sexuální funkcí (Petr, Marková a kol., 2014). Účinek antidepresiv se neprojevuje okamžitě, ale obvykle nastupuje během tří až čtyř týdnů. Pacienti i jejich blízcí by měli být na tuto skutečnost upozorněni, aby nedošlo k předčasnému ukončení léčby z důvodu očekávání rychlejšího efektu (Orel, 2016).

U pacientů v akutní manické epizodě často chybí náhled na nemoc, což komplikuje zahájení farmakologické léčby. Terapie bývá úspěšná až po přesvědčení pacienta o jejím přínosu. Mezi příznaky mánie patří snížená potřeba spánku, hyperaktivita a trysk myšlenek, které pacienti obvykle vnímají pozitivně, zatímco negativní projevy si často neuvědomují, což dále komplikuje léčbu (Dreher, 2017). Jak uvádí Orel (2016), léčba manických epizod zahrnuje podávání antimanik, což je souhrnné označení pro léky, které pomáhají zmírnit projevy mánie, jako je agrese, hyperaktivita, impulzivní chování a nadměrně dobrá nálada. Podle Drehera (2017) tvoří základ terapie stabilizátory nálady, zejména lithium, které je účinné při zvládání manických symptomů i prevenci opakování epizod, a valproát, jenž je často používán při akutní léčbě. V léčbě akutní manické fáze se stabilizátory nálady kombinují s antipsychotiky. Antipsychotika druhé generace, jako risperidon, olanzapin a quetiapin, jsou často využívána díky jejich schopnosti potlačovat psychotické příznaky a obnovovat psychickou rovnováhu. U závažnějších případů mohou být nasazena i antipsychotika první generace, například haloperidol, který však přináší vyšší riziko nežádoucích účinků (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). Dreher (2017) uvádí, že doplňkovou terapií při léčbě manických epizod, bývají hypnotika ze skupiny benzodiazepinů,

například diazepam. Tyto léky pomáhají zvládat akutní neklid a poruchy spánku, které jsou během mánie časté.

1.7.2 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) se začala používat jako léčebná metoda již v první polovině 20. století a dnes patří mezi nejúčinnější a nejbezpečnější postupy současné psychiatrie. Tato metoda je zvláště užitečná, pokud farmakologická léčba selhává, nebo je nutný rychlý terapeutický zásah. ECT se používá u pacientů trpících těžkými depresivními nebo manickými epizodami, které nereagují na běžně dostupné léky, a u přítomnosti suicidálních tendencí, kdy je potřeba rychlé zmírnění symptomů (Horčíčko, 2021). Pokud není ECT indikována v život ohrožujících případech, je vždy nutné informovat pacienta o jejím provedení a získat informovaný souhlas k výkonu. Před zahájením je třeba provést důkladné interní vyšetření, vyšetření očního pozadí a posouzení rizik spojených s celkovou anestezí. Pacient by měl být před ECT na lačno alespoň po dobu osmi hodin (Orel, 2016). V celkové anestezii se pomocí elektrod přiložených na spánky pacienta aplikují elektrické impulsy, které ovlivňují mozkovou činnost. Přesný mechanismus účinku není úplně objasněn, ale je známo, že dochází k ovlivnění neurotransmiterů, jako je serotonin, dopamin a noradrenalin, což může pomoci normalizovat patologické procesy v mozku (Horčíčko, 2021).

Počet aplikovaných elektrokonvulzí se přizpůsobuje individuálnímu stavu pacienta a jeho odpovědi na léčbu. Obvykle se ECT provádí dvakrát až třikrát týdně, s celkovým počtem pohybujícím se mezi šesti až dvanácti sezeními. Po úspěšné léčbě může následovat udržovací terapie, která probíhá jedenkrát až třikrát měsíčně, bez časového limitu (Orel, 2016). Mezi nejběžnější vedlejší účinky patří dočasné kognitivní poruchy, jako jsou problémy s krátkodobou pamětí a zmatenost, které obvykle odezní během několika hodin až dnů. Závažné komplikace jsou vzácné a mohou zahrnovat kardiovaskulární problémy, zejména u pacientů trpících srdečními chorobami (Mukhtar, 2023). ECT je známá svým rychlým nástupem účinku, což je klíčové u pacientů s akutním rizikem sebevraždy nebo těžkými psychotickými symptomy. Studie potvrzují její vysokou účinnost i u deprese a mánie rezistentních na jiné formy léčby, což ji činí důležitou součástí komplexního přístupu k léčbě BAP (Horčíčko, 2021).

1.7.3 Psychoedukace

Psychoedukace je jednou z důležitých součástí péče o pacienty s BAP, protože zlepšuje jejich ochotu spolupracovat na léčbě a pomáhá snižovat pravděpodobnost relapsu. Edukace pacienta a jeho blízkých je zásadní pro dlouhodobé udržení léčby a pro vytvoření pevného a stabilního terapeutického vztahu s lékařem (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

Blízcí pacienta hrají zásadní roli v časném odhalení prodromálních příznaků nadcházející epizody. Měli by pochopit podstatu onemocnění, její projevy, rizika a možnosti léčby. Edukace může probíhat jak společně s pacientem, tak i individuálně. Rodina by měla umět rozpoznat, co je projevem nemoci a co naopak souvisí s osobnostními rysy pacienta, a měla by být seznámena s možnými komplikacemi, jako je riziko sebevraždy nebo zneužívání návykových látek (Petr, Marková a kol., 2014).

Hlavním cílem psychoedukace je prevence opětovného výskytu epizod, snížení intenzity symptomů, zmírnění sebevražedného rizika a podpora lepší adaptace v osobním, pracovním

i sociálním životě. Součástí psychedukačního procesu je trénink sebemonitorování, který pacientovi pomáhá včas identifikovat varovné příznaky a přijmout adekvátní preventivní opatření. Podporuje také rozvoj kritického pohledu na onemocnění, zvládání stresových situací a udržování zdravého životního stylu, což zahrnuje pravidelný spánkový režim a relaxační aktivity (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.7.4 Psychoterapie

Když je nemoc poprvé diagnostikována, pacient se setkává s neznámou situací, která může být velmi obtížná. Psychoterapie má za cíl vytvořit prostor, kde pacient může svobodně vyjadřovat své obavy, emoce a problémy. Tato forma léčby je klíčovým doplňkem farmakoterapie při léčbě BAP. Jejím hlavním úkolem je zmírnit pacientovy potíže a pomoci mu získat širší pohled na jeho situaci, zlepšit sebepoznání a podporovat schopnost sebeakceptace (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

Pacienti s BAP často čelí psychosociálním výzvám, jako je přijetí vážnosti onemocnění, problémy ve vztazích s ostatními nebo potíže v osobním a profesním životě. Tyto problémy mohou mít negativní dopad na kvalitu života a mohou ztížit účinnost léčby. Cílem psychoterapie je pomoci pacientovi přijmout svou nemoc, opravit mylné představy o ní, podpořit jeho spolupráci s lékařem, zlepšit schopnost rozpoznávat časné příznaky onemocnění a předcházet relapsům. Psychoterapie také usiluje o zlepšení pacientova fungování v sociální a pracovní sféře, což vede k celkovému zlepšení jeho životní kvality (Raboch a kol., 2014).

1.8 Ošetřovatelská péče u pacientů v depresivní fázi bipolární afektivní poruchy

Depresivní epizoda se obvykle dá zvládnout ambulantní léčbou. Hospitalizace je nutná u pacientů se silnou depresí nebo pokud se objeví sklony k sebevražednému jednání. Pro riziko sebepoškozování je většinou pacient zpočátku hospitalizován na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Jakmile se jeho stav zlepší, léčba pokračuje na otevřeném oddělení, což pomáhá v lepší adaptaci na běžný život (Slezáková a kol., 2013). Ošetřovatelský personál je povinen pečlivě sledovat chování a projevy pacienta, přičemž jeho primárním úkolem je zajištění bezpečnosti vzhledem k možnému sebevražednému riziku a naplnění základních fyziologických potřeb. Pacient by měl být přijat na pokoj v blízkosti pracovny personálu, což umožní průběžně monitorovat jeho stav. V dosahu by neměly být žádné předměty, které by mohly představovat potenciální nebezpečí. Důsledným a trpělivým pozorováním v různých situacích může personál zachytit známky přítomnosti problému, včas na něj reagovat a informovat ošetřujícího lékaře. Během depresivní fáze dochází k výraznému zpomalení myšlení, oslabení paměti, zhoršení koncentrace a celkově útlumu kognitivních funkcí. Pacienti nejsou schopni prožívat radost a najít východisko ze své situace. Také mají potíže s rozhodováním a často se cítí ztraceni ve svých myšlenkách. V takových případech by měl personál jednat klidně a trpělivě, pokyny opakovat vícekrát a bez naléhání (Petr, Marková a kol., 2014).

1.8.1 Ošetřovatelské problémy a intervence u nemocného s depresivní epizodou

Mezi časté ošetřovatelské problémy patří riziko sebevraždy, smutek, únava, deficit sebepečce, uzavřenost, snížená komunikace, zhoršená nálada, snížená chuť k jídlu a celková neaktivita. Vzhledem k těmto problémům je nezbytné se zaměřit na zajištění základních potřeb, přičemž není vhodné na nemocného klást příliš vysoké nároky. Přesto se snažíme podporovat schopnost postarat se o své základní potřeby, přičemž velký význam má dostatek trpělivosti (Felzmannova, 2018). Častým problémem jsou poruchy spánku, k lepší kvalitě spánku však může pomoci úprava denního rytmu, jako je vyloučení konzumace kávy v podvečer, pravidelný pobyt na čerstvém vzduchu nebo zavedení relaxačních technik a cvičení. U některých pacientů může naopak docházet k nadměrné spavosti, což je také třeba sledovat a zohlednit při plánování péče (Petr, Marková a kol., 2014). S tím souvisí i sledování účinnosti podaných léků, na jehož základě mohou lékaři upravit či změnit medikaci. Zároveň je nutné věnovat pozornost možnému výskytu nežádoucích účinků antidepresiv. Depresivní epizoda navíc často narušuje fyziologické funkce, což může negativně ovlivnit chuť k jídlu, pohybovou aktivitu nebo způsobit zácpu, a proto by všeobecné sestry měly umět včas identifikovat možné komplikace. V souvislosti s depresí bývá narušena také oblast sebepečce, kdy pacienti přestávají pečovat o svůj zevnějšek, zanedbávají osobní hygienu a neprojevují zájem o úpravu vzhledu, což je projevem jejich celkového psychického útlumu. Personál by měl k problému přistupovat citlivě a s respektem. Dalším častým projevem bývá uzavřenost, při níž je pro efektivní komunikaci zásadní empatický přístup a schopnost aktivního naslouchání, kterým dáváme najevo porozumění a podporu. Někdy může být přínosné pouze mlčky setrvat v jeho přítomnosti, čímž se vyjádří zájem a pochopení. Vzhledem k tomu, že pacient má zpomalené myšlení, je důležité přistupovat k němu s klidem a trpělivostí, mluvit pomalu a nenutit ho k okamžitým reakcím (Felzmannova, 2018; Kowalewski, 2021).

V ošetřovatelské péči je zásadní empatický přístup, aktivní naslouchání a citlivá komunikace. Důležitá je pravidelná motivace k vyjádření pacientových pocitů a myšlenek, čímž lze předejít prohloubení izolace a beznaděje. Pacient by měl cítit zájem o jeho stav, což je často možné projevit i v jednoduchých interakcích, aniž by cítil tlak. Pokud se pacient cítí lépe, je doporučeno motivovat ho k nenáročným aktivitám a zapojení se do dění na oddělení. Počáteční účast může být pouze pasivní a postupně dochází ke zvyšování nároků na aktivity. Personál by měl pacienta povzbuzovat a chválit za snahu, aby viděl pozitivní zpětnou vazbu. Všeobecná sestra by nikdy neměla bagatelizovat závažnost pocitů pacienta (Petr, Marková a kol., 2014).

1.9 Ošetřovatelská péče u pacientů v manické fázi bipolární afektivní poruchy

Pacienti trpící mánií v rámci BAP často nemají náhled na svůj stav, což znamená, že si neuvědomují svou nemoc ani její rizika. Kvůli ztrátě náhledu mohou vykazovat rizikové či nebezpečné chování, které ohrožuje je samotné nebo jejich okolí. V takových případech může být nutná jejich hospitalizace i bez jejich souhlasu. O nedobrovolném přijetí musí zdravotnické zařízení informovat soud do 24 hodin, čímž se zahájí detenční řízení. Pokud soud potvrdí splnění podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci, může být pacient držen v léčebně po nezbytně nutnou dobu. Jakékoliv prodloužení této hospitalizace vyžaduje nové soudní rozhodnutí.

Nedobrovolná hospitalizace však mnohdy znamená, že pacient nespolupracuje a o to těžší je realizace ošetrovatelského plánu (Polách, 2018).

1.9.1 Ošetrovatelské problémy a intervence u nemocného s manickou epizodou

Pacienti s manickou epizodou BAP potřebují specifický přístup v oblasti ošetrovatelské péče. Charakteristické symptomy manického stavu vedou k řadě ošetrovatelských problémů. Jedním z hlavních problémů je narušená struktura dne a nevyvážený poměr mezi aktivitami a odpočinkem. Personál by měl dbát na dodržování pevného režimu dne, který pacientovi poskytuje stabilní jistotu. Opakování pravidel oddělení je důležité pro předejití chaotického chování a stupňování rozjařenosti. U pacientů se mohou vyskytovat problémy spojené s příjmem potravy a tekutin. Někdy dochází k nadměrnému přejídání a přepíjení, jindy pacienti zanedbávají stravu z důvodu nadměrné aktivity. Je tedy vhodné sledovat a kontrolovat příjem stravy a tekutin pro prevenci dehydratace a metabolických poruch. Mezi další časté problémy patří nadměrné množství energie, zrychlená řeč a neschopnost soustředit se na jednu činnost. Pro minimalizaci těchto projevů by se měl personál snažit pacienta směřovat k jednoduchým strukturovaným aktivitám, které podporují jeho zklidnění a trpělivě ho vést k dokončení činností a posilovat jeho koncentraci. V důsledku impulzivity a hyperaktivity mohou pacienti zanedbávat osobní hygienu. Ze strany ošetrovatelského personálu by měl vycházet laskavý, avšak důrazný přístup k provádění těchto činností a tím zajištění pravidelných hygienických návyků pacienta. Poruchy spánku jsou běžným příznakem manické epizody. Pacienti mohou odmítat spánek nebo spát velmi krátce, což může zhoršit jejich psychický stav. K podpoře dostatečného spánku se doporučuje omezit spánek během dne, zavedení relaxačních technik a udržování klidného prostředí před usnutím. Pacienti často postrádají schopnost finanční sebekontroly a mohou impulzivně nakupovat nebo se chovat rizikově, včetně navazování náhodných známostí. Personál nemocničního oddělení by měl dbát na omezení možnosti disponovat většími finančními prostředky a podporovat pacienta v bezpečných interakcích (Petr, Marková a kol., 2014; Felzmannova, 2018).

Pacienti v manické fázi bývají hluční, obtěžují okolí a těžce dodržují léčebný režim. Postrádají společenské zábrany, čímž vyvolávají ve svém okolí většinou antipatie. Profesionální reakce a komunikace personálu by měla probíhat klidně, stručně, srozumitelně a nekompromisně. Je nutné vyhýbat se konfrontacím, nelhat a důkladně vysvětlovat důvody jednotlivých omezení, které pacienti často vnímají jako nespravedlivé. V případě agrese pacienta je třeba zajistit bezpečnost jak pacienta, tak okolí (Slezáková a kol., 2013).

2 Výzkumná část

V následující části bakalářské práce je představeno výzkumné šetření, které přispělo k naplnění stanovených cílů a výzkumných otázek. Praktická část zahrnuje formulaci cíle práce, výzkumné otázky, informace o metodice a průběhu výzkumu, respondentech a prostředích, ve kterých byl výzkum realizován. Dále popisuje získaná data a výsledky kvantitativního šetření.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou specifika při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s BAP z pohledu všeobecné sestry a jaké jsou rozdíly v péči o pacienta s depresí a mánií.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké specifické potřeby mají pacienti s bipolární afektivní poruchou během manické fáze ve srovnání s depresivní fází?

Výzkumná otázka č. 2: Jak všeobecné sestry vnímají náročnost péče o pacienty v manické fázi oproti péči o pacienty v depresivní fázi?

Výzkumná otázka č. 3: Jak všeobecné sestry přistupují k etickým dilematům, která mohou nastat při péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou, zejména v souvislosti s pacientovým rozhodováním o vlastní léčbě?

2.2 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla vybrána kvantitativní metoda výzkumu, která byla provedena prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření. Dotazník (viz Příloha B) obsahoval 17 otázek, z nichž 6 umožňovalo vybrat pouze jednu odpověď a 9 dalo respondentům možnost vybrat více odpovědí. Dále jedna z otázek obsahovala škálové hodnocení a jedna otázka obsahovala tabulku, kde respondenti vybírali, zda se daný aspekt péče vyskytuje častěji v manické nebo depresivní fázi. Základní informace o tématu bakalářské práce byly respondentům sděleny na první stránce dotazníku.

K první výzkumné otázce „Jaké specifické potřeby mají pacienti s bipolární afektivní poruchou během manické fáze ve srovnání s depresivní fází?“ jsou zvoleny otázky číslo 3, 4, 5, 6 a 7.

K druhé výzkumné otázce „Jak všeobecné sestry vnímají náročnost péče o pacienty v manické fázi oproti péči o pacienty v depresivní fázi?“ jsou zvoleny otázky číslo 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14.

Na třetí výzkumnou otázku „Jak všeobecné sestry přistupují k etickým dilematům, která mohou nastat při péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou, zejména v souvislosti s pacientovým rozhodováním o vlastní léčbě?“ se váží otázky číslo 15, 16, a 17.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondenty dotazníkového šetření byly všeobecné sestry, které ve své praxi přicházejí do kontaktu s pacienty trpícími BAP v různých fázích onemocnění. Dotazníky byly distribuovány v tištěné formě všeobecným sestrám pracujícím v psychiatrických nemocnicích v Jihlavě a Havlíčkově Brodě, se souhlasem vedení obou institucí (viz Příloha A, A.1). Obě zařízení byla

kontaktována prostřednictvím e-mailu, ve kterém byla přiložena žádost o provedení výzkumu a dotazník. Poté došlo k osobnímu setkání a předání dotazníků.

V obou psychiatrických nemocnicích bylo rozdáno po 60 dotaznících. Celkem tedy bylo distribuováno 120 dotazníků. Z psychiatrické nemocnice v Jihlavě bylo navraceno 58 dotazníků (97 %). Z psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod se mi navrátilo 48 dotazníků (80 %).

Z celkového počtu 120 dotazníků se tedy vrátilo vyplněných přesně 106, takže celková návratnost činila (88 %).

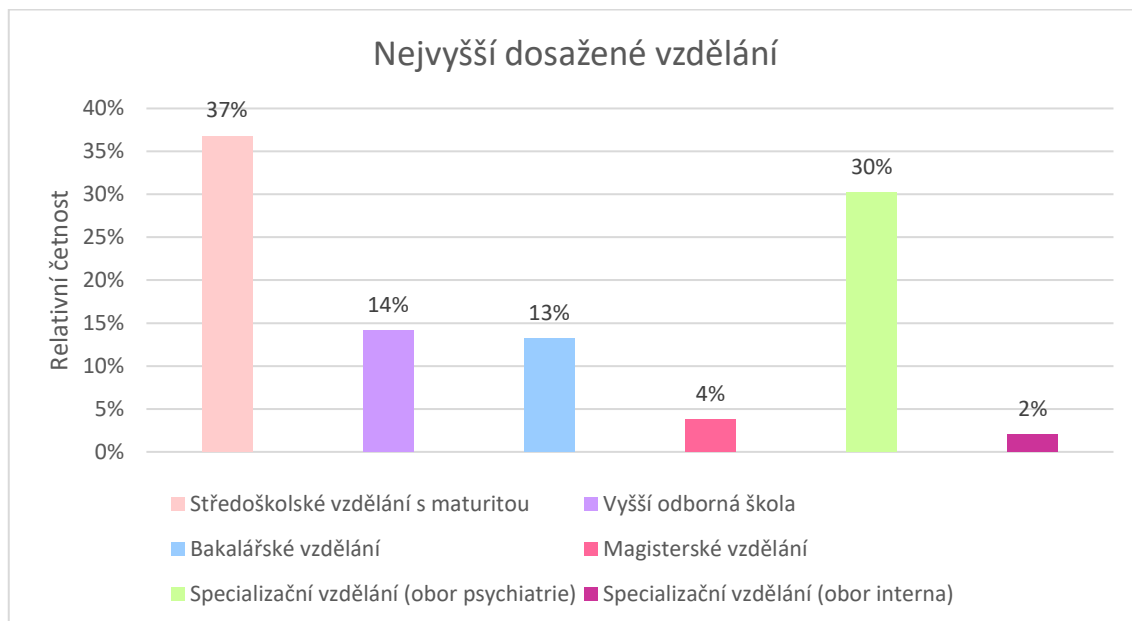
2.4 Průběh výzkumu

Kvantitativní výzkum probíhal od ledna do března 2025 v prostředí již výše uvedených psychiatrických nemocnic. Do výzkumu se zapojilo celkem 106 všeobecných sester, které mají přímou zkušenost s péčí o tyto pacienty. Výběr respondentů byl tvořen všeobecnými sestrami bez ohledu na jejich délku praxe či věk, což umožnilo zachytit široké spektrum zkušeností a postojů.

Výzkum byl prováděn s důrazem na dodržení etických principů. Účast respondentů byla zcela dobrovolná a anonymní, čímž bylo zajištěno, že všeobecné sestry mohly odpovídat upřímně bez obav z jakýchkoliv důsledků. Respondenti byli předem seznámeni s účelem výzkumu a s tím, že získaná data budou použita výhradně pro účely této bakalářské práce.

2.5 Zpracování získaných dat

Otázka č. 1: Označte, prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

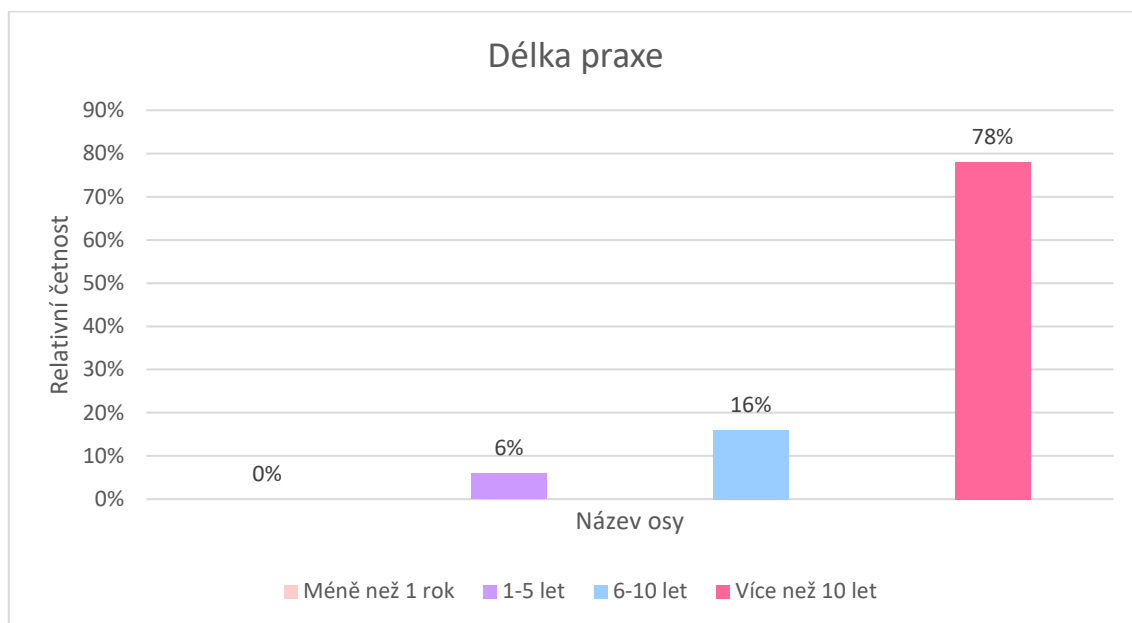


Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání

Zdroj: Autor práce

Otázka číslo jedna sloužila ke zjištění dosaženého vzdělání všeobecných sester, pracujících v psychiatrických nemocnicích, které se zúčastnily dotazníkového šetření. Celkem jich bylo do výzkumu zahrnuto 106. Nejčastěji uváděným vzděláním bylo středoškolské vzdělání s maturitou, tuto možnost zvolilo 39 (37 %) respondentů. Druhou nejčastěji označovanou možností bylo specializační vzdělání v oboru psychiatrie, které označilo 32 respondentů (30 %). Bakalářského vzdělání dosáhlo 14 (13 %) respondentů a vyšší odbornou školu absolvovalo celkem 15 (14 %) respondentů. Magisterský titul měli celkem 4 (4 %) respondenti a nejméně zastoupené bylo specializační vzdělání v oboru interny, které absolvovali přesně 2 (2 %) respondenti. Výsledky ukazují, že většina respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou, přičemž značná část absolvovala specializaci v oboru psychiatrie.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra?

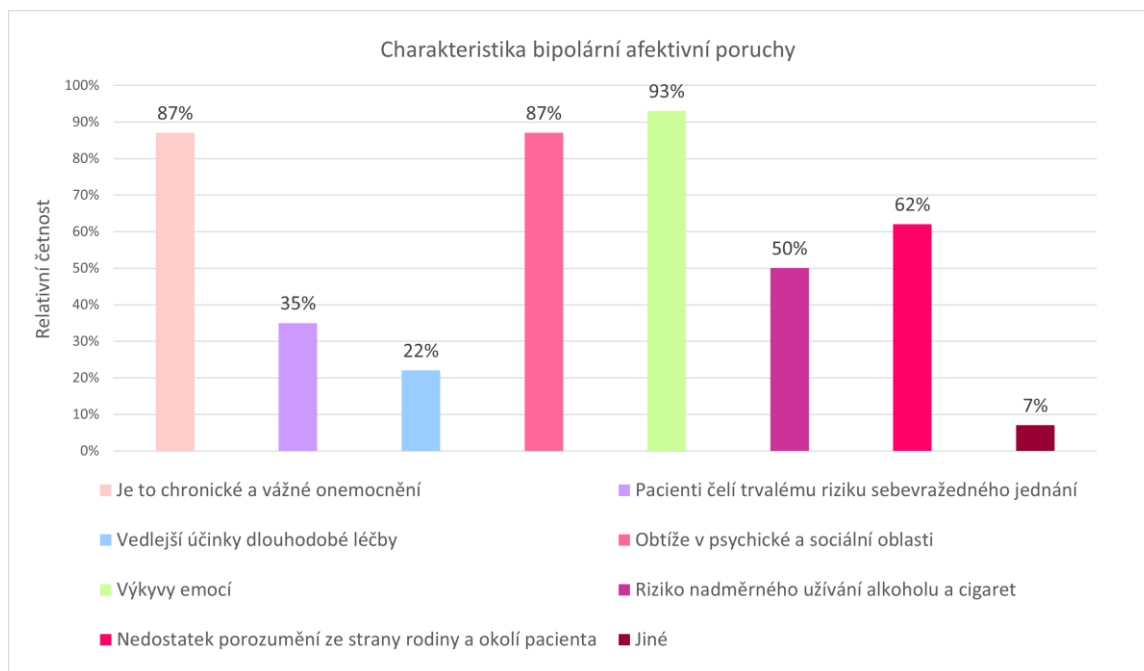


Graf 2: Délka praxe

Zdroj: Autor práce

Graf číslo dva znázorňuje, jak dlouho se respondenti uplatňují ve zdravotnictví jako všeobecné sestry. Ze 106 všeobecných sester se celkem 83 (78 %) tomuto zaměstnání věnuje více než 10 let. Možnost v rozmezí 6–10 let zvolilo 17 (16 %) dotazovaných a možnost méně než rok uvedlo celkem 6 (6 %) všeobecných sester.

Otázka č. 3: Co je podle Vás charakteristické pro bipolární afektivní poruchu? (více možných odpovědí)

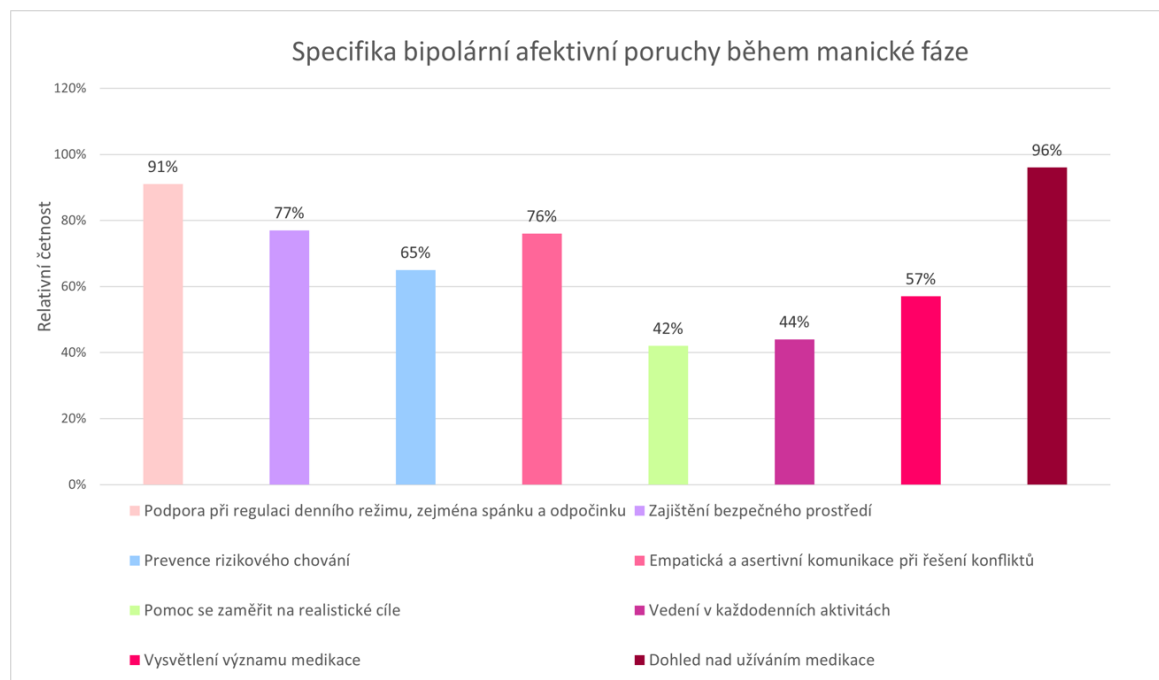


Graf 3: Charakteristika bipolární afektivní poruchy

Zdroj: Autor práce

Otázka číslo tři se zaměřovala na to, co respondenti považují za charakteristické pro onemocnění BAP. V této otázce byla možnost označit více odpovědí. Nejčastější odpovědí, kterou označilo celkem 99 (93 %) respondentů, bylo, že pacienti se potýkají s výkyvy nálad. Dále byla nejvíce označovaná možnost, že se jedná o chronické a vážné onemocnění, označilo ji 92 (87 %) dotazovaných. Stejně často byla zmiňována také skutečnost, že pacienti mají obtíže v psychické a sociální oblasti. Dalším častým rysem byl nedostatek porozumění ze strany rodiny a okolí pacienta, tuto možnost označilo 66 (62 %) respondentů. Přesně polovina, která činila 53 (50 %) respondentů, také uvedla, že pacienti mají větší riziko k nadměrnému užívání alkoholu a cigaret. Vedlejší účinky dlouhodobé léčby označilo celkem 23 (22 %) respondentů a to, že pacienti čelí trvalému riziku sebevražedného jednání, si myslí 37 (35 %) respondentů. Respondenti mohli uvést i jinou možnost, než jim bylo nabízeno. Pro 7 (7 %) z nich je pro BAP charakteristické zrychlené myšlení, nepředvídatelnost jedince a nepromyšlené nápady.

Otázka č. 4: Jaké specifické potřeby pacientů s bipolární afektivní poruchou během manické fáze vnímáte jako nejvýznamnější? (více možných odpovědí)

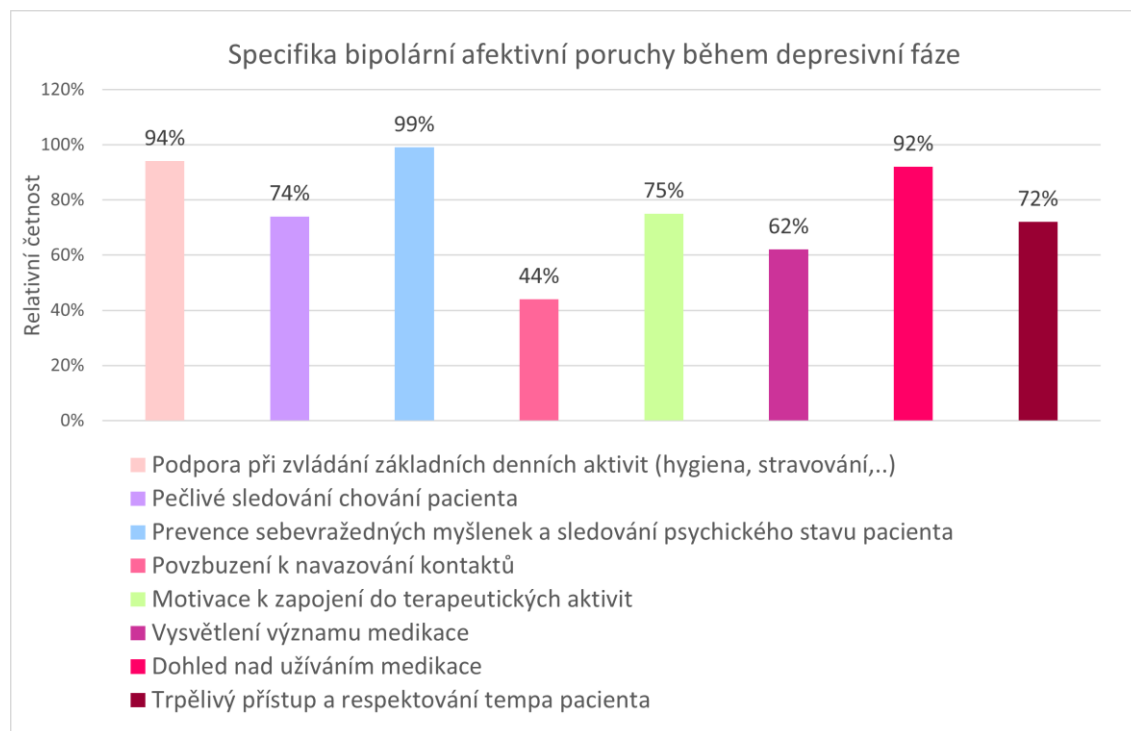


Graf 4: Specifika bipolární afektivní poruchy během manické fáze

Zdroj: Autor práce

Otázka číslo čtyři měla objasnit, jaké potřeby pacientů s BAP ve fázi mánie všeobecné sestry vnímají jako nejdůležitější. Také se jednalo o otázku s možností více odpovědí. Z grafu vyplývá, že pro 102 (96 %) respondentů je podstatné, aby bylo dohlíženo na tyto pacienty při užívání jejich medikace. Celkem 96 (91 %) respondentů se domnívá, že v péči o pacienta s BAP je důležité podporovat a regulovat jeho denní režim, zejména spánek a odpočinek. Další častou odpovědí, kterou označilo 82 (77 %) respondentů, bylo zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a skoro stejný počet, celkem 81 (76 %) respondentů, označilo za významné, komunikovat empaticky a asertivně při řešení konfliktů. Více jak polovina, přesněji 69 (65 %) dotazovaných, dbá na prevenci rizikového chování a pro 60 (57 %) z nich je důležité pacientům vysvětlovat význam medikace, kterou užívají. Vedení pacientů v každodenních aktivitách označilo 47 (44 %) respondentů. Celkem 42 %, tedy 45 respondentů, zaškrtnulo pomoc pacientům se zaměřit na realistické cíle.

Otázka č. 5: Jaké specifické potřeby pacientů s bipolární afektivní poruchou během depresivní fáze vnímáte jako nejvýznamnější? (více možných odpovědí)

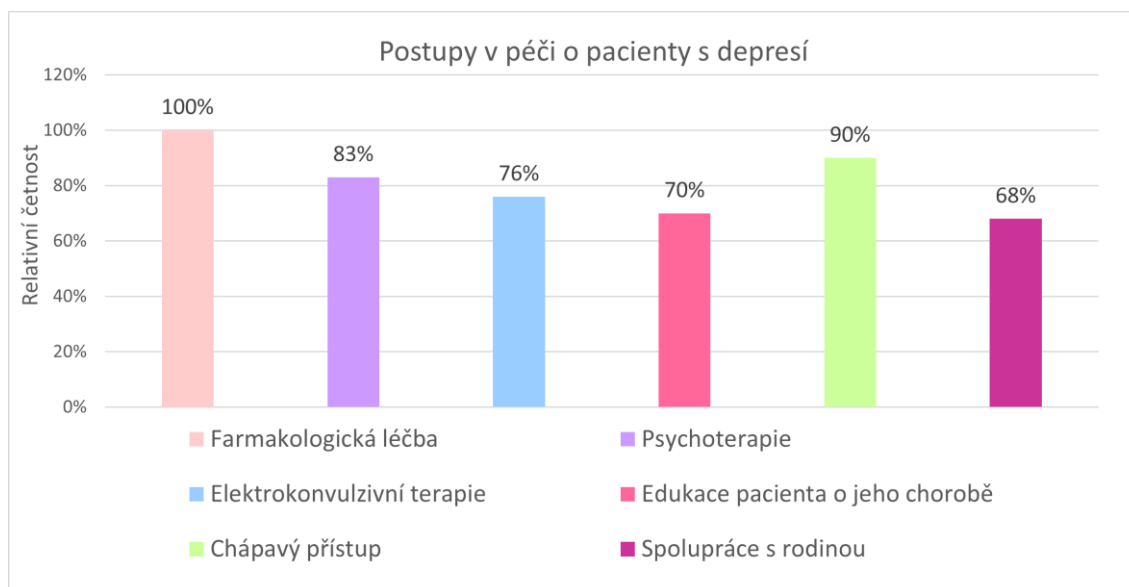


Graf 5: Specifika bipolární afektivní poruchy během depresivní fáze

Zdroj: Autor práce

Otázka číslo pět měla objasnit, jaké potřeby pacientů s BAP ve fázi deprese všeobecné sestry vnímají jako nejdůležitější. Zde mohli respondenti rovněž označit více odpovědí. Pro většinu, tedy 105 (99 %) respondentů, to je prevence sebevražedných myšlenek a sledování psychického stavu pacienta. Dále z výsledků vyplývá, že 100 (94 %) respondentů se snaží pacienty s BAP podporovat při zvládání základních denních aktivit, jako je například hygiena nebo stravování a 98 (92 %) z nich, klade důraz na dohled nad užíváním medikace. Další častou odpovědí byla motivace pacienta k zapojení do terapeutických aktivit, kterou označilo 79 (75 %) respondentů. Skoro stejný počet respondentů, celkem 78 (74 %) vybralo možnost pečlivé sledování chování pacienta. Respondentů, kteří si myslí, že je důležitý trpělivý přístup a respektování tempa pacienta bylo 76 (72 %). Na vysvětlení významu užívané medikace pacientům s BAP ve fázi deprese, klade důraz 66 (62 %) dotazovaných. Možnost povzbuzení pacienta k navazování kontaktů vybralo 47 (44 %) respondentů.

Otázka č. 6: Jaké postupy aplikujete při péči o pacienty v depresi? (více možných odpovědí)

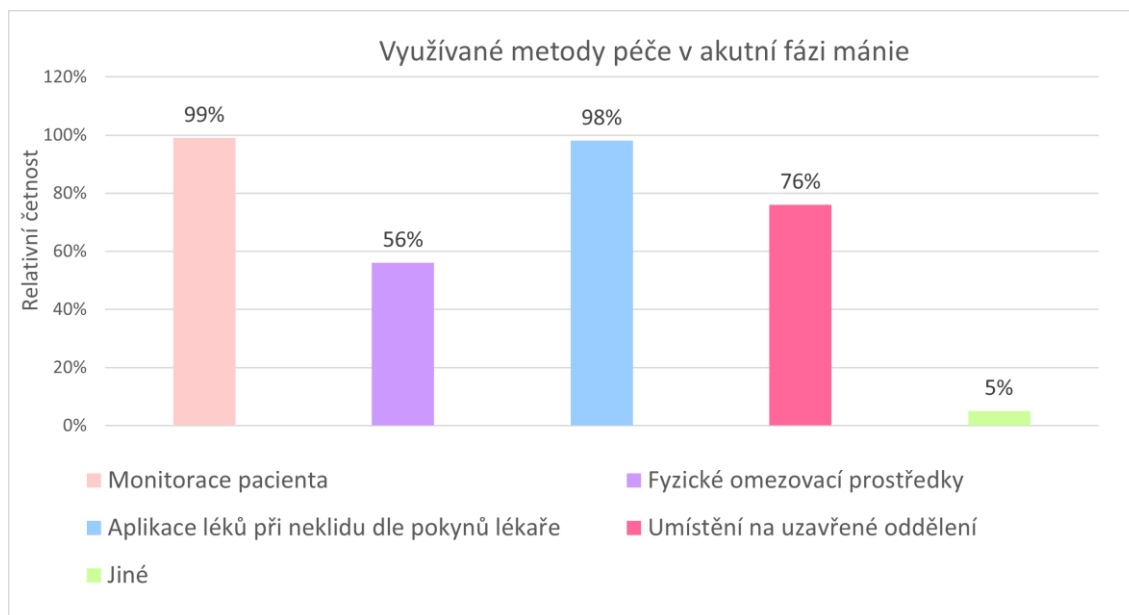


Graf 6: Postupy v péči o pacienty s depresí

Zdroj: Autor práce

Šestý graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jaké postupy aplikují při péči o pacienty v depresi. I zde mohli dotazovaní zvolit více odpovědí. Všechny 106 (100 %) respondentů označilo farmakologickou léčbu. Celkem 95 (90 %) respondentů využívá v péči o depresivní pacienty chápavý přístup. Další využívanou možností, kterou vybralo 88 (83 %) tázaných, byla psychoterapie. V depresivní fázi BAP podle 81 (76 %) respondentů má své opodstatnění využití elektrokonvulzivní terapie. Respondentů, kteří považují za podstatné edukovat pacienta o jeho chorobě, bylo 74 (tj. 70 %). Nejméně respondentů, celkem 72 (68 %), vybralo jako možnost v péči o tyto pacienty spolupráci s jejich rodinami.

Otázka č. 7: Jaké metody využíváte při péči o pacienty v akutní fázi mánie? (více možných odpovědí)

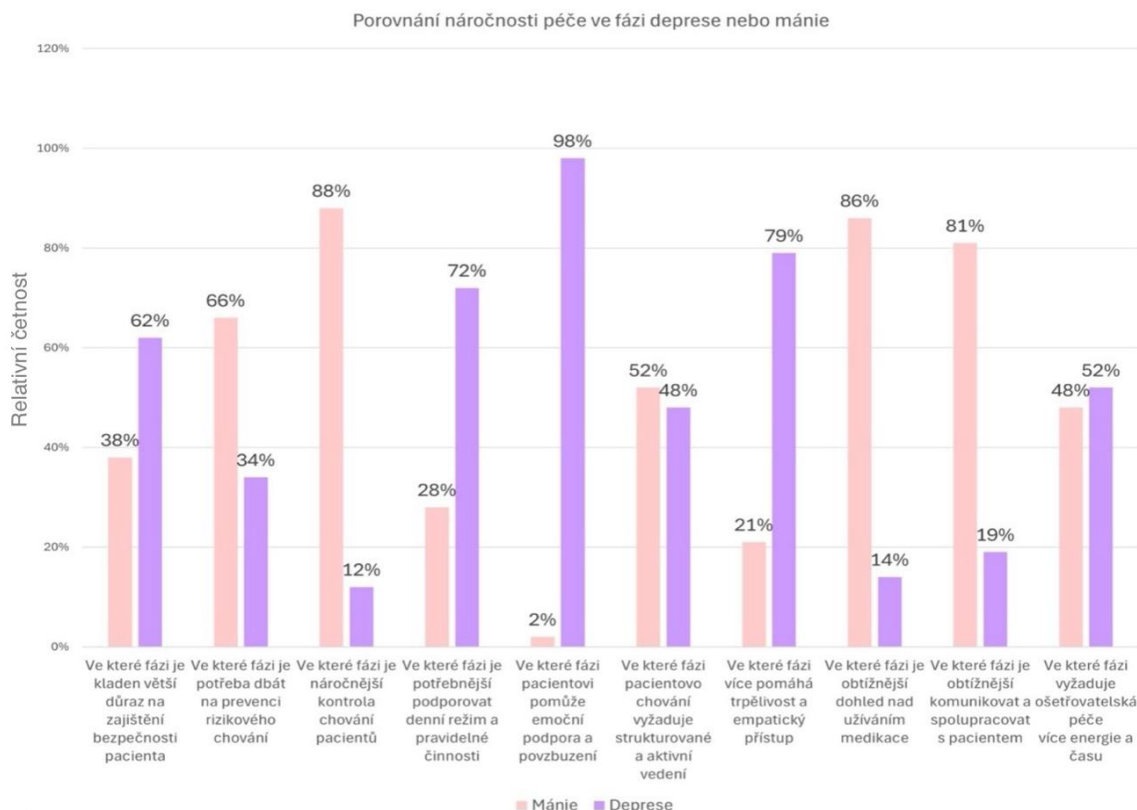


Graf 7: Využívané metody péče v akutní fázi mánie

Zdroj: Autor práce

Sedmý graf slouží ke znázornění, jaké metody jsou využívány při péči o pacienta s BAP v akutní fázi mánie. Jednalo se také o otázku, kde mohla být vybrána více než jedna odpověď. Převážná většina, přesně 105 (99 %) respondentů, vybrala možnost monitorace pacienta a 104 (98 %) dotazovaných zaškrtnulo možnost aplikace léků při neklidu podle pokynů lékaře. O něco méně, přesněji 81 (76 %) respondentů, uvedlo, že pacienti jsou umístěni na uzavřené oddělení. Fyzické omezovací prostředky volí 59 (56 %) dotazovaných. Respondenti v této otázce měli možnost napsat i jinou odpověď, než jim dotazník nabídl. Pro 5 (5 %) z nich je v akutní fázi mánie vhodné použití elektrokonvulzivní terapie.

Otázka č. 8: Porovnání náročnosti péče mezi pacienty v manické a pacienty v depresivní fázi bipolární afektivní poruchy. (možnost výběru ze dvou odpovědí)

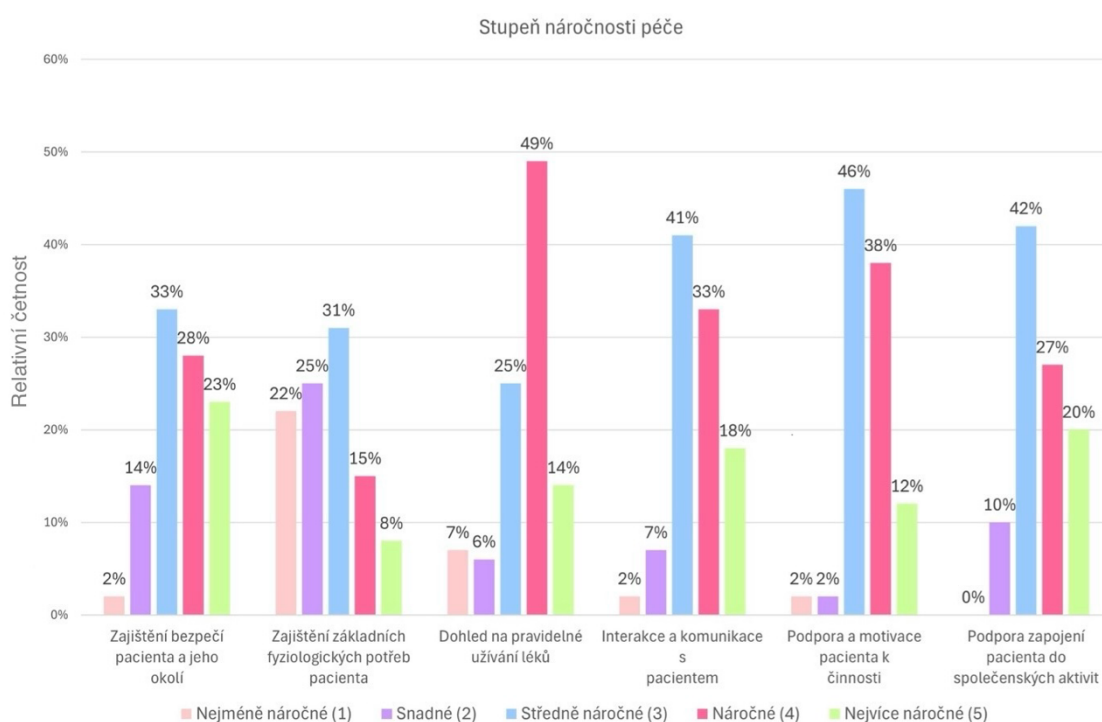


Graf 8: Porovnání náročnosti péče ve fázi deprese nebo mánie

Zdroj: Autor práce

Graf číslo osm znázorňuje porovnání náročnosti péče o pacienty v manické a depresivní fázi BAP. Dotazovaní měli vždy na výběr, zda je daný aspekt péče náročnější ve fázi mánie, nebo ve fázi deprese. Z grafu vyplývá, že pro 66 (62 %) respondentů je péče zaměřená na zajištění bezpečnosti pacienta náročnější u pacientů v depresivní fázi, oproti 40 (38 %) respondentům, kteří uvedli manickou fázi. Dbát na prevenci rizikového chování je pro 70 (66 %) tázaných obtížnější v manické fázi, zatímco pro zbylých 36 (34 %) v depresivní fázi. Z hlediska náročnosti kontroly chování pacientů 93 (88 %) respondentů označilo fázi mánie jako problematictější, 13 (12 %) z celkového počtu zaškrtnulo naopak depresi. Podpora denního režimu a pravidelné činnosti je podle 76 (72 %) dotazovaných potřebnější ve fázi deprese, pro 30 (28 %) je to naopak potřebnější v manické fázi BAP. Téměř všichni respondenti, konkrétně 104 (98 %), uvedli, že jako náročnější vnímají poskytování emoční podpory a povzbuzení pacientů v depresivní fázi, pouze 2 (2 %) respondenti označili manickou fázi. Strukturované a aktivní vedení pacientů bylo rozděleno mezi obě fáze téměř rovnoměrně, mánii označilo 55 (52 %) respondentů a depresi 51 (48 %) respondentů. Péče vyžadující trpělivý a empatický přístup byla častěji spojována s depresivní fází, a to konkrétně u 84 (79 %) dotazovaných, pro 22 (21 %) respondentů to naopak byla manická fáze. Z grafu dále vyplývá, že pro 91 (86 %) respondentů je obtížnější dohlížet na užívání medikace u pacientů ve fázi mánie, v depresivní fázi je to náročnější pro zbylých 15 (14 %) dotazovaných. Komunikace a spolupráce je pro 86 (81 %) respondentů obtížnější s pacientem v manické fázi, pro 20 (19 %) respondentů naopak v depresivní fázi. Celková energetická a časová náročnost ošetrovatelské péče je v obou fázích podobná, za náročnější ji považuje 51 (48 %) respondentů ve fázi mánie a 55 (52 %) respondentů ve fázi deprese.

Otázka č. 9: Jak náročné jsou pro Vás tyto aspekty v péči o pacienta s bipolární afektivní poruchou? (hodnocení 1 nejméně náročné, hodnocení 5 nejvíce náročné)

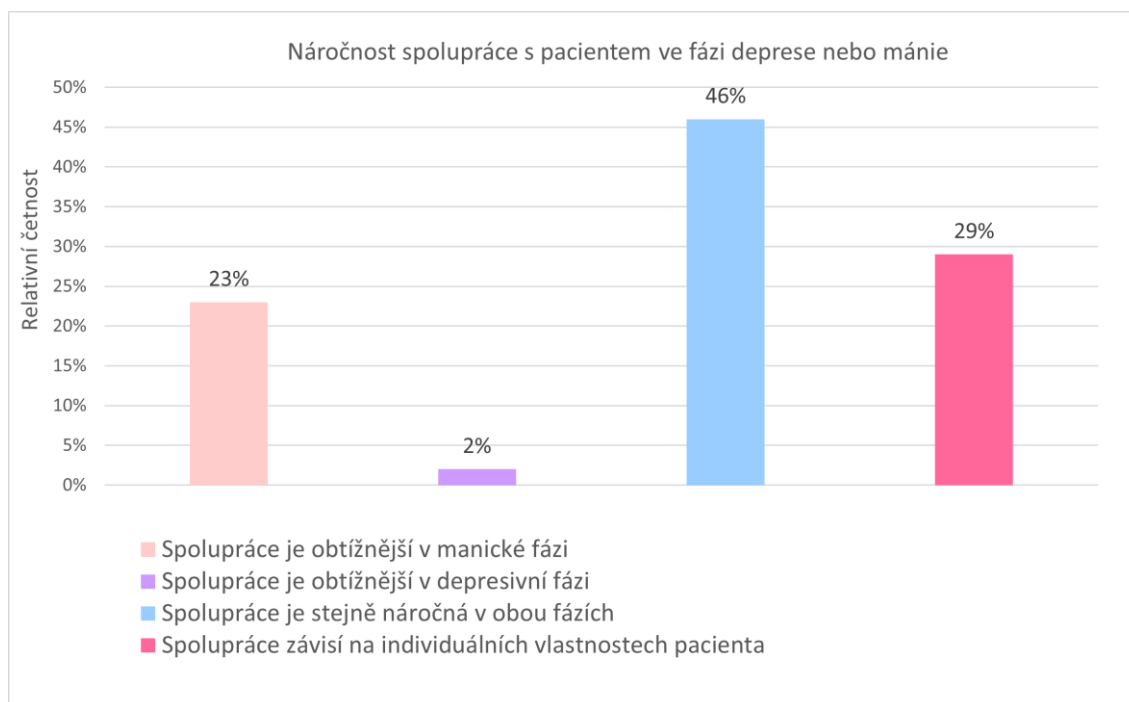


Graf 9: Stupeň náročnosti péče

Zdroj: Autor práce

Graf číslo devět znázorňuje, jak respondenti hodnotili náročnost vybraných aspektů péče o pacienty s BAP, přičemž mohli volit na pětibodové škále od 1 (nejméně náročné) do 5 (nejvíce náročné). U možnosti zajištění bezpečí pacienta a jeho okolí převažovaly spíše vyšší známky, což poukazuje na větší náročnost. Konkrétně 35 (33 %) respondentů uvedlo možnost středně náročné, 30 (28 %) respondentů zvolilo možnost náročné a 24 (23 %) respondentů označilo možnost nejvíce náročné. Zajištění základních fyziologických funkcí vyhodnotilo 33 (31 %) dotazovaných za středně náročné, 26 (25 %) tázaných za snadné a 23 (22 %) označilo tuto možnost za nejméně náročnou. Dohled na pravidelné užívání léků je podle 52 (49 %) respondentů náročný a pro 15 (14 %) tázaných dokonce nejvíce náročný. Pro 43 (41 %) oslovených je interakce a komunikace s pacientem středně náročná, pro 35 (33 %) dotazovaných je náročná a pro 19 (18 %) respondentů nejvíce náročná. Podporovat a motivovat pacienta k činnosti považuje 49 (46 %) respondentů za středně náročné, 40 (33 %) respondentů za náročné a 13 (12 %) respondentů to považuje za nejnáročnější. Zapojovat pacienta do společenských aktivit je pro 45 (42 %) oslovených středně náročné, pro 29 (27 %) je to náročné a 21 (20 %) to považuje za nejvíce náročné.

Otázka č. 10: Jaký vliv má fáze nemoci na spolupráci s pacientem?

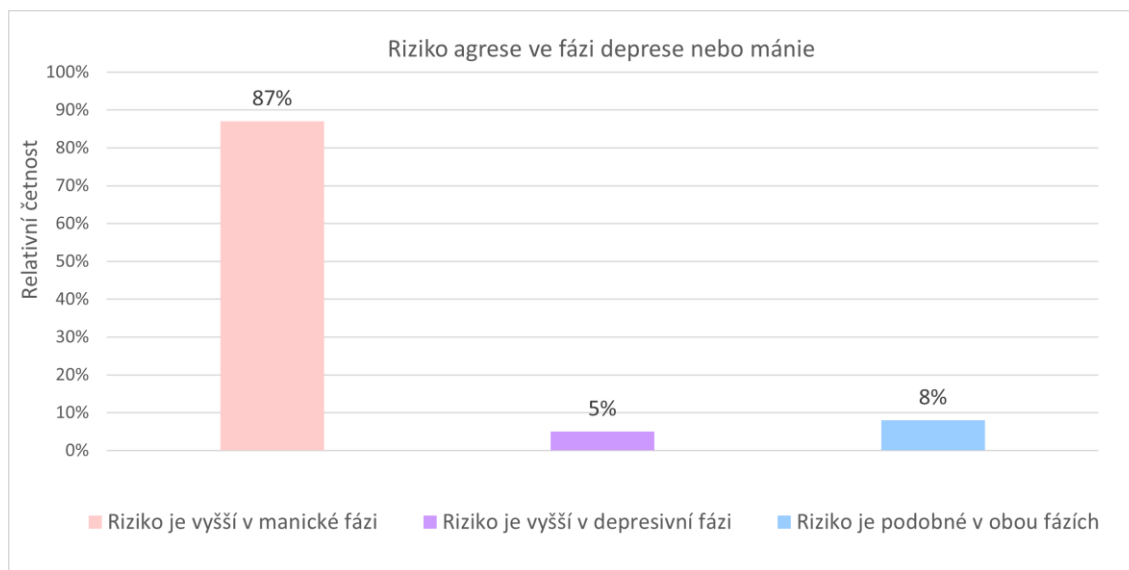


Graf 10: Náročnost spolupráce s pacientem ve fázi deprese nebo mánie

Zdroj: Autor práce

Desátá otázka se týkala toho, jak náročná je spolupráce s pacientem trpícím BAP v jednotlivých fázích nemoci. Z grafu vyplývá, že pro 49 (46 %) respondentů je spolupráce náročná ve fázi deprese i mánie stejně. Celkem 31 (29 %) dotazovaných uvedlo, že spolupráce vždy závisí na individuálních vlastnostech pacienta. Spolupráci s pacientem v manické fázi označilo za náročnější 24 (23 %) respondentů. Oproti tomu v depresivní fázi připadá spolupráce náročnější pouze 2 (2 %) respondentům.

Otázka č. 11: Vnímáte rozdíly v riziku agresivního chování pacientů v manické a depresivní fázi?

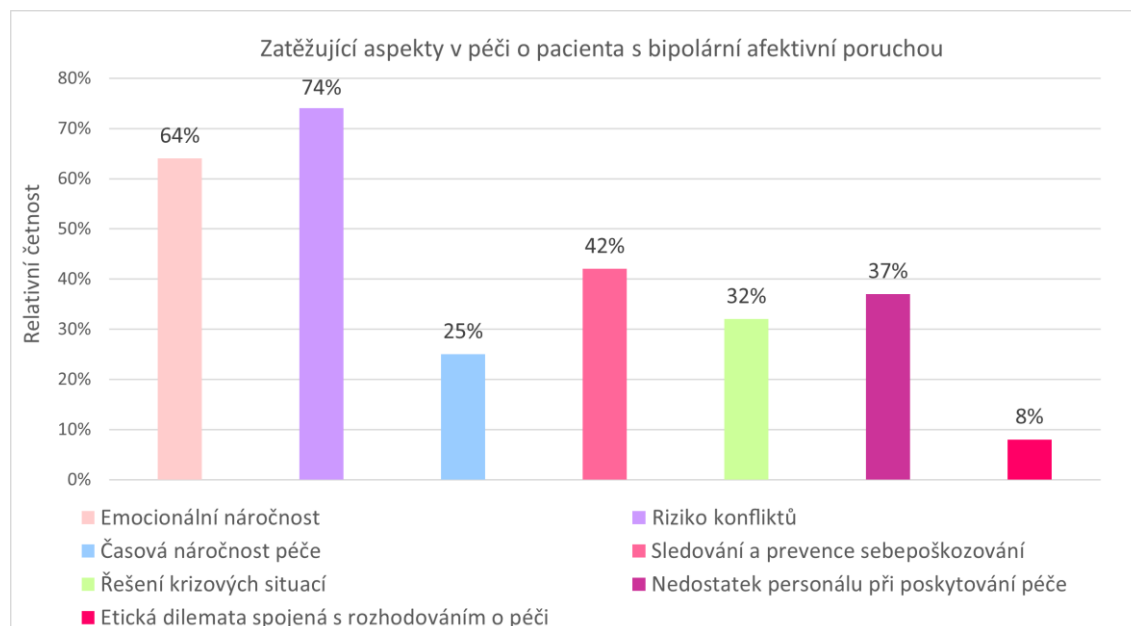


Graf 11: Riziko agrese ve fázi deprese nebo mánie

Zdroj: Autor práce

Otázka číslo jedenáct se zaměřovala na rozdíly v riziku agresivního chování podle toho, v jaké fázi BAP se pacient zrovna nachází. Ve většině případů, konkrétně podle 92 (87 %) respondentů, představuje větší riziko agrese pacient v manické fázi. Dalších 8 (8 %) respondentů označilo možnost, že riziko je podobné v obou fázích. A pouze 6 (5 %) respondentů uvedlo, že riziko agrese je vyšší u pacientů v depresivní fázi BAP.

Otázka č. 12: Které aspekty péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou Vás osobně nejvíce zatěžují? (více možných odpovědí)

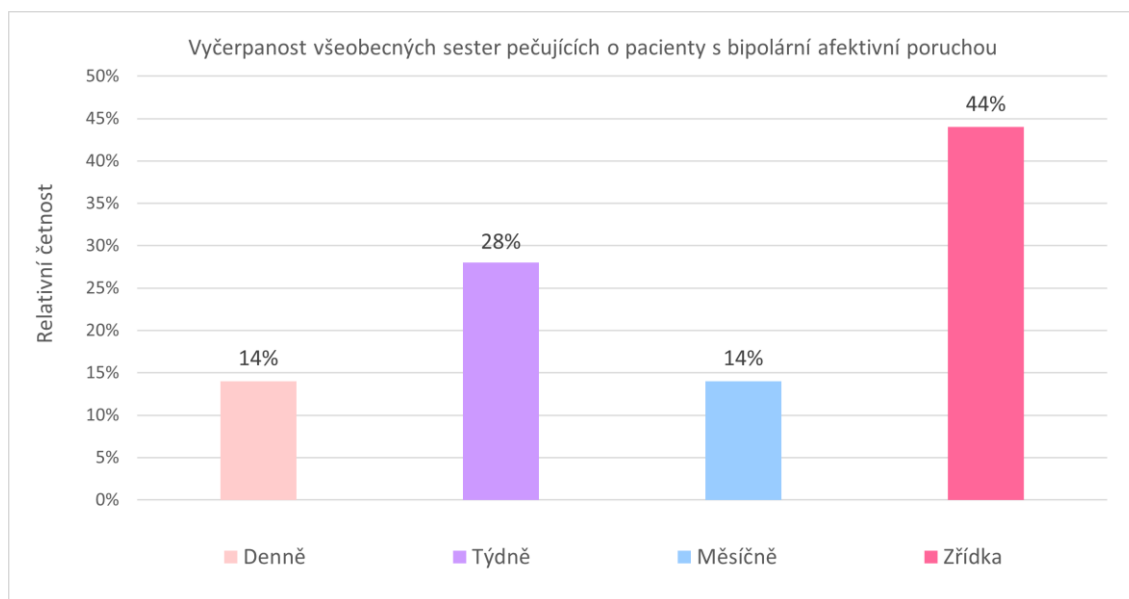


Graf 12: Zatěžující aspekty v péči o pacienta s bipolární afektivní poruchou

Zdroj: Autor práce

Dvanáctá otázka měla zjistit, které aspekty péče jsou pro všeobecné sestry, pečující o pacienty s BAP, nejvíce náročné a zatěžující. Jednalo se o otázku, kde mohlo 106 respondentů vybrat více, než jednu odpověď. Nejvíce respondentů, přesně 78 (74 %), uvedlo riziko konfliktů. Pro 68 (64 %) dotazovaných je to také emocionální náročnost. Jako další zatěžující faktor uvedlo 44 (42 %) respondentů sledování a prevenci sebepoškozování pacientů. Dále je pro 39 (37 %) respondentů péče náročná kvůli nedostatku personálu. Řešení krizových situací s pacienty s BAP označilo za náročné 34 (32 %) dotazovaných. Dále respondenti uvedli i možnost časové náročnosti péče, kterou 26 (25 %) označilo za zatěžující faktor. Pouze 9 (8 %) respondentů označilo za zatěžující řešení etických dilemat, spojených s rozhodováním o péči.

Otázka č. 13: Jak často se cítíte vyčerpaní při péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou?

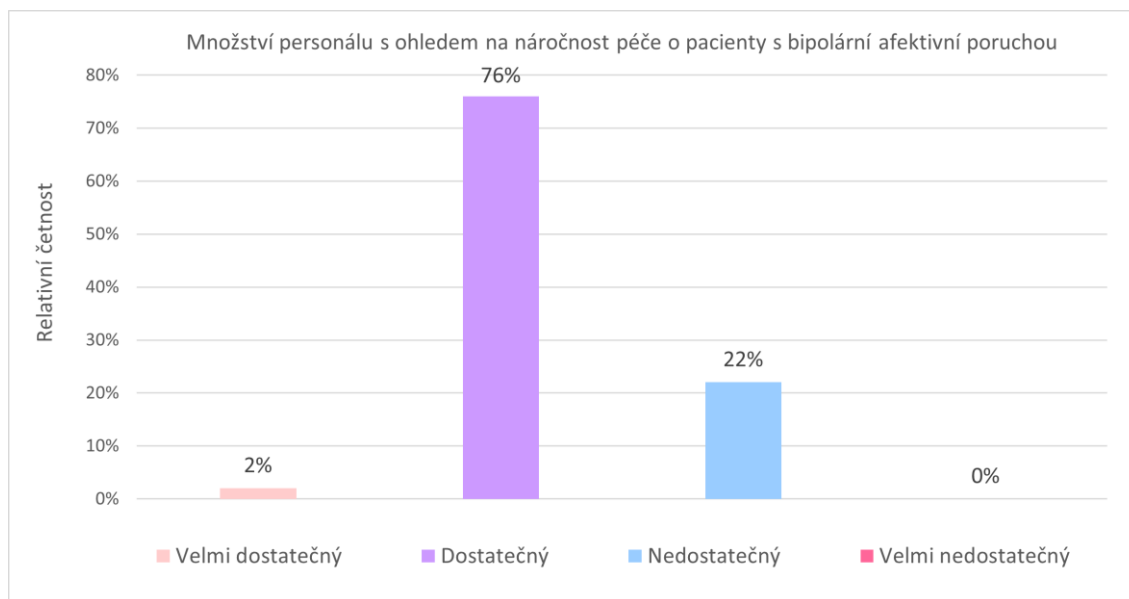


Graf 13: Vyčerpanost všeobecných sester pečujících o pacienty s bipolární afektivní poruchou

Zdroj: Autor práce

Graf číslo třináct znázorňuje četnost vyčerpání všeobecných sester při péči o pacienty s BAP. Respondenti odpovídali na otázku, jak často cítí vyčerpanost. Největší podíl respondentů, konkrétně 47 (44 %), se cítí vyčerpaných pouze zřídka, zatímco 29 (28 %) respondentů pociťuje vyčerpání každý týden. Možnost denního a měsíčního vyčerpání zvolilo shodně 15 (14 %) respondentů.

Otázka č. 14: Jak hodnotíte počet personálu na Vašem oddělení vzhledem k náročnosti péče o pacienty s bipolární afektivní poruchou?

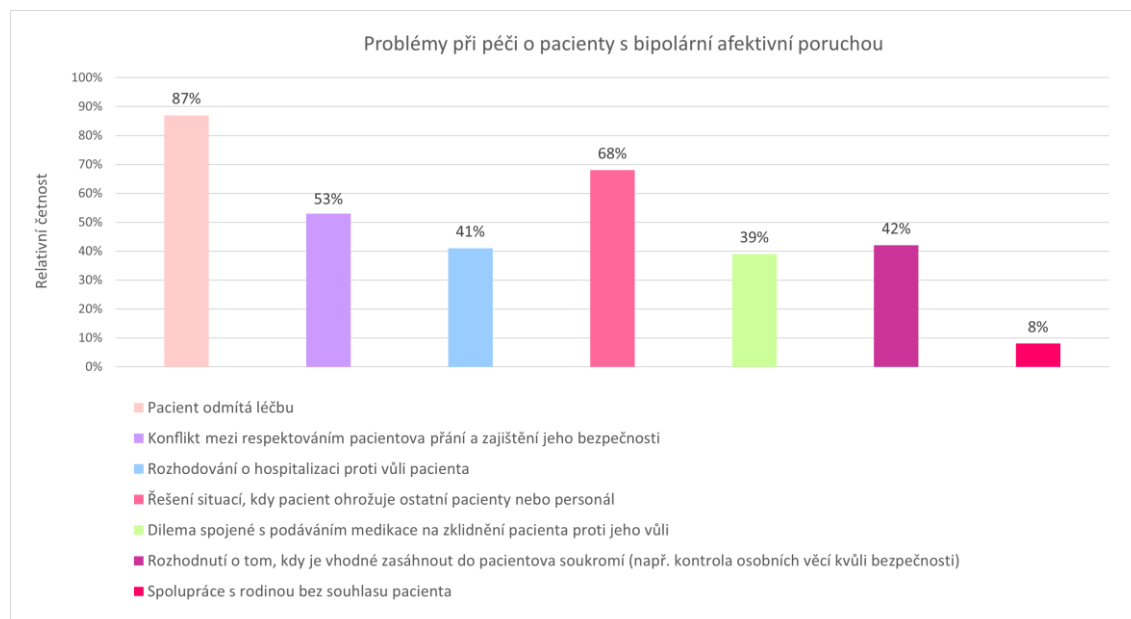


Graf 14: Množství personálu s ohledem na náročnost péče o pacienty s bipolární afektivní poruchou

Zdroj: Autor práce

Otázka číslo čtrnáct se zaměřila na hodnocení počtu personálu na odděleních zapojených do výzkumu, vzhledem k náročnosti péče o pacienty s BAP. Respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor na to, zda považují personální obsazení za dostatečné. Pouze 2 (2 %) respondenti označili počet personálu jako velmi dostatečný. Většina, konkrétně 81 (76 %) respondentů, vnímá personální obsazení jako dostatečné. Celkem 23 (22 %) respondentů jej považuje za nedostatečné. Možnost velmi nedostatečný nevybral nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 15: Jaké problémy jste nejčastěji zažili při péči o pacienty bipolární afektivní poruchou? (více možných odpovědí)

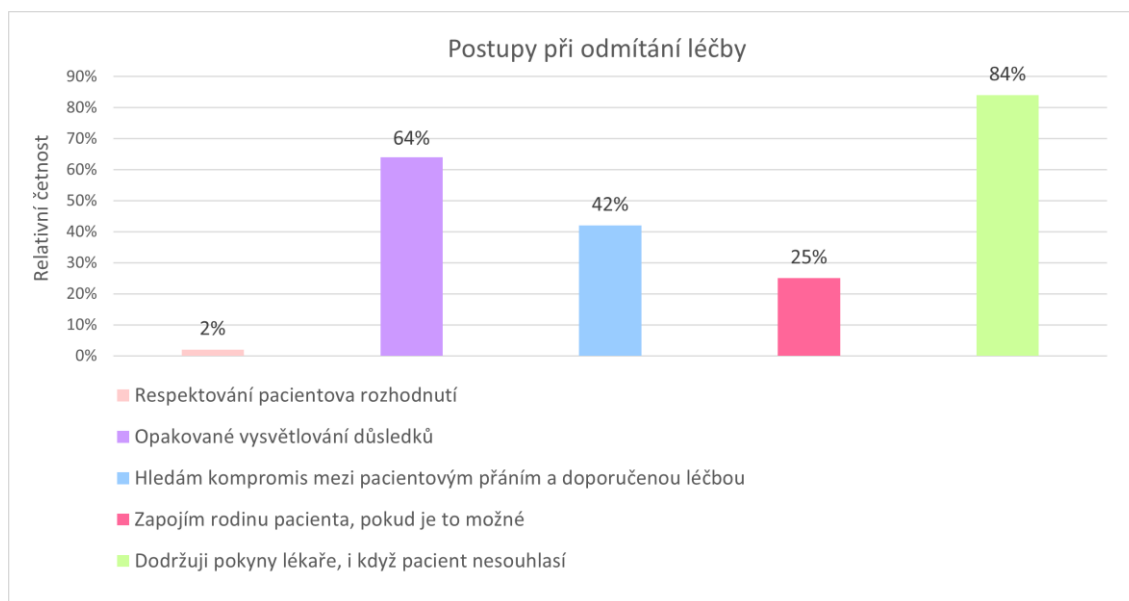


Graf 15: Problémy při péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou

Zdroj: Autor práce

Graf číslo patnáct znázorňuje nejčastější problémy, se kterými se všeobecné sestry setkávají při péči o pacienty s BAP. Jednalo se také o otázku, kde mohlo být vybráno více než jedna odpověď. Nejčastěji uváděným problémem bylo odmítání léčby pacientem – tuto možnost vybralo 92 (87 %) respondentů. Dalším častým problémem v péči, označeným 56 (53 %) respondenty, byl konflikt mezi respektováním pacientova přání a zajištěním jeho bezpečí. Celkem 43 (41 %) respondentů uvedlo, že čelí obtížím při rozhodování o hospitalizaci proti vůli pacienta. Dalším významným problémem bylo pro 72 (68 %) respondentů řešení situací, kdy pacient ohrožuje ostatní pacienty nebo personál. Dilema, spojené s podáním medikace na zklidnění pacienta proti jeho vůli, označilo za problémové 41 (39 %) dotazovaných. Graf dále ukazuje, že rozhodování o vhodnosti zásahu do pacientova soukromí, například kontrola osobních věcí za účelem zajištění bezpečnosti, představuje problém pro 45 (42 %) respondentů. Nejméně zmiňovanou možností byla spolupráce s rodinou bez souhlasu pacienta, kterou označilo pouze 8 (8 %) respondentů.

Otázka č. 16: Jaký postup preferujete, pokud pacient odmítá léčbu? (více možných odpovědí)

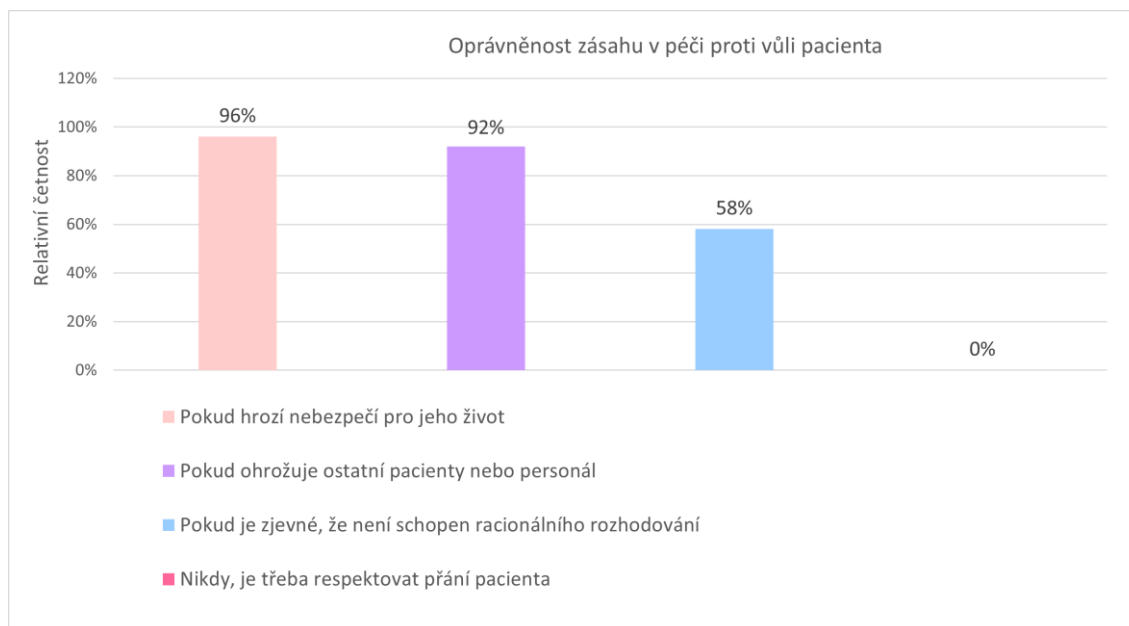


Graf 16: Postupy při odmítání léčby

Zdroj: Autor práce

V šestnácté otázce měli respondenti uvést, jaký preferují postup při odmítání léčby pacientem. V této otázce byla možnost označit více odpovědí. Z grafu je patrné, že nejčastější odpovědí, označenou 89 (84 %) respondenty, bylo dodržení pokynů lékaře, i když pacient nesouhlasí. Jako další častá volba bylo označováno opakované vysvětlování důsledků při odmítnutí léčby, tuto možnost zvolilo 68 (64 %) respondentů. Kompromis mezi pacientovým přáním a doporučenou léčbou se dle grafu snaží nacházet 45 (42 %) respondentů. Pro 26 (25 %) respondentů je řešením zapojit rodinu pacienta, pokud to situace umožňuje. Nejméně častou odpovědí bylo respektování pacientova rozhodnutí, kterou zaškrtnuli pouze 2 (2 %) respondenti.

Otázka č. 17: Kdy je podle Vás oprávněné zasáhnout proti vůli pacienta v jeho nejlepším zájmu? (více možných odpovědí)



Graf 17: Oprávněnost zásahu v péči proti vůli pacienta

Zdroj: Autor práce

Graf číslo sedmnáct zobrazuje názory všeobecných sester pečujících o pacienty s BAP na to, kdy je podle nich vhodné zasáhnout proti vůli pacienta v jeho nejlepším zájmu. Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Z výsledků vyplývá, že 102 (96 %) respondentů považuje zásah za oprávněný v případě, kdy hrozí nebezpečí pro pacienta. Velká většina, konkrétně 98 (92 %) respondentů, by zasáhla, pokud by pacient ohrožoval ostatní pacienty nebo personál. Více než polovina respondentů, přesněji 62 (58 %), by zasáhla, pokud by bylo zřejmé, že pacient není schopen racionálního rozhodování. Žádný z respondentů se nedomnívá, že by mělo být respektováno přání pacienta za všech okolností.

3 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká jsou specifika při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s BAP z pohledu všeobecné sestry a jaké jsou rozdíly v péči o pacienta s depresí a mánií. Pro splnění cíle práce byly definovány tři výzkumné otázky.

Výzkumné šetření probíhalo mezi všeobecnými sestrami Psychiatrické nemocnice Jihlava a Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Výzkumná část byla realizována za pomoci 106 vyplněných dotazníků vlastní konstrukce, které byly respondenty vyplněny v tištěné formě.

Dotazník obsahoval celkem sedmnáct otázek. První dvě otázky se zaměřovaly na demografické údaje respondentů, konkrétně na délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání. Tyto dvě otázky nebyly zařazeny mezi výzkumné otázky bakalářské práce. Ze zbývajících patnácti otázek bylo šest uzavřeného typu, u devíti otázek mohli respondenti vybrat více odpovědí. Jedna z otázek obsahovala škálové hodnocení a jedna otázka obsahovala tabulku, kde respondenti vybírali, zda se daný aspekt péče vyskytuje častěji v manické nebo depresivní fázi.

První otázka dotazníku se zaměřovala na zjištění dosaženého vzdělání respondentů. Z výsledků vyplynulo, že mezi všeobecnými sestrami, pracujícími v psychiatrických nemocnicích, převažuje středoškolské vzdělávání s maturitou, které uvedlo 39 (37 %) respondentů. Pozitivním zjištěním je fakt, že 32 (30 %) respondentů uvedlo absolvování specializačního vzdělání v oboru psychiatrie. To ukazuje na snahu všeobecných sester dále se profesně rozvíjet a přizpůsobovat své kompetence specifickým péči o pacienty s duševním onemocněním. Vysokoškolské vzdělání však mezi zkoumaným vzorkem nepřevažuje. Bakalářské vzdělání uvedlo 14 (13 %) respondentů a vyšší odborné vzdělání 15 (14 %) respondentů. Nízký podíl respondentů s magisterským vzděláním (4 %) a se specializačním vzděláním mimo obor psychiatrie (2 %) je očekávaný vzhledem ke specifickému zaměření psychiatrických nemocnic, kde je kladen důraz právě na specializaci v této oblasti. Výsledky druhé otázky, zaměřené na délku praxe respondentů, ukazují, že většina z oslovených všeobecných sester má dlouholetou praxi v oblasti ošetrovatelství. Až 78 %, což je 83 respondentů, pracuje v tomto oboru více než 10 let. To svědčí o vysoké stabilitě pracovního poměru a zkušenostech v oboru. Respondentů s praxí 6 až 10 let bylo 17 (16 %) a pouze 6 (6 %) respondentů bylo s praxí méně než rok.

První výzkumná otázka: Jaké specifické potřeby mají pacienti s bipolární afektivní poruchou během manické fáze ve srovnání s depresivní fází?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky číslo 3, 4, 5, 6 a 7. Otázky se zaměřovaly na charakteristiku BAP, specifické potřeby pacientů během manické a depresivní fáze, přizpůsobení péče v těchto obdobích, a na metody a postupy léčby, které jsou využívány při péči o pacienty v akutních fázích onemocnění.

Otázka číslo tři se zaměřovala na to, co respondenti považují za charakteristické pro onemocnění BAP. Výsledky ukázaly, že respondenti mají jasnou představu o hlavních rysech BAP, mezi které 99 (93 %) z nich zařadilo výkyvy nálad. Dále 92 (87 %) uvedlo, že BAP je chronické a vážné onemocnění. Stejně často byla zmiňována skutečnost, že pacienti s BAP čelí problémům v psychické a sociální oblasti, přičemž 66 (62 %) respondentů vnímá nedostatek porozumění ze strany rodiny. Kromě toho polovina, konkrétně 53 (50 %) respondentů, označila riziko k nadměrnému užívání alkoholu a cigaret. Riziko sebevraždního jednání naznačuje přítomnost

vážného problému, který se obvykle vyskytuje zejména během depresivní epizody BAP. Proto mě překvapilo, že tuto možnost uvedlo pouze 37 (35 %) respondentů.

I když se třetí otázka výzkumu zaměřovala na charakteristiku BAP podle vnímání všeobecných sester, výsledky jsem se rozhodla porovnat se studií, která se zaměřovala na obavy pečujících osob během různých fází BAP. Ačkoli se jedná o odlišné skupiny respondentů, společným prvkem je subjektivní vnímání BAP. Srovnání umožňuje získat komplexnější pohled na onemocnění. Díky tomu lze lépe pochopit pohled na toto onemocnění a to, jaký má dopad na každodenní život. V již zmíněné zahraniční studii Parker a kol., (2023) se uvádí, že náladovost během střídání epizod BAP považuje za problém 93,7 % respondentů ze studie. Obavy o sebevražedné myšlenky pacientů uvedlo 83,8 % respondentů, což je více jak o polovinu větší počet, než udávali respondenti v mém výzkumu. Studie také ukázala, že 84,7 % respondentů si všímá nízké socializace pacientů, především během depresivních epizod. Tento výsledek se také shoduje s výsledky z mé práce. Zvýšenou konzumaci alkoholu u pacientů s BAP zaznamenalo 58,6 % respondentů. Studie potvrzuje, že sebevražedné jednání je významným problémem, neboť 71,2 % respondentů uvádí obavy z pokusů o sebevraždu během depresivních epizod pacientů s BAP.

Otázka číslo čtyři se zabývala specifickými potřebami pacientů s BAP během manické fáze. Cílem bylo zjistit, které aspekty péče považují všeobecné sestry za nejvýznamnější a jaké intervence jsou podle nich v této fázi onemocnění nejdůležitější. Z výsledků vyplynulo, že všeobecné sestry vnímají jako nejdůležitější potřeby pacientů s BAP v manické fázi, především dohled nad užíváním medikace, který označilo za klíčový 102 respondentů (96 %). Dále se ukázalo, že zásadní je regulace denního režimu, zejména spánku a odpočinku, kterou zdůraznilo 96 respondentů (91 %). Neméně důležité je zajištění bezpečného prostředí pro pacienty, na což poukázalo 82 respondentů (77 %), a empatická komunikace při řešení konfliktů, kterou vyzdvihlo 81 respondentů (76 %). Pozornost je věnována i prevenci rizikového chování (69 respondentů, tj. 65 %) a vysvětlování významu medikace (60 respondentů, tj. 57 %).

Zahraniční studie Fradelos a kol. (2024) zdůrazňuje klíčové aspekty péče o pacienty v manické fázi BAP, které se shodují s výsledky mého výzkumu. Studie uvádí několik důležitých oblastí, a to dohled nad užíváním medikace, kontrolu agrese a impulzivity pacientů, podporu a regulaci denního režimu a vysvětlení významu medikace pacientům. Překvapivým zjištěním však je, že v mém výzkumu této oblasti přikládá význam pouze 57 % respondentů. Autoři studie dále zdůrazňují důležitost nastavení hranic, které pomáhají řídit chování pacientů a zajistit bezpečné prostředí. Dále upozorňují na význam motivace pacienta ke spolupráci, která může vést k lepším výsledkům léčby. Celkově studie potvrzuje nezbytnost komplexního přístupu k péči o pacienty v manické fázi BAP a také klíčovou roli všeobecných sester při zajištění jejich bezpečí a pohody.

Výsledky páté otázky ukazují, že nejdůležitější potřebou pacientů s BAP ve fázi deprese je prevence sebevražedných myšlenek a sledování psychického stavu pacienta, což označilo 105 (99 %) respondentů. Dále všeobecné sestry kladou důraz na podporu při zvládání základních denních aktivit (94 %, tj. 100 osob) a dohled nad užíváním medikace (92 %, tj. 98 osob). Motivaci k terapeutickým aktivitám považuje za důležitou 79 (75 %) respondentů, zatímco sledování chování pacienta označilo 75 (74 %) respondentů. Trpělivý přístup a respektování tempa pacienta bylo klíčové pro 76 (72 %) všeobecných sester, zatímco vysvětlení významu medikace pro 66 (62 %). Povzbuzení k navazování sociálních kontaktů uvedlo 47 (44 %) dotazovaných.

Literatura dle Felzmannové (2018) zdůrazňuje nutnost sledování psychického stavu pacienta a prevenci sebevraždného jednání. Dále upozorňuje na význam podpory základních potřeb a trpělivého přístupu k pacientům. Také se shoduje na potřebě motivace k nenáročným aktivitám a postupnému zapojení pacienta do běžného života. Rozdíl lze nalézt v důrazu na edukaci rodiny a vysvětlení nemoci pacientovi i jeho blízkým, což literatura zmiňuje jako významný aspekt péče v depresivní fázi BAP, zatímco v mém výzkumu se tato oblast neobjevila mezi hlavními prioritami.

Šestá otázka se zaměřovala na zjištění, jaké postupy všeobecné sestry nejčastěji aplikují při péči o pacienty v depresivní fázi BAP. Výsledky ukázaly, že klíčovou roli hraje farmakologická léčba, kterou označili všichni respondenti (100 %, tj. 106 osob). Dále se ukázalo, že důležitý je chápavý přístup (90 %, tj. 95 osob), psychoterapie (83 %, tj. 88 osob), elektrokonvulzivní terapie (76 %, tj. 81 osob) a edukace pacienta (70 %, tj. 74 osob). Naopak, spolupráce s rodinou byla vnímána jako nejméně využívaná metoda (68 %, tj. 72 osob).

K podobným výsledkům ve svém výzkumu došla i autorka Šmídová (2018), která zjišťovala strategie zvládání BAP. V depresivní fázi BAP uvádí jako nejvýznamnější také farmakoterapii společně s psychoterapií, které musí být ale vhodně zvoleny. Dále uvádí, že k vyrovnaní se s depresí napomáhá psychoedukace, ovšem pouze za předpokladu, že se nemocní snaží porozumět tomu, co se s nimi děje a jaké jsou možnosti léčby. Dále respondenti uvedli jako velice prospěšné setkávání s lidmi, kteří trpí stejnou poruchou. Vysoký potenciál ECT v terapii depresivních fází BAP potvrzuje ve své práci Albrecht (2017), podle kterého je účinnost této terapie až 90 %.

Sedmá otázka zkoumala metody, které všeobecné sestry využívají při péči o pacienty s BAP v akutní fázi mánie. Výsledky ukázaly, že nejčastěji používané postupy zahrnují monitoraci pacienta (99 %, tj. 105 osob) a aplikaci léků při neklidu (98 %, tj. 104 osob). Většina respondentů (76 %, tj. 81 osob) také uvádí umístění pacienta na uzavřené oddělení. Fyzické omezovací prostředky uvedlo jako používanou metodu 59 (56 %) respondentů, jedná se tedy o méně často volenou možnost. Elektrokonvulzivní terapie je považována za vhodnou metodu pouze malou částí respondentů (5 %, tj. 5 osob).

Tento výsledek byl pro mě pozitivní, protože naznačuje, že respondenti se více soustředí na méně invazivní metody péče, jako je monitorace pacienta a podávání léků než na využívání fyzických omezovacích prostředků. Věřím, že tyto metody jsou využívány pouze v případě, kdy je to nezbytné, a že farmakologická intervence je upřednostňována před fyzickými zásahy.

Podobnou otázku měla položenu i autorka Doroš (2020). Z jejího výzkumu vyplývá, že 100 % respondentů se zaměřuje na monitorování pacienta v oblastech stravování, spánku a užívání léků. Kromě toho 99 % respondentů v jejím výzkumu aplikuje léky při neklidu dle pokynů lékaře během akutní fáze mánie. Umístění pacientů na uzavřené oddělení uvádí 74 % respondentů, což je v souladu s výsledky mého výzkumu. Autorka také zmínila, že 87 % respondentů v takové situaci přistupuje k izolaci pacienta, což je rozdíl oproti mému výzkumu, kde tato metoda není uvedena jako dominantní postup.

Z analýzy výsledků otázek 3, 4, 5, 6 a 7 lze usoudit, že při péči o pacienty s BAP během manické fáze je kladen důraz především na monitorování pacienta, farmakologickou léčbu a regulaci denního režimu. Péče se zaměřuje na sledování užívání medikace, zajištění bezpečného prostředí a prevenci rizikového chování. Naopak v depresivní fázi je primárním zaměřením

prevence sebevražedného jednání, sledování psychického stavu a podpora pacientů při zvládání každodenních aktivit. V této fázi je také kladen větší důraz na trpělivý přístup a motivaci pacienta k terapeutickým aktivitám.

Druhá výzkumná otázka: **Jak všeobecné sestry vnímají náročnost péče o pacienty v manické fázi oproti péči o pacienty v depresivní fázi?**

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky číslo 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14. Otázky se zaměřovaly na porovnání náročnosti péče o pacienty v manické a depresivní fázi BAP. Dále zkoumaly, jak jednotlivé fáze nemoci ovlivňují spolupráci, riziko agrese, zatěžující faktory pro všeobecné sestry a hodnocení personálního zajištění péče.

V osmé otázce respondenti vyhodnotili, že péče o pacienty v manické fázi je náročnější v několika oblastech, jako je prevence rizikového chování (66 %, tj. 70 osob), kontrola chování pacientů (88 %, tj. 93 osob), dohled nad užíváním medikace (86 %, tj. 91 osob), komunikace a spolupráce s pacientem (81 %, tj. 86 osob). Strukturované a aktivní vedení pacienta (52 %, tj. 55 osob) a celková energetická a časová náročnost péče (48 %, tj. 51 osob) jsou v obou fázích v podstatě vyrovnané. Naproti tomu v depresivní fázi bylo za náročnější považováno zajištění bezpečí pacienta (62 %, tj. 66 osob), podpora denního režimu a pravidelné činnosti (72 %, tj. 76 osob), emoční podpora a povzbuzení (98 %, tj. 104 osob) a trpělivý a empatický přístup (79 %, tj. 84 osob).

Výsledky deváté otázky ukazují, že mezi náročnější aspekty péče o pacienty s BAP respondenti zařadili dohled nad užíváním medikace, který téměř polovina (49 %, tj. 52 osob) označila za náročný. Dále mezi více náročné zařadili zajištění bezpečí pacienta, interakci a komunikaci s pacientem, podporu a motivaci pacienta k činnosti a zapojení pacienta do společenských aktivit. Naopak za méně náročné považovali zajištění základních fyziologických potřeb pacienta.

Vzhledem k tomu, že se s touto diagnózou denně setkávám v rodinném prostředí, mohu plně potvrdit zkušenosti respondentů mého výzkumu a zcela se s nimi ztotožnit.

Dle Petra a kol. (2014) jsou na ošetřující personál kladeny různé požadavky v závislosti na fázi onemocnění pacienta, přičemž ošetrovatelský přístup by se měl vždy přizpůsobit aktuálnímu stavu pacienta. Mé výsledky ukazují, že to, co respondenti vnímali jako náročnější při péči o pacienty v mánii nebo depresi, odpovídá tomu, co odborná literatura uvádí jako hlavní problémy a potřebné intervence u jednotlivých fází nemoci. To potvrzuje, že každá fáze vyžaduje jiný přístup a klade na zdravotníky odlišné nároky.

Rozdíl v náročnosti péče je také patrný z výsledků desáté otázky, která se zaměřovala na spolupráci s pacientem v různých fázích BAP. Skoro polovina respondentů (46 %, tj. 49 osob) uvedla, že spolupráce je náročná ve fázích deprese i mánie stejně, zatímco někteří respondenti (23 %, tj. 24 osob) považují za náročnější manickou fázi. Pouze malá část respondentů (2 %, tj. 2 osoby) považuje spolupráci za náročnější v depresivní fázi.

V jedenácté otázce bylo zjištěno, že větší riziko agresivního chování představují pacienti v manické fázi, což uvedlo 92 (87 %) respondentů. Pouze 6 (5 %) respondentů zvolilo větší riziko agresivního chování v depresivní fázi.

Podobný výsledek uvádí i Nováková (2022), která ve svém výzkumu zjistila, že spolupráce s pacientem bývá problematická zejména v manické fázi, kdy je časté agresivní chování vůči okolí, a to obvykle bez zjevného důvodu.

Ve dvanácté otázce bylo zjištěno, že v péči o pacienty s BAP za nejvíce zatěžující respondenti považují riziko konfliktů, což uvedlo 78 (74 %) respondentů. Další častou odpovědí byla emocionální náročnost (64 %, tj. 68 osob), následovaná prevencí sebepoškozování (42 %, tj. 44 osob) a nedostatkem personálu (37 %, tj. 39 osob). Zajímavé je, že řešení krizových situací (32 %, tj. 34 osob) není vnímáno jako tak velká zátěž, což může svědčit o zkušenostech zdravotníků v práci s akutními situacemi. Překvapivé pro mě bylo, že časovou náročnost péče považuje za zatěžující pouze 26 (25 %) respondentů. Může to však naznačovat, že v náročnosti nejde o množství práce, ale spíše o její povahu.

Podobnou otázku položila respondentům také Doroš (2020), která zjistila, že hlavní zátěží pro zdravotníky při péči o pacienty s BAP je psychická náročnost, zejména zvládání jejich chování, agrese a nevladatelnost manické fáze pacientů. Respondenti také uváděli obtížnost udržení trpělivosti, vyčerpání z nedostatku odpočinku a frustraci z opakovaných hospitalizací kvůli vysazování medikace. Dalším problémem bylo podceňování role všeobecných sester a jejich nízké ohodnocení.

Na zátěž zdravotníků v péči o pacienty s BAP navazuje i třináctá otázka zaměřená na četnost jejich vyčerpání. Výsledky ukazují, že i přes vnímanou psychickou náročnost a riziko konfliktů nejvíce respondentů (44 %, tj. 47 osob) pociťuje vyčerpání pouze zřídka. Nicméně, téměř třetina (28 %, tj. 29 osob) uvádí, že jsou vyčerpaní každý týden, a 14 % (tj. 15 osob) dokonce každý den. To naznačuje, že zatímco někteří zdravotníci zvládají náročnost péče bez většího dopadu na své zdraví, pro jiné se jedná o pravidelnou psychickou a fyzickou zátěž.

Otázka číslo čtrnáct se zaměřovala na hodnocení počtu personálu vzhledem k náročnosti péče o pacienty s BAP. Výsledky ukázaly, že většina respondentů (76 %, tj. 81 osob) považuje personální obsazení za dostatečné, zatímco 22 % (tj. 23 osob) jej vnímá jako nedostatečné. Pouze 2 (2 %) respondenti označili počet personálu za velmi dostatečný a nikdo jej nevyhodnotil jako velmi nedostatečný.

Vzhledem k psychické zátěži, kterou respondenti zmiňovali v předchozích otázkách, mě nepřekvapuje, že 22 % (tj. 23) respondentů považuje personální obsazení za nedostatečné. Přesto jej většina vnímá jako dostatečné, což naznačuje, že i při náročné péči není situace kritická. Otázkou zůstává, zda by vyšší počet personálu pomohl snížit vyčerpání a usnadnil zvládání krizových situací.

Z analýzy výsledků otázek číslo 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14 se ukázalo, že všeobecné sestry vnímají péči o pacienty v manické fázi jako náročnější, zejména z hlediska prevence rizikového chování, kontroly pacientů a spolupráce. Manická fáze je také spojena s vyšším rizikem agrese, což zvyšuje psychickou zátěž personálu. Naopak v depresivní fázi je péče náročná hlavně z hlediska emoční podpory, motivace pacienta a zajištění bezpečí. V obou případech je náročnost péče značná a nelze jednoznačně určit, která fáze je více vyčerpávající, protože každá s sebou nese specifické problémy, jež vyžadují od zdravotníků odlišný přístup.

Třetí výzkumná otázka: **Jak všeobecné sestry přistupují k etickým dilematům, která mohou nastat při péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou, zejména v souvislosti s pacientovým rozhodováním o vlastní léčbě?**

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky číslo 15, 16, a 17. Otázky se zaměřovaly na etická dilemata při péči o pacienty s BAP, konkrétně zkoumaly, jaké problémy všeobecné sestry při péči zažívají, jaké potupy preferují a kdy považují za oprávněné zasáhnout proti vůli pacienta.

Z výsledků patnácté otázky vyplývá, že mezi nejčastějšími problémy při péči o pacienty s BAP je zařazeno odmítání léčby pacientem (87 %, tj. 92 osob), konflikt mezi respektováním pacientova přání a zajištěním jeho bezpečí (53 %, tj. 56 osob), a rozhodování o hospitalizaci proti vůli pacienta (41 %, tj. 43 osob). Dalšími významnými problémy byly situace, kdy pacient ohrožuje ostatní (68 %, tj. 72 osob), podání medikace proti vůli pacienta (39 %, tj. 41 osob) a zásahy do soukromí pacienta (42 %, tj. 45 osob). Nejmenší problém představovala spolupráce s rodinou bez souhlasu pacienta (8 %, tj. 8 osob).

Dle mého názoru výsledky ukazují, že všeobecné sestry čelí složitým etickým dilematům a rozhodováním, která jsou spojená s respektem k právům pacientů a zajištěním jejich bezpečnosti.

Výsledky jsem se rozhodla porovnat se zahraničním výzkumem autora Sato (2023), do kterého bylo zapojeno 127 psychiatrických nemocnic. Ve výzkumu byly zjišťovány nejčastější etické problémy mezi pacienty s duševními chorobami. Bylo zjištěno, že za nejčastější problém je považován konflikt s příbuznými pacientů (51,3 %), předčasné ukončení léčby (40,4 %), sebevražda a pokusy o sebevraždu (32,2 %), konflikty mezi pacienty a personálem (31,7 %), fyzické omezovací prostředky (30,4 %) a nucená medikace (29,6 %).

Péče o pacienty s BAP tedy zahrnuje etická dilemata, která jsou podobná těm, jež se objevují u pacientů s jinými duševními chorobami. Nejčastějšími problémy jsou odmítání léčby a rozhodování o hospitalizaci proti vůli pacienta, což vyvolává potřebu vyváženého přístupu, který respektuje práva pacientů, ale zároveň zajišťuje jejich bezpečnost. Tato dilemata ukazují na nutnost citlivého přístupu k rozhodování o léčbě a ochraně pacientů.

Šestnáctá otázka se zaměřovala na preferované postupy při odmítání léčby pacientem. Z výsledků vyplývá, že většina (84 %, tj. 89) respondentů dodržuje pokyny lékaře, i přes pacientův nesouhlas. To může být motivováno snahou o zajištění bezpečnosti pacienta. Častým přístupem je i opakované vysvětlování důsledků odmítnutí léčby (64 %, tj. 68 osob), což naznačuje snahu o edukaci pacienta. Méně časté je hledání kompromisu mezi pacientovým přáním a doporučenou léčbou (42 %, tj. 45 osob), či zapojení rodiny pacienta (25 %, tj. 26 osob).

V této otázce pro mě bylo překvapující, že poměrně nízké procento respondentů považuje za vhodné zapojit rodinu pacienta v případě odmítání léčby. Tento výsledek naznačuje, že mnozí zdravotníci nevidí zapojení rodiny jako efektivní nástroj pro podporu pacienta při rozhodování o léčbě, i když může hrát klíčovou roli v jeho motivaci a zajištění adekvátní péče.

Otázka číslo sedmnáct se zaměřovala na oprávněnost zásahu v péči proti vůli pacienta. Z výsledků vyplývá, že většina všeobecných sester pečujících o pacienty s BAP považuje zásah proti vůli pacienta za oprávněný v několika konkrétních situacích. Nejvyšší procento respondentů (96 %, tj. 102 osob) by zasáhlo, pokud by hrozilo nebezpečí pro život pacienta.

Dalších 98 (92 %) respondentů by zasáhlo v případě, že by pacient ohrožoval ostatní pacienty nebo personál. Více než polovina respondentů (58 %, tj. 62 osob) by zasáhla, pokud by pacient nebyl schopen se racionálně rozhodovat. Nikdo z respondentů nesouhlasí s tím, že by mělo být za každých okolností respektováno přání pacienta.

Tyto výsledky potvrzují i moji teoretickou část, kde popisují podle Polácha (2018) příčiny nedobrovolné hospitalizace, mezi které patří především chování pacienta, jež ohrožuje jeho zdraví nebo bezpečnost okolí. Dle odborné literatury autora Petra a kol. (2014) je v kapitole o etice v psychiatrii zdůrazněno, že v těchto případech se názor zdravotníků často dostává do rozporu s názorem pacienta. Etika v psychiatrii by měla sloužit jako nástroj pro řešení těchto situací a pro nalezení kompromisu mezi zdravotníky a pacienty. V praxi je však často obtížné najít rovnováhu mezi respektem k pacientovu právu na rozhodování a nutností chránit jeho zdraví, zvláště pokud pacient odmítá léčbu, která by mu mohla zachránit život.

Z analýzy otázek 15, 16 a 17 vyplývá, že etická dilemata jsou významnou součástí péče o pacienty s BAP. Nejčastěji vnímaným problémem je odmítání léčby a rozhodování o hospitalizaci proti vůli pacienta. Výsledky rovněž ukázaly, že všeobecné sestry preferují postupy zaměřené na dodržování lékařských pokynů a edukaci pacienta, zatímco zapojení rodiny hraje spíše menší roli. Oprávněnost zásahů proti vůli pacienta je vnímána jako nezbytná v krizových situacích, což potvrzuje složitost rozhodování v oblasti psychiatrické péče.

4 Návrhy a doporučení pro praxi

Z výsledků šetření vyplývá, že všeobecné sestry si uvědomují specifika ošetrovatelské péče u pacientů s BAP a přizpůsobují svůj přístup v závislosti na fázi onemocnění. Každá fáze vyžaduje specifický přístup zdravotnického personálu, což podtrhuje důležitost individualizace péče.

Výsledky ukázaly na rozdíly v požadavcích na péči o pacienty s BAP v manických a depresivních fázích. V manické fázi je nezbytné regulovat denní režim, zejména spánek, a zajistit bezpečné prostředí. Klíčovou roli hraje asertivní komunikace a schopnost všeobecných sester stanovovat jasné hranice. Naopak, v depresivní fázi je prioritou prevence sebevražedných myšlenek, sledování psychického stavu a podpora při zvládání každodenních aktivit, což vyžaduje trpělivý a empatický přístup. Proto je nezbytné přizpůsobit péči konkrétní fázi BAP a zajistit dostatečný počet zdravotnického personálu, aby bylo možné poskytovat kvalitní a individualizovanou péči.

Na základě výzkumného šetření je evidentní, že všeobecné sestry čelí specifickým výzvám v každé fázi BAP. Problémy představuje například komunikace, především v manické fázi, kdy je důležité stanovit jasné hranice a strukturovaně vést pacienta. V depresivní fázi je naopak důležité poskytovat podporu a naslouchat.

Výzkum dále odhalil, že z celkového počtu respondentů pouze 30 % absolvovalo specializované vzdělání v oboru psychiatrie. Proto bych doporučila zajišťovat a usnadňovat získání specializace prostřednictvím pravidelných školení, seminářů a workshopů. Tyto vzdělávací aktivity by se měly zaměřovat na teoretické poznatky o BAP, zvládání jednotlivých fází onemocnění a jejich specifika, strategie zvládání krizových situací a modelové situace, které by zdravotníci mohli využít jako orientační návod v běžné praxi. Dále by měla být součástí školení efektivní komunikace s pacienty, krizové intervence a rozvoj komunikačních dovedností zdravotníků v souvislosti s BAP. Edukační školení by přitom měla zahrnovat jak teoretické, tak praktické aspekty péče.

Dalším doporučením by mohlo být vytvoření jasné definovaných standardů péče a komunikace s pacienty s BAP v jednotlivých fázích onemocnění. Měly by obsahovat například pokyny pro komunikaci v manické fázi, kdy je vhodné využívat krátké a jasné instrukce, vyhnout se konfliktům a minimalizovat podněty vedoucí k rozrušení. Naopak v depresivní fázi by měla být komunikace zaměřena na empatické naslouchání, podporu pacienta a povzbuzování k aktivitám.

I když ve výzkumu nebyla příliš zdůrazněna edukace a komunikace s rodinou pacienta, tento aspekt podle mě může přispět k lepší podpoře pacienta k léčbě. Doporučila bych organizovat pravidelná sezení pro rodiny, na kterých budou rodinní příslušníci informováni o specifikách BAP, včetně varovných signálů a způsobů, jak efektivně reagovat během manických a depresivních epizod.

Důležitou oblastí je také etika v péči o pacienty s BAP. Odmítání léčby a otázky spojené s hospitalizací proti vůli pacienta byly v této oblasti vnímány jako časté problémy. Proto bych doporučila posílit edukaci pacientů a jejich rodin o možnostech léčby a důsledcích jejího odmítání. Vzhledem k citlivosti a složitosti těchto situací bych doporučila zavést pravidelná etická školení, která by byla součástí profesních rozvojových programů pro všeobecné sestry. Tato školení by měla zahrnovat nejen teoretické poznatky o etice v psychiatrii, ale i praktické cvičení zaměřené na rozhodování v krizových situacích.

Výzkum ukázal, že manická fáze je spojena s vyšším rizikem agresivního chování, což klade zvýšené nároky na psychickou odolnost všeobecných sester. Zároveň někteří respondenti pravidelně pociťují vyčerpání, a proto je důležité zaměřit se na posílení týmové spolupráce a podporu mezi kolegy a také na prevenci syndromu vyhoření. Mezi efektivní opatření bych zařadila zajištění dostatečného odpočinku a vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení emocí a zkušeností. Další možností je zavedení supervizních či diskusních skupin, kde by všeobecné sestry mohly sdílet své zkušenosti a konzultovat obtížné situace s odborníky. Další možností je vytvoření specializovaného týmu nebo kontaktní osoby na pracovišti, která by poskytovala konzultace ostatním zdravotníkům.

Realizace těchto opatření může významně přispět ke zkvalitnění péče o pacienty s BAP a ke zvýšené spokojenosti personálu. Systematické vzdělávání, lepší komunikace a prevence vyhoření mohou přispět ke zlepšení psychiatrické péče a celkové kvality života pacientů s tímto onemocněním.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala specifikům ošetrovatelské péče u pacientů s BAP. Cílem bylo zjistit, jaká specifika vnímají všeobecné sestry při poskytování péče a jaké rozdíly zaznamenávají v péči o pacienty v depresi a mánii.

Teoretická část se zabývala problematikou BAP, jejími příčinami, průběhem, klinickými projevy, diagnostikou a léčbou. Dále byla popsána specifika ošetrovatelské péče, která se liší v závislosti na fázi onemocnění.

V bakalářské práci byly zvoleny tři výzkumné otázky. Jaké specifické potřeby mají pacienti s bipolární afektivní poruchou během manické fáze ve srovnání s depresivní fází? Jak vnímají všeobecné sestry náročnost péče o pacienty v manické fázi oproti péči o pacienty v depresivní fázi? Jak všeobecné sestry přistupují k etickým dilematům, která mohou nastat při péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou, zejména v souvislosti s pacientovým rozhodováním o vlastní léčbě? Šetření probíhalo formou tištěných anonymních dotazníků a zúčastnilo se ho celkem 106 všeobecných sester, jež pracují s pacienty s BAP.

Na základě výsledků lze konstatovat, že všeobecné sestry si uvědomují rozdílnost péče o pacienty s BAP v jednotlivých fázích onemocnění a dokážou k nim přistupovat individuálně. V manické fázi je pro všeobecné sestry největší výzvou zajistit bezpečí pacienta, zvládnout možné projevy agrese a minimalizovat rizikové chování. V této fázi je péče více zaměřena na kontrolu, dohled a dodržování léčebního režimu. Naopak během depresivní fáze je ošetrovatelská péče více zaměřena na emoční podporu, prevenci suicidálního chování a motivaci pacienta k běžným denním aktivitám. Péče v této fázi je náročná především po psychické stránce, protože vyžaduje velkou trpělivost a empatii.

Dotazníkové šetření ukázalo, že část oslovených všeobecných sester má zkušenost se studiem v oblasti psychiatrie, což považují za velmi přínosné. Díky získání odborných znalostí mohou lépe porozumět specifikům péče o tyto pacienty a poskytovat jim nejen odbornou, ale i citlivou a individualizovanou péči. Pozitivním zjištěním je, že zdravotníci si uvědomují důležitost komunikace a empatie. Snaží se být pro pacienty oporou a pomáhat jim zvládat každodenní aktivity. Důležitá je také týmová spolupráce a vzájemná podpora mezi zdravotnickými pracovníky.

Výzkum také poukázal na to, že péče o pacienty s BAP je energeticky i časově náročná, a to zejména v akutních fázích onemocnění. I přes snahu personálu se objevují situace, kdy je péče velmi vyčerpávající. Všeobecné sestry se potýkají s rizikem konfliktů, emoční náročností a nedostatkem personálu. Z výzkumu dále vyplývá, že etická dilemata jsou nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienty s BAP, přičemž nejčastějším problémem je situace, kdy dochází k léčbě proti vůli pacienta. Z dotazníku vyplynulo, že všeobecné sestry se ve své praxi opírají zejména o spolupráci s lékařem a důsledné dodržování léčebných postupů, přičemž edukace pacienta hraje také významnou roli.

Tato práce přináší hlubší vhled do problematiky ošetrovatelské péče u pacientů s BAP z pohledu všeobecných sester. Zjištěné poznatky mohou sloužit jako podklad pro tvoření edukačních materiálů, zvýšení povědomí o specifikách péče v jednotlivých fázích nebo jako inspirace pro další výzkum v oblasti psychiatrického ošetrovatelství.

Cíl bakalářské práce považuji za splněný. Získala jsem přehled o tom, jak všeobecné sestry vnímají specifika péče o pacienty s BAP a popsala jsem rozdíly během depresivní a manické fáze z pohledu praxe všeobecných sester.

V budoucnu by bylo vhodné zaměřit se na kvalitativní výzkum, který by hlouběji zmapoval zkušenosti a prožívání všeobecných sester při péči o pacienty s BAP. Dále by bylo přínosné zkoumat efektivitu různých intervencí zaměřených na snížení vyčerpání a zvýšení spokojenosti personálu.

Seznam použitých zdrojů

- ALBRECHT, Jakub a kol., 2017. *Známe mechanismus účinku elektrokonvulzivní léčby?* [online]. [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1178>
- Causes of Bipolar Disorder*, 2023. [online]. [cit. 2025-01-12]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/bipolar-disorder/bipolar-disorder-causes>
- ČEŠKOVÁ, Eva, 2015. *Současné a perspektivní možnosti farmakoterapie bipolární poruchy*. [online]. [cit. 2025-01-12]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1032>
- DOROŠ, Oksana, 2020. *Ošetrovatelská péče u pacienta s bipolární afektivní poruchou*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií. [online]. [cit. 2025-03-18]. Dostupné z: <https://isz.vspj.cz/bp/get-bp/student/57036/thema/8352>
- DREHER, Jan, 2017. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0133-7
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9
- FELZMANNOVA, Radka, 2018. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. [online]. [cit. 2025-01-18]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/109/page00.html>
- FRADELOS, C Evangelos a kol., 2024. *Exploration of Nursing Care for Individuals With Bipolar Disorder in a Manic Episode: A Qualitative Study*. [online]. [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11272384/>
- HORČIČKO, Jan, 2021. *Elektrokonvulzivní terapie – ECT*. [online]. [cit. 2025-01-14]. Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/elektrokonvulzivni-terapie-ect>
- HOSÁK, L., M. HRDLIČKA, J. LIBIGER a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolium. ISBN 978-80-246-2998-8
- KAMARÁDOVÁ, Dana, Klára LÁTALOVÁ a Ján PRÁŠKO, 2014. *Cirkadiánní rytmy u pacientů s bipolární poruchou. Psychiatrie pro praxi*. [online]. [cit. 2025-01-13]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/03/02.pdf>
- KOCHTOVÁ, Johana, 2017. *Bipolární afektivní porucha*. [online]. [cit. 2025-01-14]. Dostupné z: https://www.lf.upol.cz/fileadmin/userdata/LF/hippokratuv_dum/obory/Psychiatrie/Bipolarni_afektivni_porucha.pdf
- KOWALEWSKI, Wiesław a kol., 2021. *Nursing care in bipolar disorder – case study*. [online]. [cit. 2025-01-18]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/350546080_Nursing_care_in_bipolar_disorder_-_case_study
- LÁTALOVÁ, Klára a Ján PRÁŠKO, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2798-4
- LÁTALOVÁ, Klára, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3125-4

- MEDINA, David, 2025. *Bipolární poruchy: Základní pojmy a principy managementu ve snaze o individualizovanou péči* [online]. [cit. 2025-01-13]. Dostupné z: <https://www.psychiatrictimes.com/view/bipolar-disorders-basic-concepts-and-management-principles-in-the-pursuit-of-individualized-care>
- MOŤOVSKÝ, B., T. DIVÉKY a J. PEČEŇÁK, 2013. *Indikátory bipolarity u pacientů s bipolární afektivní poruchou I, bipolární afektivní poruchou II a velkou depresivní poruchou* [online]. [cit. 2025-01-14]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=923>
- MUKHTAR, F., W. REGENOLD a S.H. LISANBY, 2023. *Recent advances in electroconvulsive therapy in clinical practice and research* [online]. [cit. 2025-01-17]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10259509/>
- NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ, 2016. NUDZ: *Vědci z Národního ústavu duševního zdraví se podílejí na mezinárodní studii zkoumající genetiku odpovědí na léčbu lithiem u bipolární poruchy* [online]. [cit. 2025-01-12]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/vedci-z-narodniho-ustavu-dusevniho-zdravi-se-podileli-na-mezinarodni-studii-zkoumajici-genetiku-odpovedi-na-lecby-lithiem-u-bipolarni-poruchy>
- NELSON, Angela, 2024. *The History of Bipolar Disorder*. [online]. [cit. 2025-01-11]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/bipolar-disorder/history-bipolar>
- NOVÁK, Tomáš a Hana LÁSKOVÁ, 2016. *Peklo v duši – deprese a mánie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5851-0
- NOVÁKOVÁ, Agáta, 2022. *Bipolární porucha a její vliv na blízké okolí postiženého*. Středoškolská odborná činnost. Česko-anglické gymnázium České Budějovice, obor: pedagogika, psychologie, sociologie a problematika volného času. [online]. [cit. 2025-03-18]. Dostupné z: <https://www.cag.cz/wp-content/uploads/2023/03/Novakova-Bipolarni-porucha.pdf>
- OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8
- PARKER, G., M. SPOELMA a K. Ponte, 2023. *Phase-based concerns of caregivers for individuals with a bipolar disorder*. [online]. [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10523822/>
- POLÁCH, Ladislav, 2018. *Nedobrovolná hospitalizace*. [online]. [cit. 2025-01-19]. Dostupné z: <https://www.upsychiatra.cz/nedobrovolna-hospitalizace/>
- PETR, T., E. MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236-6
- POLÁCH, Ladislav a kol., 2016. *Příručka duševního zdraví*. 1. vydání. Bílovice: Symedis Pro. ISBN 978-80-906230-0-2
- PRÁŠKO, Ján a kol., 2017. *Jak žít s bipolární poruchou*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0949-2
- RABOCH, Jiří a kol., 2015. *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5
- RABOCH, Jiří a kol., 2014. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolium. ISBN 978-80-246-1985-9

- SATO, Hiroyuki, 2023. *Clinical ethics problems in psychiatry and the need for clinical ethics consultation in Japan: A cross-sectional study*. [online]. [cit. 2025-01-14]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11114266/>
- SISROVÁ, Monika, 2018. *Kognitivní výkon u pacientů v akutní fázi bipolární afektivní poruchy* [online]. [cit. 2025-01-14]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2018-3-8/kognitivni-vykon-u-pacientu-v-akutni-fazi-bipolarni-afektivni-poruchy-63697/download?hl=cs>
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4341-7
- SVOBODA, M., H. KUČEROVÁ a E. ČEŠKOVÁ, 2015. *Psychopatologie a psychiatrie*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-260-0976-8
- ŠMÍDOVÁ, Barbora, 2018. *Strategie zvládání bipolární afektivní poruchy*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta. [online]. [cit. 2025-03-18]. Dostupné z: https://theses.cz/id/bs45ou/Strategie_zvldn_bipolrn_afektivn_poruchy.pdf
- ZEMANOVÁ, Markéta, 2021. *Bipolární afektivní porucha*. [online]. [cit. 2025-01-10]. Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/bipolarni-afektivni-porucha>

Seznam příloh

Příloha A – Žádost o dotazníkové šetření v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod

Příloha A.1 – Žádost o dotazníkové šetření v Psychiatrické nemocnici Jihlava

Příloha B – Dotazník