



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Pacient s bipolární afektivní poruchou z pohledu  
sester, pacienta a jeho rodinných příslušníků**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:  
**VŠEOBECNÁ SESTRA / OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Klára Černožorská

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Bipolární afektivní porucha z pohledu sester, pacienta a jeho rodinných příslušníků“, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. května 2017

.....  
Klára Černohorská

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za ochotu, cenné rady a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas a v neposlední řadě mé rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou.

## Abstrakt

Bipolární afektivní porucha dříve nazývaná maniodepresivní psychóza je psychické onemocnění, během kterého se u postiženého střídají stavy mánie a deprese. Dříve této nemoci nebylo věnováno mnoho pozornosti, nemocní byli považováni za blázny. V dnešní době se o psychických nemocech mluví více, ale přesto jsou stigmatizovány. Právě protože se v mnoha případech střídají dva extrémy v náladách, je nemoc obtížná nejen pro pacienta, ale i pro ty, kteří o něj pečují. Rodina se mnohdy nemoci obává, proto je důležité je informovat a podat jim dostatečné informace o vhodné vzájemné spolupráci a možnostech pomoci nemocnému.

V teoretické části byla bipolární afektivní porucha charakterizována, byl popsán její průběh v jednotlivých epizodách a konkretizovány příznaky. Představeny jsou různé formy, které se u bipolární afektivní poruchy mohou objevovat. Popsána je i diagnostika a léčba nemoci. Teoretickou část uzavírá komorbidita bipolární afektivní poruchy s dalšími nemocemi a suicidalita, která je s touto nemocí úzce spojena.

Pro splnění cílů bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumu, metodou dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumná část této práce má za úkol objasnit subjektivní pohled na život s bipolární afektivní poruchou u pacientů a jejich rodinných příslušníků. Druhým cílem bylo zjistit, jaká forma pomoci je pro pacienta vhodná ze strany rodiny a jak mu rodina může pomoci. Posledním cílem bylo zjištění specifík v ošetrovatelské péči a komunikaci s pacientem trpícím bipolární afektivní poruchou.

Výzkumný soubor pro první a druhý cíl tvořili pacienti, kterým byla během života diagnostikována bipolární afektivní porucha, a rodina nebo lidé, kteří s člověkem s bipolární poruchou žili nebo se o něj starali. Specifika ošetrovatelské péče byla zjišťována od zdravotnického personálu pracujícího na psychiatrickém oddělení, kde s pacienty trpícími bipolární afektivní poruchou přichází nejčastěji do styku.

Výzkumné šetření u pacientů objasnilo, že život s bipolární afektivní poruchou není lehký. Vnímá to tak nejen pacient, ale i jeho rodina. Rodina má v mnoha případech pocit, že život s nemocným člověkem déle nezvládnou. Pacienti s bipolární afektivní poruchou jsou ochotni přijmout pomoc, pokud je přiměřená. Mnohokrát se stává, že rodina pomoc přehání a pacient se pak cítí právě jako nemocný, nesoběstačný a nemohoucí. V ošetrovatelské péči byla zdůrazněna pravidla pro komunikaci s pacientem s bipolární afektivní poruchou a péče o něj, která se týká hlavně denního

režimu, základních denních činností a sebezpěče. Péče během hospitalizace se liší od té domácí, protože zdravotníci mají zkušenosti v jednání s takovými pacienty, kdežto rodině musí být vysvětleno, jak se v určitých situacích zachovat, jednat a na co si dávat pozor.

**Klíčová slova:**

Bipolární porucha; život s poruchou nálad; pohled sester; rodina a porucha; deprese; mánie

## **Abstract**

Bipolar Affective Disorder, earlier called 'manic depressive psychosis' is a mental illness during which situations of mania and depression take turns in the affected person. In the past, not much attention was paid to this illness, the ill people were considered insane. Nowadays, mental illnesses are discussed more frequently, still, they are stigmatized. Because in many cases two mood extremes take turns, the illness is not difficult just for the patient, but also for those who take care for them. The family is often afraid of the illness, that is why it is important to inform them and give information on suitable cooperation a help to the ill individual.

In the theoretical part the bipolar disorder was characterized, its process in individual episodes was described, we specified the symptoms. It deals with different forms which may occur in bipolar disorder. Diagnosis and cure of the illness are also described. The theory is closed up with bipolar disorder comorbidity to other illnesses and suicidality, which is closely connected to this illness.

To fulfill the aims of this bachelor thesis, a qualitative research was used, an interview method and a semi-structured interview technique. The research part of this thesis has the aim of clarifying the subjective viewpoint of a life with bipolar affective disorder in patients and their family relatives. The second aim was to find out what form of help is suitable for the patient from the family's side and how the family is trying to help them. As the last task, specific features in nursing and communication with the patient suffering from bipolar affective disorder were ascertained.

The research file for the first and second aim was made of patients who were diagnosed with bipolar affective disorder, and the family or people who lived with the ill person or who took care for him or her. The specific features of nursing were being acquired from the medical staff working in the psychiatric department where they come into contact with patients suffering from bipolar affective disorder most often.

The research in patients has clarified the fact that living with bipolar disorder is not easy. This is perceived by both the patient and the family of the ill individuals. The family often feel they can no longer carry on with living beside the ill person. Patients suffering from the bipolar affective disorder are willing to accept help if it is adequate. Often, it is the case that the family help too much and that makes

the patient feel ill, uncooperative, and impossible. Nursing care has emphasized rules of communication with a patient suffering from bipolar affective disorder as well as care for such a patient which includes especially some daily regime, basic daily activities, and personal care. Hospitalization care differs from home care because medical workers are experienced in communicating with such patients, while the family needs to be explained how to act in certain situations, and what to be careful about.

**Key Words:**

Bipolar disorder; living with mood disorder; nurses' perspective; the family and the disorder; depression; mania

## Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	11
1.1 Charakteristika bipolární afektivní poruchy .....	11
1.2 Průběh bipolární poruchy.....	12
1.3 Klinický obraz.....	13
1.3.1 Mánie .....	13
1.3.2 Hypománie.....	15
1.3.3 Deprese .....	15
1.3.4 Smíšená epizoda .....	17
1.4 Diagnostika a léčba BAP .....	18
1.4.1 Diagnostika .....	18
1.4.2 Léčba.....	19
1.5 Komorbidita a suicidalita u bipolární afektivní poruchy .....	21
1.5.1 Komorbidita .....	21
1.5.2 Suicidalita .....	21
1.6 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou .....	22
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	24
2.1 Cíle práce .....	24
2.2 Výzkumné otázky .....	24
2.3 Operacionalizace pojmů .....	25
3 Metodika .....	26
3.1 Metody a techniky sběru dat .....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	27
4 Výsledky .....	28
4.1 Identifikační údaje pacientů a rodinných příslušníků v rozhovoru.....	28
4.2 Kategorizace výsledků rozhovoru .....	28
4.2.1 Kategorie č. 1 Pozorované příznaky .....	30
4.2.2 Kategorie č. 2 Nabízená pomoc .....	32
4.2.3 Kategorie č. 3 Postoj k nemoci .....	34
4.2.4 Kategorie č. 4 Zdravotní péče .....	36
4.2.5 Kategorie č. 5 Náročné situace .....	37
4.2.6 Kategorie č. 6 Stigmatizace .....	39



5	Diskuze .....	41
6	Závěr .....	48
7	Seznam použitých zdrojů.....	50
8	Seznam příloh .....	54

## Úvod

Tématem mojí bakalářské práce je Bipolární afektivní porucha z pohledu sester, pacienta i jeho rodiny. Bipolární afektivní porucha, dříve nazývána jako maniodepresivní porucha, je vážné psychické onemocnění, které je charakterizováno výkyvy nálad, střídáním stavy mánie, deprese či smíšenou epizodou. Tato nemoc se objevovala už v minulosti a trpěli jí a stále trpí i mnohé slavné osobnosti. Celkově jsou všechny psychické nemoci společností stigmatizovány, ačkoli jsou v dnešní době lidé s touto problematikou seznamováni a je k dispozici dostatek informací. Přesto se stále společnost při zmínce o psychických poruchách drží na pozoru. Z tohoto důvodu se lékařům komplikuje samotné určení správné diagnózy, protože lidé o svých problémech nechtějí mluvit, svěřit se pouze částečně a projevy nemoci zatajují. Bojí se, že by se okolí o jejich stavu dozvědělo a oni by byly odsuzováni.

V současnosti je výskyt afektivních onemocnění mnohem častější než byl v minulosti. Nemocní nejsou téměř schopni provádět běžné denní úkony, vykonávat své zaměstnání. Některé zdroje uvádějí, že až 50 procent pacientů s bipolární afektivní poruchou se pokusí o sebevraždu. Proto se afektivní poruchy dají považovat za onemocnění, které vede ke smrti pacienta.

Toto téma jsem si vybrala, protože mě samotná nemoc zajímá, chtěla jsem vědět, jak jsou lidé informováni v souvislosti s bipolární afektivní poruchou. Chtěla bych přiblížit pohled na tuto nemoc očima nemocného, rodiny a sester. Zjistila jsem, jak je těžké ze strany rodiny, starat se o příbuzného, který touto nemocí trpí. Je to onemocnění, které postihne a handicapuje člověka na celý život. Proto je důležité, aby mu jeho rodina uměla pomoci a podpořila ho. Jako ostatní onemocnění i bipolární afektivní porucha dokáže člověku zničit celý život a zajistit, že přijde o vše, co do té doby považoval za samozřejmé. Patřila jsem mezi osoby, které by nemocnému pomáhaly špatným způsobem, možná by stavy nemocného, ve snaze pomoci, ještě zhoršili. Pro toto onemocnění je důležitá včasná a správná diagnostika.

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit specifika v ošetřování pacienta s bipolární afektivní poruchou ze strany sester, prožívání nemoci ze strany postiženého i pohled a snahu pomoci mu ze strany rodiny. V teoretické části se bude má práce zabývat definicí bipolární afektivní poruchy, diagnostikou, symptomy a léčbou. Dále se zmíním o komorbiditě spojené s bipolární afektivní poruchou a o riziku suicidálního chování,

které se může objevit. V praktické části budu získávat kvalitativní data formou polostrukturovaného rozhovoru. U vybraných jedinců s bipolární afektivní poruchou a jejich rodinných příslušníků budu zjišťovat jejich subjektivní pohled na život s nemocí, zapojení se do léčby. Dále ve vybraném zdravotnickém zařízení zjistím od ošetřujících sester zásady ošetrovatelské péče o pacienty s bipolární afektivní poruchou.

# 1 Současný stav

## 1.1 Charakteristika bipolární afektivní poruchy

Bipolární afektivní porucha patří k těm složitějším psychiatrickým onemocněním, které je charakterizováno měnícími se epizodami nálad v různé intenzitě od mánie po depresi (Thomas, 2016). Před nástupem léčby psychofarmaky se bipolární porucha považovala za nevléčitelné onemocnění s vážnou prognózou (Gay, 2010).

Pokud se objeví obě epizody ve stejném období, jedná se o epizodu smíšenou (Češková, 2006). Během těchto epizod je značně narušena úroveň nálady a aktivity pacienta, konkrétně zvýšená nálada, energie i aktivita se naopak střídá s jejich poklesem (Práško, 2005). Avšak délka trvání depresivní epizody je ve většině případů značně delší, než v manické, člověk žije více v depresivním stavu (Češková et al., 2006). Opakování výše zmíněných fází nemusí být počtem stejné, v některých případech se může objevit více manických fází než depresivních a naopak. Není výjimkou, že cyklus střídání epizod nemusí být pokaždé přesně odhadnutelný (Novák, Lásková, 2016). Začátek jednotlivých bipolárních epizod bývá často podmíněn různými stresovými situacemi (Akrmannová, Marková, 2014).

V poslední dekádě se začíná na tuto nemoc nahlížet jako na onemocnění multisystémové, problémy se později mohou projevit v kardiovaskulárním, imunitním, hormonálním systému a současně může narušit i poznávací, pracovní i sociální schopnosti nemocného (Hubeňák, 2013). Více než 60 % pacientů s bipolární afektivní poruchou má potíže vykonávat každodenní činnosti (Kapczinski et al., 2016)

Látalová (2010) uvádí, že z původního 1 % populace, které platí pro klasickou bipolární poruchu, trpí v současnosti až 5 % populace poruchami širšího spektra. Do poruch širšího spektra neboli bipolárního spektra jsou zahrnuty stavy abnormálních nálad, které se nevyskytují jako výhradně manické či depresivní (BAP I. typu a II. typu), příkladem můžeme uvést stavy hypománie, subdeprese, cyklotymii a již zmíněné smíšené stavy (Pidrman, 2003).

BP (bipolární porucha) postihuje ženy i muže ve stejné míře (Látalová, 2010). Průběh nemoci se liší u jednotlivých pacientů i v průběhu jednotlivých epizod. Tato nemoc má výrazný, negativní a devastující vliv, na okolí pacienta i jeho samotného (Herman et al., 2006). Je výrazně ovlivněna kvalita života, jak pacienta, tak i jeho okolí, rodiny, často je spojena s výskytem sebevražd, rodinnými, ekonomickými, pracovními

problémy i problémy se zákonem (Breznoščáková et al., 2008). Petr (2014) uvádí, že až jednu třetina lidí trpících BP, s rostoucím počtem epizod, postihují změny osobnosti, psychosociální problémy nebo abúzus návykových, toxických látek.

Podle závažnosti manických epizod rozlišujeme bipolární poruchu I. typu a II. typu. (Maciukiewicz et al., 2016). Typ dělení bipolární poruchy na typ I a II není v současné Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) přítomen v České republice, toto dělení se objevuje v klasifikaci používané ve Spojených státech amerických (Látalová, 2010). Bipolární porucha prvního typu je charakterizována výskytem alespoň jedné manické, či smíšené epizody za život a depresivními epizodami (Pidrman, 2003). Druhý typ BP je vyjádřen výskytem především depresivních fází, které se střídají pouze s hypománií, což je mírnější manická epizoda (Látalová, 2010).

Už koncem 18. století byly také pozorovány případy sezónní afektivní poruchy, která souvisí s ročním obdobím, typický je výskyt depresí na podzim a v zimě, v meziobdobí nastává plná remise nebo hypománie až mánie (Praško et al., 2008). V období, kdy se tyto poruchy nálady vyskytují, může docházet k přibírání na váze, nadměrné spavosti, na jaře problémy obvykle vymizí. (Praško et al., 2012) Výskyt sezónní afektivní poruchy je až z 80 % častější u žen a z velké většiny se objevuje průměrně kolem 40. roku života (Praško, 2005). Jako účinná terapie sezónní afektivní poruchy se ukázala fototerapie, při které se ráno aplikuje intenzivní světlo (Praško et al., 2012).

## ***1.2 Průběh bipolární poruchy***

K rozvoji bipolární poruchy přispívají genetické vlohy, které se zkombinují s vnějšími podněty, stresory, vlivy prostředí a dopady různých životních situací (Novák et al., 2008). Epizoda vzniká v případě, že na genetickou vlohu nemocného působí dostatečně silný stresový faktor a pokud jsou vrozené vlohy člověka velmi výrazné, je nadměrně citlivý, zranitelný, postačí minimální podnět k spuštění epizody. Naopak při menší výraznosti této genetické predispozice, je potřeba větší míra stresové zátěže (Doubek et al., 2011). Podněty, stresory, události a situace, které vedou k rozvoji mánie či deprese, se nazývají spouštěče, nejsou to příčiny jejich vzniku, ale rozhodují o začátku a průběhu dané epizody (Novák et al., 2008).

K prvním projevům BP u většiny osob dochází mezi 15. -30. rokem života. První epizoda se objevuje nejčastěji kolem 21 let, avšak začátek i obraz první epizody

je velmi individuální (Doubek et al., 2011). První epizoda může být jakákoli, manická, depresivní, hypomanická, u mužů se objevuje iniciální manická epizoda častěji, ale celkově je jak u mužů, tak i u žen, běžnější první epizoda ve formě deprese (Látalová, 2010). U žen je častěji přítomno rychlé cyklování a depresivní stavy se u nich vyskytují více než u mužů (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Není neobvyklé, že si většina nemocných prožije jednu či více depresivních epizod, než se projeví manická. Jednotlivé epizody mají rozsah trvání obvykle od čtyř do třinácti měsíců, depresivní stavy trvají déle než hypomanické / manické (Látalová, 2010).

Průběh BP může mít formu tzv. rychlého cyklování, nastává, pokud se během 12 měsíců objeví minimálně 4 epizody, stabilizace a léčba je obtížnější (Doubek et al., 2011). Rychlí cykléři bývají vystaveni častým výkyvům nálady, z toho důvodu je obtížnější najít rovnováhu mezi antipsychotickou, stabilizační a antidepressivní léčbou (Látalová, 2010).

V souvislosti s poruchami bipolárního spektra a konkrétně bipolární poruchou se objevuje pojem cyklotymie, neboli cyklotymní porucha, pro kterou jsou charakteristické chronické výkyvy nálady s projevy hypománie, subdeprese, ale nejsou tolik závažná a svojí intenzitou nesplňují kritéria pro bipolární či unipolární poruchu (Tůma, 2014). U mnoha nemocných je střídání nálad nepravidelné a nepředvídatelné, stavy mohou trvat několik dnů až týdnů a může se objevit i období normální nálady (Hosák et al., 2015).

### ***1.3 Klinický obraz***

#### ***1.3.1 Mánie***

V rámci příznaků BAP (bipolární afektivní porucha) se objevují stavy mánie, které se mohou a nemusí střídat s depresí, objevují se také jako samostatné buď manické, nebo depresivní syndromy (Novák, Lásková, 2016). Mánie je charakteristická trvale bujarou, nadměrně povznesenou náladou, která je pro konkrétního jedince neobvyklá, v různé intenzitě se mění a trvá minimálně týden (Herman et al., 2004).

Délka trvání jednotlivých epizod je individuální, můžeme říci, že průměrné trvání manické fáze je 2 až 3 měsíce, naopak depresivní fáze může trvat až 6 měsíců (Breznoščáková et al., 2008). V mánii hrozí nemocnému nebezpečí ve stejné, možná

větší míře jak při depresi. Manický člověk uvolní zábrany, sebekontrolu, ničeho se nebojí, což může vést k dramatickým důsledkům, stane se obětí vlastního onemocnění (Gay, 2010).

Během stavu mánie pacienti pocítují velké množství energie, proto spí minimálně, nemají na spánek čas, mají myšlenkový trysk a hůře se soustředí, jsou roztěkaní, lehce navazují sociální vztahy, vyzařuje z nich přehnaný optimizmus, sebedůvěra (Akrmannová, Marková, 2014). Přehnaná aktivita, kterou se toto onemocnění projevuje, začíná prodlužováním dne. Člověk spí čím dál méně, pracuje, hraje hry, surfuje na internetu dlouho do noci a o půlnoci se vrhne do další nesmyslné činnosti (Gay, 2010). Nemocní bývají roztržití, lehkomyšní, neohlíží se na ostatní, lehce přecházejí do agresivity, chlubí se, napadají je povrchní nápady, dávají si nerealistické cíle, které pro ně v současném okamžiku jsou realistické a realizovatelné, vytvářejí velkolepé projekty, zadlužují se (Praško et al., 2012). Pouštějí se do mnoha aktivit, které nejsou schopni dokončit, protože jsou vzápětí zahlceni dalšími nápady. Dále u manického pacienta můžeme pozorovat roztěkanost, zvýšenou hovornost, ztrátu sociálních zábran, neklid, velmi často zvýšenou sexuální aktivitu (Herman et al., 2004).

Závažnost mánie a účinnost na léčbu můžeme posoudit za pomoci Young Mania Rating Scale (YMRS) (Soumya et al., 2016). Obsahuje 11 položek, které ukazují klinický stav manického syndromu během posledních 48 hodin (Modabbernia et al., 2016).

Ve většině případů je pro pacienty tento stav příjemný, cítí se výborně psychicky i fyzicky, proto nemají potřebu vyhledat lékařskou pomoc a při náznacích, že je jejich chování nepřiměřené, mohou přejít k agresivitě (Látalová, 2010). Nemocný člověk si nepřipouští, že je něco v nepořádku, ztratí náhled na svůj stav (Breznoščáková et al., 2008). Často je odmítána léčba, protože si pacienti neuvědomí, že je jejich chování způsobeno nemocí (Novák et al., 2008). Naopak u jiných pacientů může být manická epizoda provázena podrážděním, mrzutostí, vnitřním napětím, proto je vnímána jako nepříjemná, negativní (Herman et al., 2004).

Mánie je stav, který mnohdy vyžaduje hospitalizaci a odbornou pomoc (Látalová, 2010). Všechny uvedené znaky vedou k narušení každodenního života nemocného jedince i jeho blízkého okolí (Herman et al., 2004).

### **1.3.2 Hypománie**

Hypománii můžeme chápat jako epizodu poruchy nálady, která se podobá stavu mánie, ale svými příznaky není natolik závažná, nemusí při ní docházet k zhoršení pracovních, sociálních funkcí, neobjevují se psychotické příznaky a většinou není nutná hospitalizace (Novák, 2010). Dalo by se říci, že jde o nižší a sociálně přijatelnější formu mánie, ale může se stát, že hypománie přejde do mánie nebo i do deprese a naopak. (Novák, Lásková, 2016). Hypomanická epizoda obvykle začíná náhle, má rychlý rozvoj a trvá minimálně čtyři po sobě jdoucí dny, výjimečně trvá déle, než několik týdnů (Látalová, 2010).

Stejně jako u manické epizody se u hypománie objevují kritéria, která jsou pro daného jedince neobvyklé, zvýšená aktivita nebo tělesný neklid, vyšší hovornost, společenskost, roztržitost, problémy s koncentrací, snížená potřeba spánku, mírné nadměrné utrácení apod. (Novák, 2010).

Během přítomnosti hypomanických či manických symptomů, léčbu nemocní vyhledávají zřídka, intervence pochází většinou ze strany rodiny, okolí, policie kvůli různým konfliktům, nepřiměřenému chování (Herman et al. 2006).

Hypománie bývá pro pacienta velmi příjemný stav, lidé z jeho okolí tento stav vnímají pouze jako krátkodobou rozjařenost, povznesenou náladu, kterou mívá kdekdo, ale pro lidi, kteří o nemoci vědí, je upozorněním na začátek další ataky onemocnění (Látalová, 2010). Pacienti, u kterých se objevovala hlavně hypománie mají velmi malé povědomí o nemoci, protože hypomanické příznaky nejsou vážné a natolik znatelné, aby omezovali sociální interakce nemocného (Saito Tanji et al., 2016).

### **1.3.3 Deprese**

Kvalitu života bipolárního pacienta rozhoduje hlavně doba, kterou stráví v depresi, což u bipolární poruchy tvoří 3-5 krát více času než v mánii či hypománii (Novák, Bareš, 2009). Velká většina pacientů trpící bipolární poruchou si prožije téměř polovinu života v depresivní fázi a tím mnohdy dochází k záměně bipolární poruchy s depresivní (unipolární) poruchou (Jung et al., 2016).

Bipolární deprese se liší od té vyskytující se během depresivní poruchy (Herman et al., 2006). K rozlišení bipolární a unipolární poruchy je nutná přítomnost hypománie, kterou není lehké, především v anamnéze, vyhledat (Novák, 2010).



Za rozlišující diagnostické znaky bipolární deprese můžeme považovat výskyt BP u příbuzných 1. stupně, vysoká rekurence deprese, výskyt první depresivní epizody v časném věku a jejich vysoký počet, příznaky atypické deprese, psychotické příznaky, poporodní deprese, opakované selhání léčby antidepressivy (Novák, Bareš, 2009). Další podmínkou je přítomnost smíšené deprese, která se liší od smíšené epizody přítomností alespoň dvou hypomanických/ manických znaků (Novák, 2010).

V případě depresivní poruchy jsou k léčbě používána antidepressiva, avšak při léčbě bipolární deprese jsou považována jako nevhodná a nedoporučují se, není jisté, zda jsou u BP v léčbě účinná, během jejich užívání může dojít k přechodu z deprese do hypománie/ mánie (Novák, Bareš, 2009).

Depresivní epizoda trvá minimálně dva týdny, během kterých se musí objevit alespoň tři její příznaky (Herman et al., 2004). Jsou to právě depresivní příznaky, které až z 60% nemocných přimějí k vyhledání odborné pomoci, z toho důvodu dochází velmi často ke špatné diagnostice (Herman et al. 2006).

Závažnost depresivní epizody hodnotíme na základě přítomnosti psychotických příznaků či somatického syndromu (Češková, 2006). Podle intenzity se deprese dělí na mírnou, střední, těžkou formu (Akrmannová, Marková, 2014). V depresivní fázi je člověk vystaven největšímu riziku v podobě sebevražedného chování, ohrožen je dále i zdravotními komplikacemi, které vycházejí z nedostatečné tělesné aktivity, omezení příjmu potravy a tekutin, zvýšené spotřeby alkoholu, cigaret. (Novák, Bareš, 2009)

Depresivní epizoda může začínat pozvolna, nenápadně, zpočátku se u člověka projevuje pokles nálady, pesimismus, snížené sebevědomí, ztráta sebedůvěry, nadměrné výčitky, sebeobviňování (Novák et al. 2008) Deprese zasahuje do všech složek psychiky, myšlení je zpomalené, paměť je narušená i koncentrace a další myšlenkové procesy, celkově je výrazně zpomalené psychomotorické tempo člověka (Babiaková, Petr, Venglářová, 2006).

Objevuje se smutek, nemocný nemá zájem o jakoukoliv aktivitu, ztrácí zájmy a radost z činností, které dříve radost přinášely, zpomalí se motorika (Gay, 2010). Pacient je uzavřený, s nikým nenavazuje kontakt, smutek se projevuje i na jeho zevnějšku, nepečuje o sebe, o svou hygienu, tráví celý den doma, má snížené volní schopnosti a nedokáže se pro nic rozhodnout (Babiaková, Petr, Venglářová, 2006). Dále má problémy s koncentrací, narušený smysl pro zábavu, bývá unavený po minimální aktivitě. V časovém průběhu se nálada příliš nemění, nejhorší je deprese po ránu, během

dne se může deprese mírně zlepšit (Látalová, 2010). Zasaženy bývají i fyziologické procesy, nemocný ztrácí chuť k jídlu, hubne, má zhoršený spánek a tendenci k zácpě (Babiaková, Petr, Venglářová, 2006).

Mezi příznaky, které jsou častější u bipolární deprese než u unipolární, patří řada melancholických symptomů (pocity méněcennosti, neschopnost prožívat radost, bezdůvodné pocity viny) a atypické depresivní příznaky (hypersomnie, hyperfagie, přibírání na váze, olověné ochrnutí), podrážděnost, psychická labilita, roztěkanost (Jung et al., 2016). Rozdílnou charakteristikou u unipolární deprese je její častější výskyt u žen, počátek onemocnění bývá okolo 30- 50 let, poporodní fáze je méně častá než u bipolární, začátek epizody nemoci bývá pozvolný a trvání neléčené epizody nemoci je 3- 12 měsíců, zatímco neléčená bipolární epizoda trvá okolo 3-6 měsíců (Tůma, 2014).

Nebezpečné jsou sebevražedné myšlenky a tendence, mnoho z pacientů si přeje zemřít, aby ukončili své trápení (Babiaková, Petr, Venglářová, 2006). Právě v této epizodě se vyskytují sebevražedné sklony, až 20-25% pacientů, kteří touto nemocí trpí, se alespoň jednou o sebevraždu pokusili, z toho důvodu, označujeme tento stav jako chorobný, který ohrožuje život člověka (Gay, 2010).

#### ***1.3.4 Smíšená epizoda***

Až polovina bipolárních pacientů tento stav, smíšenou epizodu, někdy zažila, objevuje se mezi čistou mánií a depresí. Oba stavy se objevují zároveň, ale příznaky z jedné epizody dominují více nad tou druhou (Látalová et al. 2009). Během smíšené epizody se u nemocného mohou současně vyskytovat jak příznaky depresivní, tak i hypomanické a manické epizody, jejich rychlé střídání, během i několika hodin, nebo výrazné příznaky musí trvat alespoň 2 týdny (Doubek, et al. 2011). Jako smíšený stav můžeme chápat i období, kdy dochází k přechodu z jedné fáze do druhé (Látalová, 2010).

U takového člověka se objevuje urychlenost, upovídanost, ale ve stejnou chvíli může mít depresivní myšlenky a náladu, být podrážděný (Breznošćáková et al., 2008). Charakteristickými znaky jsou dysforie s iritabilitou, úzkost, pocity nepříjemného nabuzení, hypomaničtí / maničtí pacienti zažívají zároveň dysforické příznaky, pak mluvíme o smíšené mánií nebo naopak smíšené depresi. Tyto stavy bývají někdy

špatně diagnostikovatelné a patří mezi stavy, které jsou farmakologicky nejobtížněji ovlivnitelné (Látalová et al. 2009)

## **1.4 Diagnostika a léčba BAP**

### **1.4.1 Diagnostika**

Bipolární porucha bývá mnohdy pozdě diagnostikována, protože není vůbec rozpoznána nebo je zaměněna za jinou duševní chorobu, například schizofrenii, periodickou depresivní poruchu, emočně nestabilní poruchu osobnosti, úzkostné poruchy (Gay, 2010). Pro proces diagnostiky je rozhodující manická epizoda, ale právě během ní nemocní lékařskou pomoc nevyhledávají, většinou až při výskytu depresivního stavu. Proto zůstane mánie nepovšimnutá, nerozpoznaná a lékař léčí jinou chorobu, než by měl (Novák et al., 2008).

Pozdní či nesprávná diagnóza brání neposkytnutí adekvátní léčby, která by vedla ke zmírnění příznaků nebo naopak jim může být poskytnuta léčba, která by příznaky nemoci prohloubila, zhoršila. Nejčastěji jsou pacienti léčeni pro periodickou depresivní poruchu, během které se podávají antidepressiva, ale během bipolární poruchy můžou naopak vyvolat hypomanickou/manickou epizodu (Herman et al., 2006).

V současné době neexistuje žádné vyšetření, laboratorní, zobrazovací ani psychologické, které by jednoznačně tuto nemoc definitivně diagnostikovalo (Novák et al., 2008). Diagnostika bipolární poruchy vychází z klinických projevů nemoci, podle Mezinárodní klasifikace nemocí (Látalová, 2010). Právě důkladná anamnéza je nejdůležitější pro určení správné diagnózy (Tůma, 2014).

Pro zlepšení diagnostického procesu by se lékař měl aktivněji nemocného dotazovat a pomoci by mohly i sebeposuzovací hodnotící dotazníky HCL-32 (Hypomania/Mania Symptom Checklist) a MDQ (Mood Disorder Questionnaire), který existuje i v české verzi (Novák, 2010). Dále může být nápomocná i dotazníková Škála pro diagnostiku bipolárního spektra BSDS (Bipolar Spektrum Diagnostic Scale), obsahující devatenáct bodů, v které pacient zaznamenává přítomné či jemu známé příznaky (Látalová, 2010). V zahraničí se používají i škály ke každé epizodě zvlášť YMRS (Young Mania Rating Scale), hodnotící vážnost manického syndromu, HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) je sedmnáctibodová škála používaná během rozhovoru k posouzení depresivních symptomů (Modabbernia et al., 2016).

### **1.4.2 Léčba**

Bipolární porucha vzniká na základě genetických odchylek fungování mozku, kdy dochází k nerovnováze mezi nervovými přenašeči jako je např. noradrenalin, serotonin, dopamin, jsou to změny biologické, proto je na ně zaměřena i biologická léčba (Breznošćáková et al., 2008). Podle dlouhodobého sledování pacientů s bipolární afektivní poruchou se zjistilo, že až dvě třetiny z nich, už rok po akutní epizodě, užívá léky nepřesně nebo vůbec. Jako důvody jsou uváděny nepříjemné vedlejší účinky, závislost na psychoaktivních látkách nebo dojem o neúčinnosti léčby (Látalová, Praško, 2009b).

Léčba bipolární poruchy zahrnuje komplexní složku, součástí je biologická léčba (psychofarmaka, elektrokonvulzivní terapie, fototerapie) a nebiologická. Největšího efektu se dosáhne kombinací farmakologické léčby a nebiologických, psychosociálních postupů (psychoterapie, psychoedukace) (Doubek et al., 2011). V léčebném procesu je nutné zohlednit, v jaké fázi léčby se nemocný nachází. Léčbu lze dělit na akutní, probíhá do dvou měsíců od začátku léčby, remise a adekvátní fungování nemocného jsou cílem této fáze. Navazující léčba je profylaktická (udržovací), trvá více než jeden rok a hlavním cílem je prevence vzniku a rozvoje nových epizod (Češková, 2007).

Cílem léčby mánie je dostat symptomy co nejdříve pod kontrolu, jelikož ohrožují samotného člověka i lidi kolem něj (Látalová, 2010). Během léčby mánie se podávají léky, které snižují výkyvy nálady, zlepšují její stabilitu a fungují i jako prevence před vznikem další epizody. Stabilizátory nálady (thymoprofylaktika) se užívají dlouhodobě, měly by léčit jak depresivní, tak i manickou epizodu a neměly by vést k přesmyku do opačné epizody. Bohužel takový ideální stabilizátor není k dispozici, proto se současně s průběhem jednotlivých epizod podávají léky léčící depresi nebo máni a antipsychotika (Herman et al., 2004). Stabilizátory nálady mají různě ověřenou účinnost na jednotlivé typy epizod (Doubek et al., 2011).

Lithium patří do skupiny stabilizátorů nálady, je nejčastěji používané k profylaktické, udržovací a akutní terapii mánie u bipolární afektivní poruchy (Látalová, 2010). Lithium, valproát, lamotrigin účinkují jak antimanicky, tak i jako dlouhodobé stabilizátory nálady (Herman et al., 2004). Lithium jako antimanikum dokáže zmírnit příznaky mánie už do dvou týdnů po nasazení, hladina lithia v séru, při terapeutickém podávání, je značně vyšší, než při udržovací terapii, kdy se podává právě jako stabilizátor nálady (Doubek et al., 2011).

U závažných mání se využívá kombinace stabilizátorů nálady a antipsychotik. Tato kombinace mívá rychlejší nástup účinku (Látalová, 2010). Dalšími skupinami léků, užívajících se při akutní léčbě manických i depresivních epizod jsou antipsychotika (neuroleptika). Antidepresiva se využívají jako pomocná léčiva během bipolární deprese, neměla by se užívat bez stabilizátorů nálady, protože by mohlo dojít ke zhoršení stavu, vyvolání mánie (Novák et al., 2008).

Při léčbě bipolární deprese je hlavním cílem zabránit hrozícímu suicidii, zmírnit utrpení pacienta zredukováním depresivních příznaků, žádoucí stav je období remise, asymptomatického období (Látalová, 2010).

Léčba bipolární deprese zahrnuje širokou škálu léčebných postupů, od lithia, antikonvulziv, anidepresiv, antipsychotik, psychoterapie, až po stimulační metody (elektrokonvulzivní terapie) (Češková, 2006). Prvním krokem v léčbě bipolární deprese je nasazení léčby lithiem a atypickým antipsychotikem, při jejich neúčinnosti se použije kombinace s jiným lékem nebo se první rok léky změní. Další možností je trojkombinace, tj. lithium, antidepresivum a atypické antipsychotikum, poslední možností je jiná kombinace psychofarmak nebo ECT (electroconvulsive therapy) (Herman et al., 2006).

Už mírné depresivní příznaky se musí včas léčit, většinou se zvýší dávka dlouhodobě užívaných stabilizátorů nálady s antidepresivním účinkem, antidepresiva se bez stabilizátorů nálady většinou neužívají (Herman et al., 2004). V případě, kdy se vyskytnou těžké deprese, i přes riziko přesmyku do opačné polarity, se antidepresiva použijí (Češková, 2007). Právě u těžkých depresí je někdy nutno kombinovat farmakologickou léčbu s elektrokonvulzivní terapií (Tůma, 2014).

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je nejúčinnější a nejrychlejším postupem v léčbě těžkých a závažných depresivních stavů i mánie nereagující na léky (Breznoščáková et al., 2008). Opakovaně byla popsána vyšší účinnost ECT až o 80-90 %, než u antidepresiv, nicméně je po aplikaci ECT farmakologická léčba nutná k udržení následné remise a prevenci relapsu (Látalová, 2010). Principem této metody je elektrický proud, který prochází mozkem, vyvolá krátký epileptický záchvat, výkon probíhá v krátké anestezii a myorelaxaci (Herman et al., 2004). Terapie se provádí v sérii, pacient podstoupí 6-12 stimulací během 2-4 týdnů, jde o metodu bezpečnou a dobře snášenou (Breznoščáková et al., 2008).

## **1.5 Komorbidita a suicidalita u bipolární afektivní poruchy**

### **1.5.1 Komorbidita**

Pojmem psychiatrická komorbidita se rozumí přítomnost více symptomů či psychických poruch u stejného jedince, u pacientů s bipolární afektivní poruchou je komorbidita velmi častá, až u 60 % z nich se objeví další psychiatrické problémy (Látalová, 2010). Komorbidita přináší mnoho komplikací, nejčastěji se objevují závislosti na psychoaktivních látkách, fobie, obsedantně- kompulzivní porucha, poruchy osobnosti, somatizační porucha (Dušek, Večeřová- Procházková, 2015). Společně s bipolární poruchou se často objevují i úzkostné poruchy, např. posttraumatická stresová porucha, více se vykytují u žen (Látalová, 2010).

Komorbidita závisí na věku, kdy onemocnění nastoupilo a v souvislosti s tím, časný věk nástupu BAP je spojen z vyšším rizikem komorbidity (Látalová, 2013). V případě dalších přidružených onemocnění dochází ke zhoršování obou poruch ve vzájemné souvislosti, zvýšené nároky a náklady na léčbu, častější hospitalizace v psychiatrických zařízeních (Dušek, Večeřová- Procházková, 2015). Komorbidita se objevuje u obou pohlaví, rozdílly se nachází v četnosti a druhu komorbidity, např. komorbidní bulimie je častější u žen než u mužů (Češková, 2007).

Pacienti s bipolární poruchou mají větší sklon ke zneužívání návykových látek ve srovnání se zdravou populací, zneužívané látky se liší podle dostupnosti v konkrétním státě (Látalová, Praško, 2009a). Abúzus alkoholu ve stavu akutní mánie má vliv na symptomy nemoci, komorbidní pacienti mají tendenci být impulzivnější a agresivnější (Látalová, 2013). U nemocných, kteří jsou na návykových látkách závislí, se vyskytuje více manických epizod (Látalová, 2010).

Bipolární porucha bývá spojena s poruchou cirkadiálních rytmů. Je to zhruba 24 hodinový rytmus, jak funguje organismus člověka v závislosti na denním světle a teplotě. Pokud člověk nechodí spát pravidelně, má nepravidelný stravovací režim a fyzickou aktivitu, tím více to přispívá k narušení těchto rytmů (Kamarádová et al., 2014).

### **1.5.2 Suicidalita**

Riziko sebevražděného jednání je u pacienta s bipolární afektivní poruchou značně vyšší, než u zdravého člověka (Doubek et al., 2011). Nejsou žádné spolehlivé markery,

keré by suicidální chování jednoznačně odhalili. Pomoci k odhalení tohoto chování můžou pouze faktory, které souvisejí s vyšším rizikem sebevražedného chování, celková doba, kterou pacient tráví v depresivní epizodě, hostilita, předchozí pokusy o sebevraždu v anamnéze, zneužívání v dětství (Látalová, Praško, 2009c).

Není neobvyklé, že je u pacientů s bipolární afektivní poruchou pokus o sebevraždu odhalen během depresivních fází, kterými si procházejí nejčastěji (Gay, 2010). Riziko suicidia je během depresivních fází největší, není ale výjimkou, že se objevuje i během manických či smíšených stavů (Látalová, Praško, 2009c).

V depresivním stavu má člověk sebevražedné myšlenky, jednání a ukončení života je cílem, ale během manických stavů může dojít ke smrti nezáměrné, např. skočení z okna, během bludných manických přesvědčení, že se nemocnému nemůže nic stát (Doubek et al., 2011). Terapie má za cíl hodnotit a léčit sebevražedné chování, nebezpečné bývá především období zmírnění těžké deprese, v této době má pacient dostatek sil a energie na to, aby sebevraždu vykonal (Látalová, 2010).

### ***1.6 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou***

Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou vyplývá z klinického obrazu, cílem je manického pacienta co nejméně stimulovat, rozptylovat a nepodporovat ho v rozjařenosti a v jeho chování (Akrmannová, Marková, 2014). Ošetrovatelský personál by měl zajistit, aby pacient dodržoval režim oddělení. Dále by měl personál určit hranice v přípustnosti pacientova chování a dbát na pravidelný režim stravování (snídaně, oběd, večeře) (Babiaková et al., 2006).

Maničtí pacienti mívají problém s dodržováním pravidel, proto je nutné vymezit jim hranice chování, jak k zdravotnímu personálu, tak i k ostatním pacientům. Vyžadování dodržování pravidel, může vyústit v konflikt, agresi, personál by měl hodnotit reakce, projevy pacienta a být na takovou situaci připraven (Akrmannová, Marková, 2014). Během komunikace je vhodné vyvarovat se vyslovených příkazů, projevovat pacientovi pochopení, empatii (Gay, 2010).

V oblasti stravování dochází nejčastěji k sníženému příjmu potravy, který vede k velkému úbytku hmotnosti, vyčerpání organismu. Kvůli hyperaktivitě není pacient schopen pravidelně jíst, protože na jídlo nemá čas. Může naopak docházet i k zvýšenému příjmu potravy, který naopak vede k problémům se zažíváním, zvýšení hmotnosti, poruchám pohyblivosti (Akrmannová, Marková, 2014).

Důležitou zásadou je, aby pacient měl dostatek odpočinku a spánku, protože spánková deprivace patří mezi spouštěče manické epizody, při dostatečném odpočinku je i nálada stabilnější (Novák et al., 2008). Nutné je ověřovat si, zda pacient užívá léky a jestli jsou to léky jemu předepsané (Gay, 2010).

Ošetrovatelský problém, který má bipolární porucha společný při máni i při depresi, je deficit sebepečce. Liší se pouze důvod vzniku problému. Manický pacient může být zanedbaný, ale protože necítí potřebu o sebe pečovat a dodržovat základní hygienu, je to pro něj ztráta času, který může využít jinak (Akrmannová, Marková, 2014).

Během stavu deprese ošetrovatelský personál sleduje projevy, příznaky a chování pacienta, v žádném případě je nesmí bagatelizovat. Nejdůležitějším úkolem je zajistit pacientovo bezpečí, z důvodu hrozícího suicidálního chování, neměl by mít v dosahu předměty, kterými by mohl ohrozit svůj život (Akrmannová, Marková, 2014). Nutné je dohlížet při podávání léků, hrozí, že si je pacient nashromáždí a užije je v sebevražedném pokusu všechny najednou. Ošetřující personál musí být trpělivý, při lepším se stavu je vhodné zapojovat pacienta do různých aktivit (Marková et al., 2006). Doporučuje se úplná abstinence užívání návykových látek, protože zhoršují průběh onemocnění (Novák et al., 2008).

Pacient v depresivní fázi je smutný, uzavřený, proto musí cítit zájem ze strany ošetřujícího personálu. Dále pacient trpí poruchami spánku, nepečuje o svůj zevněšek, hygienu, sestra by měla motivovat, podpořit (Akrmannová, Marková, 2014). Některým pacientům v lehčí či střední depresi pomáhají pohybové aktivity (Gay, 2010).

V rámci ošetrovatelského procesu se sestra zaměřuje na problémy, které mohou v souvislosti se základním onemocněním vzniknout, hrozí riziko zácpy, snížený příjem tekutin a potravy, ztráta hmotnosti apod. (Akrmannová, Marková, 2014).



## 2 Cíle práce a výzkumné otázky

Psychická zátěž provází člověka během každé náročné životní situace, mezi něž řadíme i nemoc. Psychické onemocnění bývá tím horší, protože nepostihuje jen samotného pacienta, ale má dopad i na jeho okolí, rodinu. Ve výzkumné části se proto budu zabývat, jak pacientovým pohledem na nemoc, tak i pohledem na nemoc ze strany jeho rodiny. Pomocí výzkumu bych ráda zjistila situace a znaky, které vnímá pacient i rodina shodně či naopak odlišně. Rodina není jediná, která o pacienta během nemoci pečuje. Péče, které se dostává nemocnému během hospitalizace, je odlišná, než jakou mu může poskytnout rodina.

### 2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit subjektivní pohled pacienta a jeho rodinných příslušníků na život s afektivní bipolární poruchou.

Cíl 2: U rodinných příslušníků vybraného pacienta s bipolární afektivní poruchou zjistit možnosti zapojení se do léčby a formy spolupráce se zdravotnickými pracovníky.

Cíl 3: Zjistit specifika péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou z pohledu zdravotnických pracovníků.

### 2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s výzkumnými cíli jsem stanovila následující otázky:

- 1) Jakým způsobem pacient prožívá svou nemoc? Je dostatečně informován o průběhu, léčbě své nemoci?
- 2) Je rodina dostatečně informována o nemoci, která se týká jejich rodinného příslušníka?
- 3) Jaké jsou možnosti rodinných příslušníků vybraného pacienta s bipolární afektivní poruchou v zapojení se do léčby?
- 4) Jakým způsobem probíhá spolupráce rodinných příslušníků vybraného pacienta s bipolární afektivní poruchou se zdravotnickými pracovníky?
- 5) Jaký vliv má rodina na nemocného v průběhu depresivní a manické epizody?
- 6) Jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči u pacientů s bipolární afektivní poruchou?

7) Jaká jsou specifika v komunikaci u pacientů s bipolární afektivní poruchou?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Bipolární afektivní porucha-** *chronické psychické onemocnění se střídáním manických a depresivních epizod* (Pidrman, 2003, s. 71).

**Depresivní epizoda-** *porucha nálady v rámci bipolární afektivní poruchy trvající nejméně 2 týdny* (Herman et al., 2004, s. 9).

**Manická epizoda-** *porucha nálady v rámci bipolární afektivní poruchy trvající nejméně týden* (Herman et al., 2004, s. 10).

**Pacient-** *nemocný, člověk, který je v lékařské péči* (Cambridge advanced learner's dictionary, 2003, s. 910).

**Rodinný příslušník-** *skupina lidí, kteří jsou spolu příbuzní, pokrevně i nepokrevně* (Cambridge advanced learner's dictionary, 2003, s. 442).

**Sestra-** *osoba, která má za práci starat se, pečovat o nemocné, zraněné lidi, především v nemocnici* (Cambridge advanced learner's dictionary, 2003, s. 850).

**Léčba-** *způsob postupů na ošetření a vyléčení nemocného* (Cambridge advanced learner's dictionary, 2003, s. 1322).

**Komunikace-** *proces výměny informací mezi lidmi verbálními i neverbálními projevy* (Cambridge advanced learner's dictionary, 2003, s. 243).

**Ošetrovatelská péče-** *praktická činnost, kterou vykonává ošetrovatelský tým s vyhledat a plánovitě uspokojit potřeby člověka při různých změnách zdravotního stavu* (Vytejková, 2011, s. 13)

## 3 Metodika

### 3.1 *Metody a techniky sběru dat*

Pro zpracování praktické části bakalářské práce a získání potřebných informací k výzkumu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat probíhal metodou dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Výzkum byl prováděn s pacienty s bipolární afektivní poruchou, rodinným příslušníkem pacienta s bipolární poruchou a sestrami, které o pacienty s touto nemocí pečují.

Výzkumné šetření bylo prováděno na místě, které si dotazování vybrali v průběhu března 2017. Od pacientů a rodinných příslušníků jsem předem získala souhlas s výzkumem. Všichni dotazovaní byli seznámeni o anonymitě získaných dat a jejich využitím pouze za účelem bakalářské práce.

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru, který se používá velmi často. Kritériem pro výběr výzkumného souboru byla u pacientů přítomnost bipolární afektivní poruchy. Kritéria tedy splňovali pacienti postižení touto nemocí, blízcí lidé, kteří s nemocným žijí nebo žili. Rozhovor se sestrami probíhal ve vybraném zdravotnickém zařízení. Kritériem pro sestry byla práce na psychiatrickém oddělení, kde se s pacienty s bipolární afektivní poruchou setkávají nejčastěji a kde o ně pečují.

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje přípravu. Před započítím výzkumného šetření si tazatel připraví okruh základních otázek, kterými se během každého rozhovoru řídí. Pořadí otázek může libovolně měnit, popřípadě otázky může přidávat (Kutnohorská, 2009).

Rozhovory jsem nahrávala a následně všechny přepsala (Příloha 5), jsou rozdělené do tří okruhů rodina, pacienti a sestry. V rozhovorech se vyskytuje 6 základních otázek, které obsahuje každý rozhovor v daném okruhu. Otázky pro rozhovory se liší zvláště pro pacienty, rodinu a sestry. Jejich pořadí jsem podle průběhu každého rozhovoru libovolně měnila nebo přidávala další. Některé otázky pro pacienta a rodinu se obsahem shodovali a lišily se pouze úhlem pohledu dotazovaného. Zvolené otázky jsou otevřené a v průběhu rozhovorů se přizpůsobují dotazovanému nebo jsou jinak formulované. Většina dotazovaných neměla s otázkami problém a sdělovali informace, aniž bych musela do rozhovoru vkládat více doplňujících otázek. Někdy bylo potřeba dotazovaným otázku upřesnit.

Výsledky byly zpracovány metodou otevřeného kódování formou tužka a papír. Ukázka techniky kódování je uvedena v příloze (Příloha 4). Následně na základě analýzy rozhovorů bylo vytvořeno 6 kategorií a 16 podkategorií.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvoří 5 pacientů, kterým byla během života diagnostikována bipolární afektivní porucha. Věk i pohlaví se u pacientů liší, u všech se vyskytly problémy s diagnostikováním jejich nemoci a většina z nich přemýšlela nad sebevraždou.

Pro přehlednost jsou identifikační údaje respondentů ze skupiny pacientů vložené do uvedené Tabulky 1.

Respondenti z okruhu rodiny byli zastoupeni 5 lidmi různého věku, převážně žen. Kritérium splňovali blízcí nebo rodinní příslušníci, kteří znají nebo žijí, starají se o člověka trpícího bipolární afektivní poruchou. Identifikační údaje pro každého respondenta jsou vložené do Tabulky 2, která obsahuje i vztah, který má konkrétní jedinec s pacientem a epizodu, kterou vnímal jako rodinný člen hůře.

Výzkumný soubor ze skupiny zdravotních pracovníků se skládá z 5 všeobecných sester, které museli splňovat kritérium práce na psychiatrickém oddělení. Každý rozhovor trval do 30 minut. Výzkum probíhal v Nemocnici Tábor, a.s., provedení výzkumného šetření mi předem odsouhlasila hlavní sestra Mgr. Plocková a následně i vrchní sestra psychiatrického oddělení. Žádost o povolení s výzkumným šetřením obsahuje Příloha 3.

## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikační údaje pacientů a rodinných příslušníků v rozhovoru

Tabulka 1 Identifikační údaje pacientů (P1- P5)

Pacient	Pohlaví	Věk	Doba trvání nemoci	Problém s diagnostikou	Suicidální myšlenky
P1	Muž	27 let	6 let	ano	ne
P2	Muž	45 let	5 let	ano	ano
P3	Muž	50 let	26 let	ano	ano
P4	Žena	29 let	23 let	ano	ano
P5	Žena	44 let	23 let	ano	ano

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Tabulka 2 Identifikační údaje rodinných příslušníků (R1- R5)

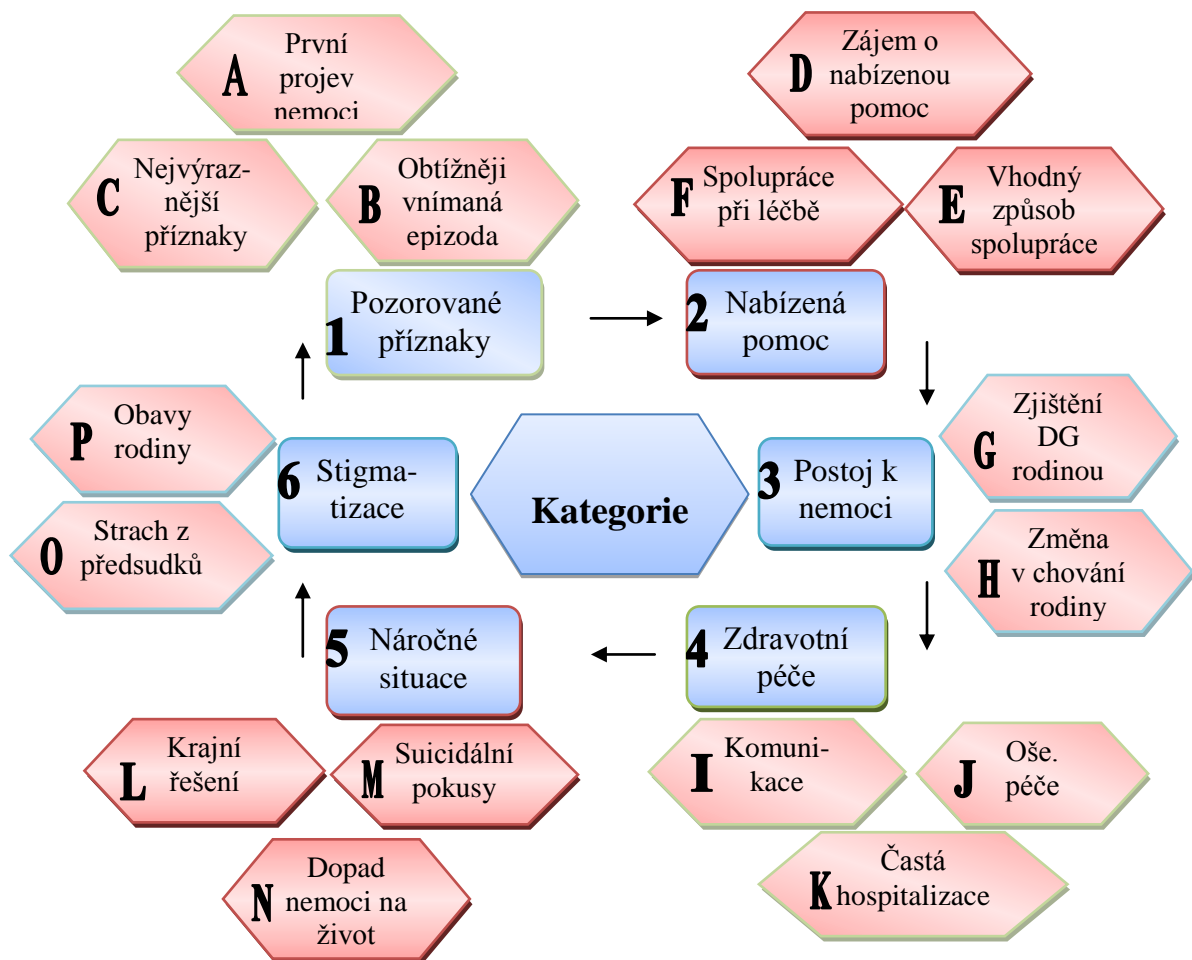
Rodina	Pohlaví	Věk	Vztah	Hůře vnímaná epizoda
R1	Žena	35	Manželka	Mánie
R2	Žena	23	Dcera	Mánie, Deprese
R3	Žena	28	Bývalá přítelkyně	Mánie
R4	Muž	45	Manžel	Deprese
R5	Žena	34	Manželka	Deprese

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

### 4.2 Kategorizace výsledků rozhovoru

Na základě kvalitativního šetření bylo analýzou rozhovorů vytvořeno 6 kategorií a 16 souvisejících podkategorií, které zobrazuje následující Schéma 1. Každá kategorie obsahuje 2 až 3 podkategorie.

Schéma 1 Seznam kategorií a podkategorií



Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

#### 4.2.1 Kategorie č. 1 Pozorované příznaky

Podkategorie: A) Projev nemoci

B) Obtížněji vnímaná epizoda

C) Nejvýraznější příznaky

První kategorie pozorované příznaky zahrnuje otázky týkající se příznaků, které pozoruje pacient, rodina a zdravotnický personál. Příznaky vidí a vnímá každý jinak, proto je každá odpověď velmi individuální, ale v určitém směru se shodují. První podkategorie projev nemoci obsahovala otázku směřovanou na pacienty, kdy se u nich projeví první příznaky a jaký měli pocit, když jim byla nemoc diagnostikována. Respondentovi P1 začali problémy už před 6 lety, to znamená ve věku 21 let. Nemoc se začala projevovat depresivní epizodou, konkrétně se objevily problémy se spánkem, špatná nálada. Respondent P1 dodává: *„Byl jsem unavený z práce a doma jsem měl nějaké problémy, takže jsem špatně spal a měl dost blbou náladu. Jestli to tak můžu říct, protože blbá nálada nepopíše to, jak jsem se v tu dobu cítil“*. Několik let ho lékaři léčili na chybnou diagnózu. O době, kterou si musel prožít s nevhodnou léčbou, prohlašuje: *„Během těch pár let jsem byl často zavřený v nemocnici a můžu říct, že to byla nejhorší doba mého života“*. U respondenta P2 se nemoc projevila přibližně ve 40 letech, pravděpodobně díky genetické predispozici. Bipolární afektivní porucha se vyskytla poprvé ve formě rychlého cyklování, které pacient do té doby neznal. První cyklování respondent P2 popisuje: *„Prostě jsem ležel ráno v posteli a najednou jsem se nemohl pohnout, měl jsem pocit, jakoby moje nohy byly z olova, tak byly těžké. A pak jsem začal být hodně rozrušený a čím dál víc se to stupňovalo, to jsem ještě ležel v posteli. Během několika hodin jsem byl úplně mimo, měl jsem pocit, že se nemůžu na chvíli zastavit, na chvíli si sednout“*. Respondent se bipolární afektivní poruchy obával, kvůli vyššímu výskytu v rodině. Na problém s diagnostikou poukázali všichni respondenti P1, P2, P3, P4, P5. U respondenta P2 byla ale správná léčba nasazena po několika měsících, na rozdíl od respondentů P1, P3, P4, P5, u kterých to trvalo několik let. Respondentky P4 a P5 uvedly, že lékařům neřekly všechny příznaky, pouze ty, které se týkaly deprese. Když lékaři oznámili respondentovi P3, že trpí BAP, o nemoci nic nevěděl. Nemoc se projevila mnohem dříve, než ji diagnostikovali. U respondenta P3 se objevují manické epizody častěji než depresivní. Manickou epizodu popisuje: *„Během mánie jsem ve stavu euforie. Zvládnou pracovat i 20 hodin v kuse...“* a depresivní fázi: *„Moje*

*depresivní fáze bývají kratší než manické. Nemíval jsem je tak dlouho, byly to pro mě jen hodiny hluboké zlosti a smutku. Jediné, co jsem během nich chtěl udělat, bylo, schovat se před světem“.* U respondentky P4 byly problémy týkající se nemoci pozorované už od 6 let. Nemoc lékaři diagnostikovali v tomto věku jako ADHD, na kterou ji i léčili. Svůj pocit z nemoci respondentka popisuje takto: *„Pojem mánie pro mě znamenal blázen a blázen znamená, že bych byla zralá na svěřací kazajku. Nechtěla jsem, aby mi tak někdo říkal. Nejsem blázen“.* Už od mládí respondentka trpěla těžkými depresemi, které se stupňovaly v průběhu života. O depresi říká: *„Cítla jsem, že nic nezvládám. V té době jsem dokázala pochopit, proč matky zabijí svoje děti. Nechtěla jsem to udělat, ale dokázala jsem pochopit proč“.* První problémy související s bipolární poruchou se u respondentky P5 objevili v 21 letech, po porodu, kdy onemocněla poporodní psychózou, která se počítá jako rizikový faktor ke vzniku bipolární afektivní poruchy. Samotná nemoc byla respondentce diagnostikována až po 16 letech, do té doby se léčila na samotnou depresi. Depresivní stavy jsou u respondentky P5 častější a popisuje je: *„Jeden den mi je třeba jakž takž a druhý den nejsem schopná uklidit, umýt nádobí. Vlastně, když jsem měla tyhle stavy, tak jsem neměla ani chuť se mýt, nic prostě. Přes den jsem spala, ale v noci jsem nemohla spát. Doma jsem jenom seděla s hlavou v rukách a koukala jsem “do blba“ a nebyla jsem schopná ničeho. V nemocnici jsem byla 3 týdny a potom měsíc“.*

Druhá subkategorie obtížněji vnímaná epizoda se týká rodiny pacientů s BAP. Obsahuje otázku, s kterou epizodou bylo těžší se u jejich blízkého vypořádat a jaké příznaky u něj pozorovali. Respondenti R1 a R3 se shodují, že nejtěžší pro ně byla manická epizoda jejich blízkého. Respondentka R1 popisuje epizody: *„Řekla bych to takhle. Během deprese nedělal nic a během mánie toho dělal zase moc. Nejen pro nic za nic se té nemoci říká bipolární. Úplně to chápu, myslela jsem, že mu přeskočilo“.* Respondentka R3 popisuje u svého bývalého přítele mánií takto: *„Pořád něco dělal, nezastavil se. Mám pocit, že kdyby se zastavil, tak by umřel. Nedokázal chvíli v klidu posedět“.* Pro respondentku R2 bylo těžké starat se o otce během manických i depresivních epizod a uvádí: *„Během mánie nás přiváděl k zoufalství, nevěděli jsme si s ním rady. Ale během deprese jsme z něj byli zase šílení my. Nic nechtěl dělat, nemluvil, jen koukal tupě do prázdna nebo spal. Těžké to pro nás všechny bylo po celou dobu“.* Depresivní epizodu u svého blízkého hůře vnímali respondenti R4 a R5. U obou jejich blízkých pozorovali smutek a problém vykonávat každodenní činnosti.



Respondent R4 popisuje: „*Musel jsem se smířit s tím, že náš dvouletý syn věřil, že je to moje vina, proč maminka nepřestává brečet nebo nevstává z postele*“.

V třetí subkategorii nejvýraznější příznaky je kladena otázka sestřím, které o pacienta s bipolární afektivní poruchou pečují během hospitalizace. Otázka zní: „Jakých příznaků si všimnou u pacienta v jednotlivých fázích nejdříve, jaké jsou nejnapadnější?“ Příznaky týkající se manické epizody respondentky S1, S2, S3, S4, S5 popisují podobně. Mezi popsányými příznaky se nejčastěji objevují problémy v souvislosti se zrychleným psychomotorickým tempem, velikářské myšlenky, nadměrná společenskost, upovídání. Odpovědi respondentek S1, S2, S3, S4, S5 na dotaz, zda u pacienta poznají nástup jednotlivých epizod, se shodují. Nadcházející epizoda se dá rozpoznat, záleží, zda sestry pacienta znají a jak se konkrétní epizoda projevuje.

#### **4.2.2 Kategorie č. 2 Nabízená pomoc**

Podkategorie: D) Zájem o poskytovanou pomoc

E) Spolupráce při léčbě

F) Vhodný způsob spolupráce

Druhá kategorie nabízená pomoc má zjistit jakým způsobem se rodina snaží pacientu s bipolární poruchou pomoci, zapojit se do péče o něj, jestli je jejich pomoc vítaná a správná. V první podkategorii zájem o poskytovanou pomoc jsme zjišťovali, zda je podle pacienta vůbec pomoc od rodiny potřebná, vhodná. Na otázku, jestli pacient potřeboval pomoc od rodiny a jestli byla pomoc poskytnutá vhodným způsobem, respondenti P1, P2, P3, P5 odpověděli podobně. Někdy rodina nemoc řeší až moc a s pomocí to přehánějí. Respondent P1 na stejný dotaz, jak rodina pomáhala, odpovídá: „*Nic moc dělat nemohli. Během depresí, jsem byl radši, když mě spíš nechali být. Potřeboval jsem být sám. Při představě, že by se mě snažili někam tahat, rozveselovat, když jsem měl depku, bych radši skočil z okna*“. Podle respondenta P2 by mu pomohlo, kdyby se rodina na nemoc tolik nezaměřovala: „*Stejně mi pomoci nijak nemohli. Ale bylo by super, kdyby okolo mě nenašlapovali po špičkách. Nevěděli úplně, jak se mnou mají jednat, jak se ke mně chovat. Pomohlo by, kdyby to neřešili*“. Respondent P3 poukázal na potřebu člověka s bipolární poruchou, aby ho někdo

vyslechnul a poslouchal. Potom lehce každý zjistí, co nemocný člověk potřebuje, když si o to řekne. Respondent P3 uvádí: „*Neutěšujte někoho tak, jak byste se snažili utěšit nemocného s chřipkou nebo zlomeninou. Například, když nechci s nikým mluvit, potřebuji být sám, musím lidem říct, aby mi daly prostor, čas o samotě. Problém je, že hodně lidí se snaží pomoci až moc, pak si připadám jako starý, neschopný a nemohoucí člověk. Srší snahou pomoci, ale jak se říká, někdy méně je více. Člověk si sám dokáže říct, co potřebuje, proto stačí poslouchat*“. U respondentky P5 se s ní rodina snažila trávit více času a více si povídat. Poukazuje na fakt, že by měla dát rodina nemocnému více prostoru: „*Snažili se trávit se mnou víc času. Aby se mnou někdo furt byl. Občas mi to vadilo, neměla jsem na ně náladu. A občas jsem za to byla ráda, že tam jsou, že nejsem sama. Chtěli si i víc povídat, ptali se mě na moje pocity, a jak mi je. Těžko se mi jim to vysvětlovalo*“. Na stejnou otázku odpověděla respondentka P4 odlišně, podle ní jí nemá rodina, jak pomoci. Je spokojená, když má jejich podporu, a když pochopí její chování způsobené bipolární poruchou.

Další otázkou, jak jste se snažili pomoci, jsme zjišťovali způsob a snahu pomoci rodiny svému blízkému, když trpěl některou z epizod bipolární afektivní poruchy. Všichni respondenti R1, R2, R3, R4, R5 se pomoci pokusili. Respondentka R1 dostala od lékaře informace, jak se jednotlivé epizody projevují a jak se má chovat. Na otázku, jak se má chovat k manželovi nebo jak mu má pomoci, když má stav mánie nebo deprese, odpověděla: „*Pro manžela je důležitá podpora rodiny. Snažím se vyhýbat věcem, které by vedly k hádce, ale nedaří se mi to vždycky. Dohlížím, aby bral pravidelně léky*“. Respondentka R2 nevěděla, jak by tatínkovi během epizod mohla pomoci, popisuje: „*Znamenalo by to, že by ho musela hlídat mamka sama. Stejně by ho neuhlídala. Tak jsme ho museli odvézt do nemocnice. Nevím, jak jinak tátovi pomoci. Byla jsem smutná, měla jsem výčitky svědomí, že mu pomoci nedokážu, hlavně jsem nevěděla jak. Ted' se snažíme dohlížet na to, aby bral pravidelně léky*“. V situaci, kdy nechce nemocný spolupracovat a léčit se, se vyskytla respondentka R3: „*Na začátku jsem se ho snažila přemlouvat, aby se léčil. Snaha být může, ale když ten druhý pomoci nechce, je vám to k ničemu. Odmítal brát léky. Potom jsem se snažila pomoci už jen sama sobě*“. Respondentka R5 se snažila svému manželovi pomoci tím, že se postarala o domácí záležitosti a během období, kdy manžel prožíval depresivní epizodu, se ho snažila hlídat.

Dále jsme zjišťovali od sester pracujících na psychiatrickém oddělení, jak může rodina nemocnému pomoci a jaká pomoc je vhodná. Pět sester se shoduje na tom, že záleží, jestli má rodina vůbec zájem o spolupráci na péči. Sestry S1, S4 a S5 si myslí, že jako vhodná pomoc pacientovi je dohlédnutí na něj, ujištění se, zda bere léky. Někdy je přílišná snaha pomoci kontraproduktivní. Sestra S1 vysvětluje: „*Pokud rodina spolupracuje naopak extrémně, tak to taky není pro pacienta dobře. Protože oni je pak hlídají na každém kroku a v momentě, kdy udělá něco, co se rodině nelíbí, tak hned plaší*“. Podobný názor sdílí i sestra S2: „*Když rodina spolupracuje a má zájem, lékař jim vysvětlí, co mají pozorovat, když si berou pacienta domů. Pozorovat by měli, ale ne sledovat. Kolikrát si nám pacienti postěžují, že je rodina hlídá na každém kroku. Neměli by to zase přehánět*“. Podle sestry S3 je vhodné dohlédnout na pacienta a předvídat situace a problémy, které by mohl pacient způsobit. Sestra S4 vysvětluje, jak by se rodina měla chovat k pacientovi: „*Nemusí měnit dosavadní chování k němu, spíš je lepší, když ho nezmění, protože se pak pacient necítí izolovaně a nemocně. U depresivních pacientů se snaží rodina zapojovat až moc. Snaží se ho různě rozptylovat, tahat všude možně, aby nebyl doma sám. Občas jim nedochází, že tu depresi můžou spíš zhoršit*“.

#### **4.2.3 Kategorie č. 3 Postoj k nemoci**

Podkategorie: G) Zjištění diagnózy rodinou

H) Změna v chování rodiny

Následně jsme zjišťovali v kategorii postoj k nemoci, jak rodina člověka s bipolární afektivní poruchou reaguje na zjištění, že jejich blízký trpí BAP, kolik toho o nemoci vědí a následně jaké změny v jejich chování pacient pozoruje. Někteří lidé mají obavy, jiní nevědí, jak by měli reagovat. Všichni respondenti R1, R2, R3, R4, R5 nevěděli, co pojem bipolární afektivní porucha (BAP) znamená, proto si nebyli jistí, jak reagovat, když jejich příbuzný nemocí onemocněl. Respondentka R1 nevěděla, co BAP znamená a co plyne z toho, když nemocí její manžel onemocněl. První informace o nemoci získaly respondentky R1 a R2 od lékaře. Respondentka R1 uvádí: „*Něco mi řekl manželův lékař a něco jsem si přečetla na internetu. Docela jsem se zděsila, protože jsem nevěděla, co bude dál jestli se to dá vyléčit*“. Respondentka R2 popisuje svoje

pocity při zjištění jako úlevu: „Ulevilo se mi, protože se tím vysvětlovalo tátovo chování a znamenalo to, že by se dal léčit. Všichni jsme věděli, že je s ním něco špatně, nebo že je nějak nemocný.“ Respondentům R3, R4, R5 o své diagnóze řekli lidé, kteří onemocněli. Respondentka R3 nevěděla, jak obtížné je žít s člověkem trpícím BAP: „Jenže já jsem v té době nevěděla, jak dokáže tahle nemoc zničit život a ještě ke všemu, když se neléčí“. Respondent R4 zjistil, jaké problémy v souvislosti s nemocí jeho manželka měla a odpovídá: „O nemoci se mi svěřila až v době, kdy jsme se měli brát. Asi mi v té době dávala šanci odejít, ale miloval jsem jí, takže to k mému odchodu nestačilo“. Respondentka R5 se dozvěděla o nemoci, když se s manželem seznámili a udává: „Ale léčil se ještě před tím, než jsem ho poznala. O bipolární poruše jsem nevěděla skoro nic“.

Pohled na nemoc se liší z pohledu pacienta i člověka, který s nemocným žije. Položili jsme pacientům s bipolární afektivní poruchou další důležitou otázku, jestli se změnilo chování jejich rodin a přátel vůči nim, když se o nemoci dozvěděli. Všichni respondenti P1, P2, P3, P4, P5 řekli o své diagnóze rodině a žádné výrazné změny v jejich chování nepostřehli. Respondenti R1 a R2 podotkli, že pár přátel při zjištění nemoci přestalo komunikovat, ale jsou rádi, že při nich rodina zůstala. Respondent P2 vysvětluje, že si ostatní zdraví lidé nedokážou představit, jaké to je být psychicky nemocný: „Akorát, někdy si to prostě neuvědomují, že jsem nemocný, myslím. Mluví s nimi o své nemoci, protože o ní chtějí slyšet, ale nedokážou si to představit a ani to nechápou, protože ty problémy nevidí. Často lidem říkám, kdybych si na ulici zlomil nohu a měl velké otevřené zranění, všichni by posílali květiny a navštěvovali mě, jak to při nemoci bývá. Ale když máte bolest, kterou nikdo nevidí, nevědí, co mají dělat, jak vyjádřit starost o vás“. Respondent P2 získal od své rodiny podporu a je rád, že jim o nemoci řekl, podle něj by bylo velmi těžké překonat nemoc sám. Dále sděluje, že lidé o nemoci moc nevěděli: „Většina lidí, kterým jsem o ní řekl, nic moc nevěděla. Bylo ale zajímavé, že se všichni domnívali, že je to hrozné onemocnění, při kterém se chci zabít“. Respondentka P4 říká, že manžel pocítil úlevu, když zjistil o její nemoci, protože se tím vysvětlovalo její dřívější chování během epizod. Respondentka P5 se za svojí nemoc dříve styděla, nemluvila o ní, ale její pohled na nemoc se změnil a v současnosti je k lidem otevřenější.

#### 4.2.4 Kategorie č. 4 Zdravotní péče

Podkategorie: I) Komunikace

J) Ošetrovatelská péče

K) Častá hospitalizace

Dalším šetřením jsme v kategorii zdravotní péče chtěli od sester zjistit, jaké jsou zásady při komunikaci s pacientem trpícím bipolární afektivní poruchou, specifika ošetrovatelské péče, a zda je častá opakovaná hospitalizace při BAP. Sestry S1 a S2 odpověděli podobně na otázku komunikace. Říkají, že přístup a komunikace s pacientem je individuální. Pokud je člověk v mánii, není vhodné mu něco nařizovat, zakazovat. Sestra S1 popisuje: *„Takže spíš klidným hovorem se mu snažit vysvětlit, jaký je tady řád. Ale pokud mu to budete nařizovat, tak s ním nehnete. Tvrdí se, že nejobtížnější pacienti na komunikaci, jsou maničtí“*. Sestra S2 uvádí: *„Pokud chcete, aby něco udělal nebo nedělal, musíte to navléknout tak, jako že mu to buď doporučujete, nebo že by to tak bylo lepší. Když mu ale budete zakazovat a nařizovat, spíš vyvoláte agresi a ten nemocný půjde proti Vám. Nehnete s ním“*. Podle sestry S3 je dobré při komunikaci s nemocným ovládat své pocity a projevy, protože pacienti své emoce pod kontrolou nemají. Sestra S4 si myslí, že by si ošetřující personál měl na pacienta udělat čas, vyslechnout ho, během rozhovoru zůstat neutrální, pokud udělá chybu, nekritizovat: *„Místo toho, abych řekla, tohle děláš špatně, řeknu, mohl bys to dělat takhle, bude to pro tebe lepší, nebude tě z toho bolet ruka. Spíš ho nepřímou navedete k jinému chování“*. Sestra S5 popisuje, jak správně komunikovat: *„Když něco potřebujete vysvětlit, tak stručně a jasně. Být konkrétní a nepřeskakovat z jednoho tématu do druhého. Když to vysvětlování budete natahovat, nepochytí z toho ani polovinu. Rozutečou se jim myšlenky“*.

Následně jsme chtěli zjistit specifika v ošetrovatelské péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou. Všechny sestry se shodly v konkrétních bodech, že je potřeba, aby pacient dodržoval pravidla, řád oddělení, denní režim. Odpověď sester S1, S2 je podobná, protože uvádějí snahu aktivizovat pacienta. Je vhodné ho zapojovat do aktivit oddělení, nabádat ho, aby zvládal denní hygienu. Sestra S2 dodává: *„Zase člověk v mánii se vymyká jakémukoli dennímu rytmu. V noci ani přes den nespí, nejí. Na oddělení by měli dodržovat denní režim. Ráno hygiena, snídaně, nějaké aktivity apod. Taky je důležité kontrolovat, jestli snědli léky“*. Odpověď sester S3 a S4

se shoduje pouze v tom, že by se měla pacientovi v manické epizodě omezit konzumace kofeinových nápojů, protože je nabuzují ještě víc. Navíc sestra S4 dodává: „*Maničtí lidé reagují až moc na vnější podněty, takže je dobré je omezit. Omezit společenské aktivity, návštěvy, neříkám úplně, ale taky není dobré, když za pacientem chodí několik návštěv denně. Potřebují taky klid, takže i když jim to mánie nedovolí, zklidní se s pomocí léků, když je potřeba*“. Podle sestry S5 je důležitý dohled nad pacientem, aby se předešlo ublížení na zdraví.

Ve třetí podkategorii jsme se zajímali, zda se pacienti s bipolární afektivní poruchou vracejí často na Psychiatrické oddělení, jestli jsou hospitalizováni opakovaně. Opět se všechny sestry shodli na tom, že velmi často bývají pacienti nemocní bipolární afektivní poruchou opakovaně hospitalizováni a shodly se i na depresivní epizodě, při které se na oddělení nejčastěji vrací. Sestra S4 vysvětluje: „*Jestli myslíte, že se sám člověk nechá hospitalizovat, tak je to během deprese. V máni byste těžko hledala někoho, kdo by se nechal zavřít dobrovolně. Jim je dobře, v tu chvíli nechápou, že ten stav není normální. Takže manického pacienta přiveze spíš rodina, když už hrozí nebezpečí jemu nebo jeho okolí, nebo policie anebo rychlá záchranná služba*“.

#### **4.2.5 Kategorie č. 5 Náročná situace**

Podkategorie: M) Dopad nemoci na život

N) Krajní řešení

L) Suicidální pokusy

V kategorii náročná situace popisujeme, jak obtížný je vztah pro rodinu s člověkem, který onemocněl bipolární afektivní poruchou, a jaký dopad na rodinu nemoc má. Dále zjišťujeme otázkou směřující na pacienta, zda se ocitl v tak těžkém stavu, že přemýšlel nad ukončením života. Poslední otázkou v této kapitole zjišťujeme u sester, zda jsou časté suicidální tendence u pacientů s bipolární poruchou. Zeptali jsme se všech pěti rodinných členů, zda je nebo byl pro ně vztah s nemocným obtížný a jaký dopad na jejich život nemoc měla. Všichni respondenti R1 až R5 odpověděli, že je náročné žít s člověkem s bipolární poruchou. Všichni respondenti, kromě respondentky R3, stále s nemocným žijí nebo jsou v příbuzenském vztahu. Respondentka R1 popisuje svůj vztah s manželem takto: „*Nerada používám slovo blázen, normální a nenormální,*

ale v téhle situaci se to přímo samo nabízí. Od doby, co je manžel nemocný, mám pocit, že jsme blázni oba dva. On sílí kvůli nemoci, já zase kvůli němu. Občas se mi honí myšlenky, jaké by to bylo, kdyby nemocný nebyl, a jak dlouho to ještě budu zvládat“. Respondentka R2 si dělala starosti o svého nemocného otce: „Těžké to bylo pro nás všechny. My, jako děti, jsme neměly tátu, který by se nám věnoval, a mamka zase měla manžela, který si místo ní vzal svou práci. Strašné je to, když nevíte, jestli se vám rodič v pořádku vrátí nebo si neublíží“. Respondentka R3 už se svým bývalým přítelem nežije, vztah byl pro ni těžký do té míry, že ho musela opustit: „Hodně času jsem strávila přemýšlením, co se to s ním děje. Myslela jsem si, že je na drogách a že to má z alkoholu“. I přes obtížnost vztahu žije stále respondent R4 se svojí manželkou a je pro něj těžko představitelné, jak obtížné je takovou psychickou poruchou onemocnět, když srovná, jak těžké to je pro něj ze strany pečujícího a blízkého, uvádí: „Našla sílu se obléct, udělat synovi snídani a vypravit ho do školy. Snaží se přes smutek dostat, aby si o ní syn nedělal starosti. Celých 13 let jsem tohle zažil a viděl. Jsem s ní, protože vidím, že se snaží být nejlepší matkou a manželkou. Najde sílu bojovat s touhle nemocí, proto já najdu sílu být s ní“. Během období, kdy manželka trpěla depresemi, měl respondent R4 o svou ženu starosti: „V noci jsem nemohl spát, bál jsem se usnout ze strachu, že si něco udělá, že si ublíží“. Respondentka R5 popisuje, co pro ni bylo během života s manželem nejtěžší, a jak ovlivňuje nemoc jejich životy: „Nejhorší na tom pro mě bylo, koukat se na to, jak trpí. Nesnášela jsem pocit, že ho nutím jít do práce nebo vůbec vstát, protože jsem viděla, jak hrozně se ten den cítí. Nikdy nevím, jaký den bude, nevím, jestli ráno vstane nebo jaké odpoledne bude mít, když bylo ráno dobré. Epizody se tak rychle mění, že ani nevím, jaký bude na konci dne. Někdy si říkám, že to ještě zvládám, ale jsem z toho unavená.“

Dále nás od pacientů zajímalo, zda někdy přemýšleli nebo se pokusili o sebevraždu. Kromě respondenta P1 mysleli všichni dotazovaní pacienti nad sebevraždou nebo nad tím, že by trápení nějak ukončili. Respondent P2 byl hodně vyčerpaný rychlým cyklováním, jednou se u něj myšlenky na ukončení života objevily: „Zůstal jsem doma, ale pořád tam se mnou někdo musel být, protože se u mě objevovali sebevražedné myšlenky. Jen tehdy jedinkrát jsem tyhle myšlenky během epizody měl“. Respondenti P3 a P4 se o sebevraždu pokusili. Ale jak respondent P3 popisuje, na poslední chvíli se o život bál a vyhledal pomoc. Respondentka P4 nad sebevraždou přemýšlela a o sebevraždu se i pokusila: „Až do té míry, že jsem nad sebevraždou

*přemýšlela. Chtěla jsem, aby mě někdo uklidnil. Nemyslím, že jsem chtěla opravdu zemřít, jen jsem prostě chtěla, aby ta bolest skončila.“* Respondentka P5 mívá myšlenky: *„Mívám pocit na umření. Honily se mi hlavou takové věci, že bych nejradši umřela. Ne, že bych si chtěla něco udělat. Ale kdybych v autě nabourala, bylo by mi líp, kdybych se už neprobudila. Takové myšlenky“.*

V další podkategorii jsme zjišťovali názor sester, jestli se suicidální tendence u pacientů nemocných bipolární afektivní poruchou vyskytují často. Chtěli jsme také zjistit, jaká epizoda je z pohledu sester pro pacienta nebezpečnější. Na první otázku odpověděly všechny sestry stejně. Sestry S1, S2, S3, S4, S5 sdílejí názor, že se pacienti pokouší o sebevraždu často a nejčastěji je to během depresivní fáze. Sestra S1 odůvodňuje, proč by mohlo dojít k ublížení na životě během mánie: *„Během mánie mívají právě pocit, že všechno umí, nemůže se jim nic stát. Nechtějí si ublížit, ale v důsledku jejich chování k tomu může dojít.“* Sestra S3 popisuje: *„Někde se píše, že je právě mánie nebezpečnější z těch dvou, protože zatímco se maniaci nebojí ničeho, lidé v depresi se bojí všeho. Ale riziko sebevraždy je vyšší u deprese“.*

#### 4.2.6 Kategorie č. 6 Stigmatizace

Podkategorie: O) Obavy rodiny

P) Strach z předsudků

Poslední zkoumanou oblastí je stigmatizace duševních poruch, obavy rodiny i samotného nemocného z předsudků ostatních lidí kvůli psychické nemoci. Všichni dotazovaní z okruhu rodiny R1, R2, R3, R4, R5 sdílejí názor na předsudky týkající se bipolární afektivní poruchy. Podle nich se nedá všem pomluvám a předsudkům vyhnout. Respondenti R1, R2 z předsudků strach nemají, nestarají se o to, co ostatní říkají. Respondentka R2 uvádí: *„Nebojím se, je mi to jedno. Každý má na to vlastní pohled a já mu to neberu, ať si myslí, co chtějí. Ale někteří by asi proti tomu něco měli. Když někomu řeknete, že má depky nebo nějakou poruchu, koukají na něj, jak na blázna“.* Respondentka R3 se předsudků trochu obává: *„Trochu ano. Lidé nevidí nemoc, ale to ostatní, co je s ní spojené“.*

Závěrečnou otázkou směřovanou na pacienty je, zda se nebojí předsudků, které mohou vyvstat v souvislosti s jejich nemocí. Respondenti P2 a P5 se ze začátku



předsudků a pohrdavého přístupu ostatních lidí báli. Z tohoto důvodu měli obavu se se svojí nemocí ostatním svěřovat. Teď už se jich tolik nebojí. Podobný názor mají respondenti P1 a P4. Strach z předsudků už nemají, protože si ostatní lidé vytvořili nějaký názor: „*Strach z nich nemám. Stačí, když mám rodinu, která ví, jak to doopravdy je. Ale všiml jsem si, že se občas lidé koukají skrz prsty, když jim řeknu, že mám psychickou nemoc*“. Respondentka P4 potvrzuje: „*Teď už ne, protože to nejhorší si o mně lidé začaly myslet ještě před tím, než jsem zjistila, že tuhle nemoc mám*“. Respondent P3 odhaduje, co si něm mysleli ostatní: „*Myslím, že se ze začátku báli. Bylo pro ně těžké vstřebat, že jejich rodinný člen, přítel, který nebyl jen duševně nemocný, ale i šílený, blázen a psychouš. Tak mě asi viděli. Psychicky nemocní lidé se musejí vypořádat s předsudky, pohrdáním. Mohu říct, že mě moje nemoc alespoň omlouvala a vysvětlovala moje chování*“.

## 5 Diskuze

Oproti minulosti čím dál více lidí přiznává, že trpí bipolární afektivní poruchou. Bohužel i nyní se lidé s psychickými nemocemi musejí vypořádat s předsudky, opovrhováním a strachem. Duševní nemoci jsou stejně stigmatizovány. Mnoho lidí se bojí nemoc přiznat, bojí se lišit od ostatních, že budou odstrkováni. Jak se s poruchou nemocný vypořádá, záleží na tom, zda má podporu rodiny. Okamžik, kdy nemocný řekne rodině a přátelům o své nemoci, je nejdůležitější. Podle toho, jak rodina zareaguje, nemocný zjistí, zda se může dále svěřovat nebo naopak uzavřít a tajit. Ocisková a Praško (2015) popisují, že pacienti s psychickou poruchou tak přizpůsobují své sociální chování, aby zabránili odmítání, diskriminaci.

Tato bakalářská práce měla za úkol zjistit, jak bipolární poruchu prožívá nemocný a jak jeho rodina. Obě strany mohou mít podobný názor, ale důvody a pohled na život s nemocí se mohou lišit. Rodina, která se o nemocného stará a dohlíží na něj, se snaží pomoci, ale je jejich snaha a forma pomoci vhodná? Zjišťovali jsme proto i názor rodiny na způsob pomoci člověku s bipolární afektivní poruchou a z druhé strany bylo zjišťováno od pacienta, jestli o pomoc vůbec stojí. Rodina není jediná, která se o nemocného stará. Člověk postižený bipolární afektivní poruchou se často ocitne v odborné péči. Snažili jsme se zjistit, jak vypadá ošetrovatelská péče o pacienta postiženého bipolární afektivní poruchou během hospitalizace.

Prvním cílem bylo zjistit subjektivní pohled pacienta a jeho rodinných příslušníků na život s bipolární afektivní poruchou. V souvislosti s tímto cílem vznikly výzkumné otázky: Jakým způsobem pacient prožívá svou nemoc? Je dostatečně informován o průběhu a léčbě své nemoci? Je rodina dostatečně informována o nemoci, která se týká jejich rodinného příslušníka? Tyto otázky zjišťovali kategorie pozorované příznaky, postoj k nemoci, stigmatizace a náročné situace. Příznaky bipolární afektivní poruchy vidí a vnímá jinak nemocný a jinak jeho blízcí. Pacient s bipolární poruchou pozná hned, že se s ním děje něco neobvyklého, někdy si to neuvědomí, ale rodina to pozná až ve chvíli, kdy jsou jasně patrné změny v pacientově chování. Nemocný má plno pocitů, které s nemocí souvisí. Vnímá je uvnitř, ale okolí je vnímá, až když jsou dostatečně patrné navenek. Jak respondentka P4 popisuje, nemoc se objevila už v 6 letech. Okolí si problémů všimlo, až po několika letech, ale dávno předtím je respondentka sama pocítovala, ale nikomu o tom neřekla. Jediný, kdo může nemoc

odhalit, je sám pacient. Rodina ji odhalí jen v případě, kdy nemoc sama vidí, a nemůžeme si být jisti, že to tak vždy bude.

Z rozhovorů můžeme usoudit, že epizodou, kterou rodina vnímá hůř, bývá právě ta, která se u nemocného objevuje častěji. Rodina tak má více problémů v souvislosti s epizodou, která se vyskytuje víc. Dva z respondentů udali, že u svého blízkého vnímají hůř mánii. Chování nemocného se vymyká kontrole a rodina není schopna nemocného uhlídat. Jak tvrdí Praško et al. (2012) nemocní jsou roztržití, zadlužují se, hodně utrácí, lehce přecházejí do agresivity. Chování pacienta v mánii vyčerpá rodinu finančně a i sociálně, strach z reakce okolí, z předsudků. Je narušena i psychická pohoda rodiny, když se musí vypořádat s hádkami, obavami a stresem, které vznikají v důsledku chování nemocného. Pro třetí respondentku jsou obtížné obě epizody, jak depresivní, tak manické. Pravděpodobně proto, že jejich příbuzný prožíval epizody téměř stejně dlouho. Poslední dva respondenti poukázali na depresi jako na horší epizodu.

Jako pro každou nemoc i o bipolární afektivní poruše je třeba informovat pacienta i jejich rodiny. Každý kontakt s pacientem a jeho rodinou je příležitost k edukaci o životě s bipolární afektivní poruchou, jak tvrdí Juruena (2012). O nemoci nevěděla většina nemocných ani rodinných příslušníků žádné konkrétní informace. Dvěma respondentům z okruhu rodiny podal základní informace o nemoci lékař, další informace si hledali sami na internetu. Další dva respondenti se pokoušeli hledat jakékoli informace spojené se stavem jejich blízkého na internetu. Juruena (2012) uvádí, že psychiatrickým pacientům nejsou pokaždé podávány dostatečné informace o jejich nemoci nebo diagnóze, nemusí rozumět a stydí se na to, aby se znovu zeptali. Herman et al. (2006) uvádí, že je bipolárním poruchám věnována malá pozornost, dochází tak k chybné nebo opožděné diagnostice. I Tůma (2014) potvrzuje, že k určení správné diagnózy je důležitá důkladná anamnéza. Pokud je diagnostika bipolárních poruch tak důležitá, proč je k jejímu odhalení v realitě věnováno tak málo času? Všichni respondenti ze skupiny pacientů potvrdili, že diagnostika jejich nemoci byla velmi problémová. Pouze respondent P2 uvedl, že ačkoliv poměrně brzy lékař definoval nemoc, nasadil vhodnou léčbu „pouze“ po několika měsících. U ostatních respondentů trvalo dlouho zjištění správné diagnózy, nemluvě o vhodné léčbě, která se jim dostala po několika dlouhých letech. Protože je rodina s pacientem nejčastěji, je schopná rozpoznat varovné příznaky, které se u pacienta objeví. Všimnou si změn,

kteří se objeví v chování nemocného. Takovými změnami můžou být kratší spánek, více aktivit, upovídanost. Lidé, kteří nemocného neznají, by si takových změn nevšimli. I sestry na psychiatrickém oddělení popisují, že si začínajících epizod všimnou podle toho, jak dobře pacienta znají a jak dlouho na oddělení je.

Psychické nemoci jsou stigmatizovány a strach z předsudků může mít člověk, který jí onemocněl, ale i jeho rodinní blízcí. Všichni respondenti z okruhu rodiny se shodují v názoru, že se předsudkům kvůli nemoci nemohou vyhnout. Podle Ociskové a Praška (2015) laická veřejnost mívá představu o afektivních poruchách, že pokud se pacient vzchopí, může poruchu nálady překonat, k nemocnému se takto často staví i rodina. Dále tvrdí, že manické stavy budí v okolí strach, vztek a na osoby nemocných bipolární poruchou veřejnost nahlíží jako na „šílené“. To potvrzují i výpovědi respondentů R3 a R4, v kterých sdělují, že na jejich blízkého se lidé dívali jako na blázna nebo „skrz prsty“. Strach z reakce okolí mají pacienti, proto váhají, zda se mají se svými problémy ostatním svěřit, jak popisují respondenti P2 a P4. Respondent P3 popisuje, že se ostatní lidé při zjištění jeho diagnózy báli a bylo pro ně těžké smířit se s tím, že jejich příbuzný je psychicky nemocný.

Podle všech respondentů, kteří žijí nebo v minulosti žili s člověkem s bipolární poruchou, je život s ním náročný. Dva z respondentů byli neklidní a báli se o svého blízkého, protože hrozilo, že si ublíží. Najdou se dny, kdy o své přičetnosti pochybuje i „normální“ zdravý člověk. Ale kdo může říct, co je normální a nenormální? My můžeme posoudit pouze to, zda je chování optimální a v rámci mezí přijatelnosti. Pouze jeden respondent z dotazovaných nemocných dosud neměl sebevražedné myšlenky. Jak uvádí Látalová a Praško (2009c), riziko sebevraždy je u osob s bipolární poruchou až 20krát vyšší než u běžné populace. U dotazovaných se sebevražedné myšlenky vyskytovaly právě v depresivní epizodě.

Dopad nemoci na život postiženého se objeví ihned, nemocný se začne jinak chovat, jinak přemýšlet. Jak nemoc postihuje rodinu nemocného, lze zjistit až v době, kdy sama rodina pozoruje změny v chování nemocného a jeho vliv na chod rodiny. Protože to není sama nemoc, ale právě její projevy a samotné změny na nemocném, co rodinu omezí, ovlivní. A jak uvádí Herman et al. (2006), bipolární porucha má výrazný a devastující vliv na okolí pacienta i na něho samotného.

Druhým cílem bylo zjistit vhodnou formu pomoci a zapojení se do léčby pacienta ze strany rodiny. Jak uvádí Gay (2010), jako u každého patologického stavu i u bipolární poruchy je vhodná podpora rodiny. Měla by pacienta pochopit, podporovat a dodávat mu odvalu. Výzkumné otázky související s tímto cílem znějí: Jaké jsou možnosti rodinných příslušníků vybraného pacienta s bipolární afektivní poruchou v zapojení se do léčby? Jakým způsobem probíhá spolupráce rodinných příslušníků vybraného pacienta s bipolární afektivní poruchou se zdravotnickými pracovníky? Při zjištění diagnózy nikdo z rodiny nevěděl, jak má reagovat, protože nemoc neznali. Jen dva respondenti pocítili úlevu, nad zjištěním, že je jejich příbuzný nemocný. Vysvětlovalo se tak předešlé nevysvětlitelné chování pacienta. Znamenalo to, že není blázen, ani že zešlel, jenom onemocněl. Na druhou stranu všichni dotazovaní pacienti řekli svým rodinám o svých problémech a nepozorovali žádnou zásadní změnu v jejich chování. Respondenti R1 a R2 podotkli, že někteří přátelé se k nim otočili zády a přestali s nimi kvůli nemoci komunikovat. Nejčastější problém, kterého si pacienti všimli, byl právě přístup rodiny. Uvědomovali si nemoc až příliš a to ovlivňovalo jejich chování. I tak každý respondent měl podporu svojí rodiny nebo blízkých.

Jako způsob pomoci vnímají pacienti podporu, kterou jim rodina vyjadřuje. Zájem o pomoc ze strany rodiny mají pacienti v závislosti na epizodě, kterou si prožívají. Během manické epizody nestojí o rodinu, která by je omezovala nebo jim kazila velkolepé nápady. V depresivní fázi by byli často nejraději o samotě. Rodina si těžko dokáže představit, čím si nemocný prochází, o to méně, když je to psychická porucha, která není navenek vidět. Z rozhovorů jsme mohli zjistit, že se rodina v mnoha případech snaží pomáhat moc. V mánií nemocného hlídají na každém kroku, v depresi se ho naopak snaží rozveselovat, zabavit. Gay (2010) uvádí, že je důležité pro rodinu pacienta získat informace o nemoci, aby mu mohli přiměřeně pomáhat. Důležité slovo je přiměřeně. Proto je nutné, aby rodině někdo toto slovo vysvětlila a ukázal, jak vypadá přiměřená a správná pomoc. Nemocní jsou svéprávní lidé, kteří si dokážou sami říct, co potřebují. To, co potřebují, samozřejmě nemusí být to, co jim pomůže. Z odpovědí ošetřujícího personálu je patrné to samé. Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že by rodina péči a pomoc neměla přehánět. Často se jim pacienti svěřili s tím, že rodina pozoruje na každém kroku. Za vhodnou pomoc se dá považovat dohled nad pacientem, během depresivních epizod hrozí, že by si mohl ublížit. Rodina dále může kontrolovat, zda pacient bere pravidelně léky a pokud uváží, že se stav

nemocného nelepší, přemluvit ho, aby vyhledal pomoc. Dva respondenti se snažili pomoci tím, že snížili podněty, které by mohli vyvolat konflikt, dohlédli na užívání léků, snažili se postarat o domácí záležitosti.

V souvislosti s léčbou se setkáme i s pojmem compliance pacienta, znamená to, jak je pacient ochotný a schopný spolupracovat a dodržovat léčebný režim, doporučení lékaře (Linhartová, Kotlářová, 2006). Významnou úlohu v compliance pacienta má komunikace. Lékař by měl vhodnou komunikací compliance pacienta udržovat nebo zvyšovat. Lékař sice nemůže zodpovídat za to, jak pacient léčbu dodržuje, ale vhodnou komunikací by mohl compliance zlepšit (Ptáček et al., 2013). Pojem, který je compliance velmi podobný je adherence. Ta udává míru shody chování pacienta s doporučeným způsobem léčby. Pacient aktivně spolupracuje a požadovaného léčebného výsledku bývá dosaženo mnohem snadněji. Čím větší má pacient motivaci k uzdravení, tím lepší je adherence (Linhartová, Kotlářová, 2006).

V souvislosti s nedodržováním léčebného režimu, konkrétně užívání léků, bývají pacienti s bipolární poruchou nejčastěji hospitalizováni. V rozhovorech se pacienti zmínili, že si mysleli, že léky neúčinkují, proto je přestali užívat, což následně vyvolalo další potíže a relaps nemoci. Sestra S1 v rozhovoru uvádí, že důvodem pro hospitalizaci nemocných s bipolární afektivní poruchou je právě problém ve spolupráci, odmítání užívání léků.

Žít vedle osoby s bipolární poruchou je velmi náročné, i psychicky odolný člověk se může začít hroutit a je důležité, aby i pacientovi blízcí chránili své duševní zdraví. Rodina se může účastnit skupinových sezení a diskuzních skupin, informace o nemoci může poskytnout ošetřující lékař i Sdružení pacientů s bipolární afektivní poruchou a jejich rodinných příslušníků. Pomoci pacientovi i rodině mohou psychoedukační programy (Gay, 2010). Cílem komplexně prováděné edukace je srozumitelně informovat pacienta i jeho blízké o vzniku, příznacích, možnostech léčby konkrétního onemocnění. Dochází k lepšímu porozumění o nemoci a lepší spolupráci, zlepši se komunikace v rodině (Pidrman, Masopust, 2002). Psychoedukační přístup zaměřený na celou rodinu pacienta také zdůrazňuje užívání medikace, pozorování varovných příznaků recidivy, snaží se odbourat nedorozumění, předsudky a učí rodiny zvládat komunikaci a řešit problémy. Skupinová rodinná psychoedukace je účinnější, když se účastní více rodin najednou (Ocisková, Praško, 2015).

Třetí cíl zněl: Zjistit specifika v péči o pacienta s bipolární afektivní poruchou z pohledu zdravotnických pracovníků ve vybraném zdravotnickém zařízení. Péče, kterou poskytuje ošetřující personál v nemocnici se samozřejmě liší od té, kterou poskytuje nemocnému rodina. Je na odbornících, aby edukovali rodinu pacienta, jak se mají chovat, jak komunikovat, jaké varovné příznaky hlídat. Výzkumná otázka k tomuto cíli byla, jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacientů s bipolární afektivní poruchou? Zásady v komunikaci shrnuly všechny sestry. Vzhledem k tomu, že pacient není schopen ovládat své nálady, je potřeba, aby byl druhý člověk klidný. Nemocní v mánii mají myšlenkový trysk, nedokáží se koncentrovat, proto zkrátíme obsah sdělení. Informace, které pacientovi potřebujeme sdělit, by měli být stručné, jasné, konkrétní a nepřeskakovat z jednoho tématu do druhého. Depresivní pacient se komunikaci vyhýbá, zatímco manický komunikovat potřebuje. Udělat si čas na pacienta je potřeba při obou epizodách.

K hospitalizaci dochází nejčastěji během depresivních epizod, jak popisují sestry. Nemocný je v takovém stavu, kde hrozí nebezpečí, že by ohrozil své zdraví. Buď ho přiveze rodina, nebo vyhledá pomoc sám, protože mu není dobře. Pokud dojde k hospitalizaci pacienta během mánie, ohrožuje sebe nebo okolí. Od sester jsme zjistili, že ve stavech mánie pacienty přiveze ze strachu rodina nebo policie či rychlá záchranná služba. V mánii mají pacienti tendence ke zneužívání návykových látek, proto je u nich riziko intoxikace návykovými látkami. Pacient P3 vypověděl, že když pomýšlel na sebevraždu, ve stejnou chvíli se ale o život bál, nemocnice pro něj byla nejbezpečnějším místem. Ošetrovatelský personál má za úkol zabránit poškození pacienta, proto se sníží riziko sebevraždy, sebeublížení.

Juruena (2012) uvádí, že pro život s bipolární poruchou je potřeba vést pacienta k dodržování spánkového rytmu, zajistit rovnováhu v jeho denních činnostech a monitorovat případné zvýšení aktivity, které by mohlo být varováním pro nástup mánie/ hypománie. Podobně péči o nemocného pacienta popsaly i dotazované sestry z okruhu ošetřujícího personálu. Pacient zanedbává sebepéči v mánii i v depresi, dochází k nepravidelnému stravování, nedodržování pitného režimu. Kamarádová et al. (2014) uvádí, že bipolární afektivní porucha je spojená s narušením cirkadiálních rytmů. Jsou to biologické rytmy, vnitřní hodiny. Dále uvádí, že pokud člověk nemá pravidelně jídlo, fyzickou aktivitu a nechodí spát pravidelně, dochází k rychlejšímu narušení cirkadiálních rytmů. Z rozhovorů jsme zjistili, že dotazovaní pacienti opravdu

měli narušený denní rytmus. Během mánie spí minimálně, jídlo i hygienu považují za ztrátu času. Během deprese je to obdoba mánie, jen spánek je prohozen z noci na den. Často v noci depresivní pacienti nemůžou spát, ale den by prospali celý.

Během výzkumu jsme pozorovali shodu v některých odpovědích ošetřujících sester s pacientem i s rodinou. Příznaky samozřejmě popsaly sestry stejně tak, jak je vidí a popisuje rodina i nemocný. Sestry popsali spolupráci, která by měla probíhat ze strany rodiny. Pacienti měli stejný názor, potřebují prostor. Rodina poté, co byla edukována ošetřovatelským personálem, pomáhala vhodným způsobem. Poslední shoda byla u suicidálních pokusů. Podle sester je důležité pozorovat pacienta, všimnout si projevů, příznaků. O sebevraždu se podle nich pokouší většinou při depresi. I rodina z tohoto důvodu hlídá pacienta spíše při depresi.



## 6 Závěr

V bakalářské práci jsme se zabývali bipolární afektivní poruchou, především pohledem pacienta a rodinných příslušníků na život s touto nemocí. Protože se člověk s bipolární afektivní poruchou minimálně jednou ocitne v odborné péči, zjišťovali jsme i specifika v péči a komunikaci.

Pro výzkumnou část jsme zvolili formu kvalitativního šetření, metodou dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 15 respondentů. Respondenti byli vybráni z okruhu rodiny, která je v kontaktu s člověkem s bipolární afektivní poruchou, samotní pacienti a sestry, které o psychicky nemocného člověka v nemocnici pečují.

Pro tuto práci byly zvoleny tři cíle. Prvním cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit subjektivní pohled na život s bipolární afektivní poruchou u pacienta a jeho rodiny. Z výzkumného šetření vyšla shoda v názoru na život s bipolární afektivní poruchou. Pro rodinné příslušníky byl život s psychicky nemocným člověkem velmi obtížný. Pacienti se nemoci obávali a jejich rodina také. Jelikož je bipolární afektivní porucha psychickou nemocí, její příznaky nejsou vidět navenek, rodina vidí pouze chování, které nemoc u pacienta způsobuje. Příznaky, které popisují nemocní, dost často okolí nepochopí, protože si takové stavy nedokáží představit. Nepochopí, že člověk s bipolární afektivní poruchou není schopen ovládat své nálady. Stigmatizace je téma, které s duševními poruchami úzce souvisí. Psychicky nemocní pacienti se bojí svěřovat se svojí nemocí ze strachu, že budou diskriminováni. O předsudcích vzniklých kvůli těmto nemocem se mluví, ale lidé nejsou dostatečně informováni, bojí se. Důvodem jejich strachu je právě nevědomost, vždyť nikdo nemá zaručenou jistotu, že psychicky nikdy neonemocní.

Druhým cílem bylo zjistit vhodnou formu pomoci a zapojení se do léčby pacienta s bipolární afektivní poruchou ze strany jeho rodiny. Záleží, zda má rodina zájem spolupracovat. V případě, že je rodina edukována zdravotnickým personálem, je schopna se o pacienta vhodně postarat. Velmi často se stává, že se rodina z vlastní iniciativy snaží přehnaně pomoci, jak jsme z rozhovorů zjistili, srší snahou pomoci. Rodina si bývá nemoci vědoma a to se odráží i na jejich chování. Přístup k nemocnému se může změnit. Způsob pomoci u dotazovaných byl velmi podobný, kontrola užívání

léků a dohled. Pokud nemá rodina žádné informace o nemoci, o péči a nevědí, co mají dělat, zbytečně může docházet ke konfliktům, problémům.

Třetím cílem bylo zjistit specifika péče o pacienty s bipolární afektivní poruchou z pohledu zdravotnických pracovníků. Pozorované příznaky nemoci se shodují u ošetřujícího personálu, pacienta i rodiny nemocného člověka. Právě od příznaků nemoci se odvíjí ošetrovatelská péče a komunikace. Podobná specifika péče udaly všechny sestry. Nejdůležitější je zajištění základní hygieny, denních aktivit, pravidelnost ve stravovacím režimu a spánku. Komunikace je u pacientů s bipolární afektivní poruchou specifická podle jednotlivých epizod, v které se pacient v danou chvíli nachází.

V závěru bych ráda zmínila, že literatura je velmi málo zaměřena na život s bipolární afektivní poruchou. Je mnoho publikací, které se zaměřují konkrétně na nemoc, bipolární poruchu, její diagnostiku, léčbu. Ale v málokterých se autoři zaměřují na pacientův život, jeho problémy a na pohled rodiny, která hraje v životě a v léčbě velkou roli. Proto si myslím, že by práce mohla být přínosem k informovanosti o životě s bipolární poruchou, kterou popisuje sám pacient a z druhé strany přibližuje i pohled na život s člověkem postiženým touto nemocí, který zažívají jeho blízcí a rodina. Dále může sloužit jako podklad k studentské výuce, která se bude týkat pacienta s bipolární afektivní poruchou.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. AKRMANNOVÁ, J., MARKOVÁ, E., 2014. Afektivní poruchy. In: PETR, T. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 220 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
2. BABIAKOVÁ, M. et al., 2006. Afektivní poruchy. In: MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. s. 352. ISBN 80-247-1151-6.
3. BREZNOŠČÁKOVÁ, D. et al., 2008. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí: příručka pro pacienty s bipolární afektivní poruchou*. Praha: Maxdorf. 94 s. ISBN 978-80-7345-131-8.
4. *Cambridge advanced learner's dictionary*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. s. 1550. ISBN 0-521-82423-0.
5. ČEŠKOVÁ, E., 2006. Novinky v léčbě bipolární deprese. *Psychiatrie pro praxi.*, 7(3), 128-130. ISSN 1803-5272.
6. ČEŠKOVÁ, E., 2007. Co ještě nevíme o bipolární poruše? *Psychiatrie pro praxi.* 8(1), 9-12. ISSN 1803-5272.
7. ČEŠKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
8. DOUBEK, P. et al., 2011. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf. 64 s. ISBN 978-80-7345-265-0.
9. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ- PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha- Grada. 2. vydání. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
10. GAY, CH., 2010. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 135 s. ISBN 978-807-3676-681.
11. HERMAN, E. et al., 2004. *Bipolární porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf. 81 s. ISBN 80-7345-051-8.
12. HERMAN, E. et al., 2006. Diagnostika a léčba depresivní epizody bipolární poruchy. *Psychiatrie pro praxi.* 7(4). 171-172. ISSN 1803-5272.
13. HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 647 s. ISBN 978-80-246- 2998-8.

14. HUBEŇÁK, J., 2013. Metabolický syndrom u bipolární afektivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 14(4). 146-148. ISSN 1803-5272.
15. JUNG, Y. et al. 2016. Clinical assessment of bipolar depression: validity, factor structure and psychometric properties of the Korean version of the Bipolar Depression Rating Scale (BDRS). *BMC Psychiatry*. 4. DOI: 10.1186/s12888-016-0958-7. ISSN 1471-244X.
16. JURUENA, M. F. P., 2012. *Cognitive-Behavioral Therapy for the Bipolar Disorder Patients, Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*, Irismar Reis De Oliveira (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/27379.
17. KAMARÁDOVÁ, D. et al., 2014. Cirkadiální rytmy u pacientů s bipolární poruchou. *Psychiatrie pro praxi*. 15(3). 99-102. ISSN 1803-5272.
18. KAPCZINSKI, N. S. et al. 2016. Cognition and functioning in bipolar depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 38. 201-206. DOI: 10.1590/1516-4446-2014-1558.
19. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
20. LÁTALOVÁ, K., 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-3125-41.
21. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 235 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
22. LÁTALOVÁ, K. et al. 2009. Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy a její léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 10(5). 209-215. ISSN 1803-5272.
23. LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO J., 2009a, Komorbidita bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami. *Česká a slovenská psychiatrie*. 105(5). s. 218-223. ISSN 1212-0383.
24. LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., 2009b. Možnosti a meze psychoterapie u bipolární poruchy. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 105(2). 71-78. ISSN 1212-0383.
25. LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., 2009c. Bipolární afektivní porucha a suicidalita. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 105(3). 129-134. ISSN 1212-0383.

26. LINHARTOVÁ, A., KOTLÁŘOVÁ, L., 2006. Compliance pacienta s léčbou z pohledu lékárníka. *Praktické lékarenství*. 2(3). 135-136. ISSN 1803-5329 .
27. MACIUKIEWICZ, M. et al., 2016. Can Psychological, Social and Demographical Factors Predict Clinical Characteristics Symptomatology of Bipolar Affective Disorder and Schizophrenia?. *Psychiatric Quarterly*. 87(3), 501-513. DOI: 10.1007/s11126-015-9405-z.
28. MODABBERNIA, A. et al., 2016. Quality of life in Iranian patients with bipolar disorder: a psychometric study of the Persian Brief Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL.BD). *Quality of Life Research*. 25(7), 1835-1844. DOI: 10.1007/s11136-015-1223-0.
29. NOVÁK, T., 2010. Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 11(1). 7-10. ISSN 1213-0508.
30. NOVÁK, T., BAREŠ, M., 2009. Antidepressiva v léčbě bipolární deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 10(2). 72-75. ISSN 1803-5272.
31. NOVÁK, T., LÁSKOVÁ, H., 2016. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5851-0.
32. NOVÁK, T. et al., 2008. *Jak úspěšně plout mezi mánií a depresí: příručka pro pacienty s bipolární afektivní poruchou*. Praha: Maxdorf. 26 s. ISBN 978-80-7345-152-3.
33. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
34. PIDRMAN, V., 2003. Bipolární afektivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*. 4(2). 71-72. ISSN 1803-5272.
35. PIDRMAN, V., MASOPUST, J., 2002. Psychoedukační program prelapse. *Psychiatrie pro praxi*. 3(4). 161-167. ISSN 1803-5272.
36. PRAŠKO, J., 2005. Sezónní afektivní porucha. *Lékařské listy*. 6(38), 12. ISSN 1803-6597.
37. PRAŠKO, J. et al., 2004. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 107 s. ISBN 80-7345-002-X.

38. PRAŠKO, J. et al., 2008. Sezónní afektivní porucha a léčba jasným světlem. *Psychiatrie pro praxi*. 9(2). 72-76. ISSN 1803-5272.
39. PRAŠKO, J. et al., 2012. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 2. vydání. Praha: Galén. 91 s. ISBN 978-80-7262-656-4.
40. PTÁČEK, R. et al., 2013. *Lege artis v medicíně*. Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5126-9
41. SAITO TANJI, Y. et al., 2016. Effectiveness of Simple Individual Psychoeducation for Bipolar II Disorder. *Case Reports in Psychiatry*. 2016(6062801). DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6062801>. ISSN 2090-6838.
42. SOUMYA, T. P. et al., 2016. Disability and Quality of Life of Subjects with Bipolar Affective Disorder in Remission. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 38(4), 336-340. DOI: 10.4103/0253-7176.185941.
43. THOMAS, P. S. et al., 2016. Disability and Quality of Life of Subjects with Bipolar Affective Disorder in Remission. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 38(4), 336-340. DOI: 10.4103/0253-7176.185941.
44. TŮMA, I., 2014. Bipolární porucha. In: VLČEK, J. et al. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada. s. 256. ISBN: 978-80-247-4532-9.
45. TŮMA, I., 2015. Afektivní poruchy- poruchy nálady. In: HOSÁK, L. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 646 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
46. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

## **8 Seznam příloh**

- 1) Seznam otázek k rozhovoru**
- 2) Ukázka techniky kódování**
- 3) Žádost o povolení výzkumného šetření**
- 4) Přepis rozhovorů (CD)**

## **Příloha 1 Seznam otázek**

### **RODINA**

- 1) Je pro Vás těžký vztah s člověkem s bipolární poruchou? (Těžké žít společně s rodičem?)
- 2) Jaký dopad nemoc měla na Vás?
- 3) Jak jste se snažili pomoci?
- 4) V jaké fázi je to pro Vás jako pro rodinu nejtěžší?
- 5) Jak jste se cítila, když jste zjistila, že váš rodinný příslušník trpí bipolární poruchou?
- 6) Bojíte se předsudků, odsuzování ostatními lidmi?

### **PACIENTI**

- 1) Kdy se u Vás projeví první příznaky BAP? Jak jste se cítil, když vám nemoc diagnostikovali?
- 2) Bylo obtížné nemoc diagnostikovat správně?
- 3) Jak reagovala Vaše rodina při zjištění, že trpíte BAP? Změnilo se jejich chování a přístup vůči Vám?
- 4) Potřeboval jste nebo uvítal pomoc od rodiny? Jaká pomoc by byla vhodná?
- 5) Bojíte se předsudků? Setkal jste se s nimi v rámci Vaší nemoci?
- 6) Přemýšlel jste někdy nad sebevraždou?

### **SESTRY**

- 1) Jaké příznaky jsou nejvýraznější, poznáte nastupující bipolární epizodu? Poznáváte i pacienta?
- 2) Jak komunikujete s pacientem během manické a depresivní epizody?
- 3) Jaká jsou specifika v péči o pacienty s bipolární afektivní poruchou?
- 4) Objevují se suicidální tendence u pacientů s bipolární afektivní poruchou často?
- 5) Jeví pacientova rodina vždy zájem, snaží se spolupracovat? Jaká pomoc by byla vhodná?
- 6) Je pro pacienty s bipolární poruchou návrat na psychiatrické oddělení běžný? Jsou častěji hospitalizováni během mánie nebo deprese?



## Příloha 2 Ukázka techniky kódování

### Kategorie č. 1 Pozorované příznaky

#### Projev nemoci

- Raná dospělost (22-35) (P3/3)
- **Deprese (P3/4)**
- **Problém s diagnostikováním (P3/48)**

### Kategorie č. 2 Nabízená pomoc

#### Zájem o poskytovanou pomoc

- **Zájem o pomoc (P3/28)**
- Přehnaná pomoc (P3/32)

### Kategorie č. 3 Postoj k nemoci

#### Změna v chování rodiny

- Strach (R3/21)
- **Podpora (P3/12)**

### Kategorie č. 4 Stigmatizace

#### Strach z předsudků

- **Ano (P3/23)**

### Kategorie č. 5 Náročné situace

#### Krajní řešení

- **Pokus o sebevraždu (P3/44)**

1 **T: Jak jste se cítil, když jste poprvé zjistil, že máte BAP?**

2 **R:** Když mi doktor poprvé řekl, že mám BAP, nevěděl jsem, co to znamená, nikdy jsem  
3 o té nemoci neslyšel. Bylo mi asi 28 let, ale problémy jsem měl dlouho předtím. Často  
4 **jsem trpěl depresemi**. Došel jsem k závěru, že je to nějaké degenerativní nebo  
5 neurologické onemocnění. Uklidňoval mě, že je to „jen“ psychické onemocnění,  
6 ale spíš to zhoršil. Bylo mi jasné, že se v životě setkám s předsudky, odsuzováním,  
7 pohrdáním.

8 **T: Řekl jste o své diagnóze rodině, přátelům? Pokud ano, jak reagovaly? Rozhodl**  
9 **byste se znovu tak?**

10 **R:** Už je to docela dlouho, co jsem zjistil svou diagnózu a většina lidí, kterým jsem o ní  
11 řekl, nic moc nevěděla. Bylo ale zajímavé, že se všichni domnívali, že je to hrozné  
12 onemocnění, při kterém se chci zabít. Nečekal jsem, že od **svých blízkých budu mít**  
13 **podporu**, proto jsem rád, že jsem jim o tom řekl. Díky nim jsem to zvládal. Ujistili se,  
14 že půjdu k lékaři a pomohli mi, když jsem nebyl schopný pracovat, ani se sám o sebe  
15 postarat. Můžu ještě dodat, že jsem měl i takové „přátele“, kteří se vypařili, když o mé  
16 nemoci zjistily. Nechal jsem je jít a přijal jsem pomoc a podporu od těch, kteří byli  
17 ochotní se mnou zůstat. Myslím, že je skoro nemožné tuhle nemoc překonávat sám.

18 **T: Jak vás lidé vidí? Změnil se jejich pohled na vás, když zjistili o vaší nemoci? Co**  
19 **předsudky?**

20 **R:** Když lidé zjistili, že mám bipolární poruchu a pochopili, co nemoc obnáší, myslím,  
21 že se ze **začátku báli**. Bylo pro ně těžké vstřebat, že jejich rodinný člen, přítel, který  
22 nebyl jen duševně nemocný, ale i šílený, blázen a psychouš. Tak mě asi viděli.  
23 Psychicky **nemocní lidé se musejí vypořádat s předsudky**, pohrdáním. Můžu říct, že mě  
24 moje nemoc alespoň omlouvala a vysvětlovala moje chování. Protože až pak lidem  
25 začalo dávat moje chování smysl.

26 **T: Jak by vám rodina mohla během nemoci pomoci? Pomáhají vhodným**  
27 **způsobem?**

28 **R:** Nejvíce co člověk s BAP **potřebuje je, aby ho někdo vyslechl**, naslouchal jeho  
29 problémům a potřebám. Neutěšujte někoho tak, jak byste se snažili utěšit nemocného  
30 s chřipkou nebo zlomeninou. Například, když nechci s nikým mluvit, potřebuji být sám,  
31 musím lidem říct, aby mi daly prostor, čas o samotě. Problém je, že hodně lidí se **snaží**

32 [pomoci až moc](#), pak si připadám jako starý, neschopný a nemohoucí člověk. Srší  
33 snahou pomoci, ale jak se říká, někdy méně je více. Člověk si sám dokáže říct,  
34 co potřebuje, proto stačí poslouchat.

35 **T: Jak vnímáte manickou epizodu, jak dlouho u vás trvá?**

36 **R:** Během mánie jsem ve stavu euforie. Zvládnou pracovat i 20 hodin v kuse, pít alkohol,  
37 užívat drogy, utrácet nehorázné částky peněz, cvičit, jak pominutý, zbytečně a dlouho  
38 cestovat. Trvání se pokaždé liší, občas mánie trvala jen týden, ale stalo se mi, že jsem  
39 jí měl bez přerušování i pár měsíců.

40 Moje depresivní fáze bývají kratší než manické. Nemíval jsem je tak dlouho, byly to pro  
41 mě jen hodiny hluboké zlosti, smutku. Jediné, co jsem během nich chtěl udělat, bylo,  
42 schovat se před světem.

43 **T: Pomyslel jste nebo se pokusil někdy o sebevraždu?**

44 **R:** **Párkrát jsem se o to pokusil**, ale pokaždé jsem došel na pohotovost, protože jsem  
45 se na poslední chvíli bál. Pokaždé mě hospitalizovali. Můžu říci, když máte strach  
46 o svůj život, tak je nemocnice právě nejbezpečnějším místem.

47 **T: Měli lékaři problém s diagnostikovaním vašeho stavu?**

48 **R: No, a jaký problém.** Osm doktorů mě diagnostikovalo špatně, místo bipolární  
49 poruchy mě léčili na unipolární. Léčba se mi tak protáhla na hodně dlouho. Ztratil jsem  
50 v ně důvěru, jen poslouchali moje problémy a největší starostí pro ně bylo, aby  
51 mi rychle předepsali nějaké léky a dal jsem pokoj. Myslím si, že by psychiatři měli  
52 věnovat bipolární poruše více svého úsilí a času. A hlavně více času věnovat člověku,  
53 kterého se snaží vyléčit, protože každý pacient je jiný a příznaky se taky liší.

### Příloha 3 Žádost o povolení výzkumného šetření

Věc: Žádost o provedení kvalitativního výzkumu v rámci bakalářské práce

Vrchní sestra Pergerová

Nemocnice Tábor, a.s.

Kpt. Jaroše 2000

390 03 Tábor

Vážená paní magistro,

jmenuji se Klára Černožorská a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia- obor všeobecná sestra na Zdravotně- sociální fakultě v Českých Budějovicích.

Tématem mé bakalářské práce je Bipolární afektivní porucha z pohledu sester, pacienta a jeho rodinných příslušníků. Pro úspěšné zpracování a získání potřebných údajů pro výzkumnou část své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu zabývající se specifiky péče o bipolární pacienty z pohledu zdravotních sester pracujících na psychiatrickém oddělení.

Výzkum bude realizován anonymně, rozhovorem v době od 6. 3. 2017 do 6. 4. 2017. V příloze zasilám vzor otázek k rozhovoru. V případě Vašeho zájmu Vás s výsledky svého výzkumu seznámím.

Děkuji za vyřízení, Klára Černožorská.

Klára Černožorská

Vrážná 7, Chotoviny

391 37

Tel. 721009114

klara.cern@seznam.cz

31. 3. 2017 *nonklasim*

*Dr. Pergerová*

