

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Ivana Martináková

Účast sestry v multidisciplinárním týmu u klienta s bipolární afektivní poruchou

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2013

Anotace bakalářské práce

Název práce:

Účast sestry v multidisciplinárním týmu u klienta s bipolární afektivní poruchou

Název práce v AJ:

Multidisciplinary team participation of nurse in the care of a client with bipolar affective disorder

Datum zadání: 2013-01-08

Datum odevzdání: 2013-04-19

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Martináková Ivana

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zaměřena na roli všeobecné sestry a její intervence, kterými ovlivňuje životy nemocných s bipolární afektivní poruchou (dále BAP), jejich rodinu a blízké osoby. BAP je řazena k afektivním poruchám a bipolární je nazývána proto, že se projevuje dvěma soubory příznaků: depresivními a manickými. Bakalářská práce sleduje, jak příznaky a charakter nemoci jako takové, tak prožívání jejich projevů pacienty a jejich blízkými a funkci všeobecné sestry v ošetřovatelské péči zaměřené na zmírnění příznaků. Práce je strukturována podle výše popsaných oblastí studia BAP. První kapitola vysvětluje, o jakou chorobu se jedná, pojednává o příznacích nemoci, prožívání nemoci samotným klientem a o tom, které věkové skupiny populace postihuje. Druhá kapitola se zaměřuje na blízké okolí

nemocného, na soužití s klientem s BAP a dopady choroby na sociální oblast. Popisuje nutnost spoluúčasti rodiny a přátel na ošetrovatelském procesu. Třetí kapitola se zabývá účastí zdravotníka respektive všeobecné sestry na ošetrovatelském a léčebném procesu, předkládá účinné metody ke zmírnění projevů BAP. Jedná se o přehledovou práci, která monitoruje závěry výzkumné činnosti v problematice BAP, publikované zahraničními autory, převážně anglosaského respektive kontinentálního původu.

Abstrakt v AJ:

Bachelor thesis is focused on the role of a nurse and her interventions, which affects the lives of patients with bipolar affective disorder (the BAP), their family, and beloved ones. The BAP is ranked for affective disorders. It is called bipolar because it shows two sets of symptoms: depressive and manic. Bachelor thesis examines the nature of the disease symptoms as itself, the patients' and their loved ones' experience of its manifestations and the function of nurses in the care specialized on the symptoms relieving. Work's structure is based on above mentioned areas of the BAP studies. The first chapter explains the disease itself, discusses the symptoms of the disease, the client experiencing of illness, and which age groups of population it affects. The second chapter focuses on the patient's near environment, the coexistence with the BAP client, and the impact of the disease in the social sphere. It describes the necessity of the family and friends participation on the nursing process. The third chapter deals with the participation of a medical staff member or nurse at nursing and treatment process, describes effective methods of relieving BAP. This is an overview work that monitors conclusions of research activities in the BAP issue, published by foreign authors of, mostly, Anglo-Saxon or continental origin.

Klíčová slova v ČJ:

bipolární afektivní porucha / maniodepresivní psychóza, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra, reakce na nemoc, prožívání nemoci, rodina, sociální opora

Klíčová slova v AJ:

bipolar affective disorder / manic depression, nursing care, nurse, reaction to illness, experiencing illness, family, social support

Rozsah: 44 s.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 19. duben 2013

podpis: _____

Poděkování

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji Mgr. Lukáši Martinákovi za korekturu bakalářské práce. Děkuji své rodině za trpělivost a umožnění studia na vysoké škole.

Obsah

Úvod	7
1 Prožívání nemoci u klientů s bipolární afektivní poruchou	9
1.1 Definice BAP a její příznaky	9
1.2 Charakter a struktura pacientů s BAP	11
1.3 Přidružené zdravotní problémy a sociální dopady BAP	14
2 Bipolární afektivní porucha z pohledu rodiny a blízkých a jejich role v ošetrovatelské péči 18	
2.1 Dopady bipolární afektivní poruchy na pacientovo blízké okolí.....	18
2.2 Otázka účasti rodiny a blízkých na ošetrovatelském procesu	21
2.3 Pozitivní dopady participace blízkých na ošetrovatelské péči.....	22
3 Role sestry v léčebném a ošetrovatelském procesu u pacientů s BAP	24
3.1 Současné možnosti léčby a její transformace.....	24
3.2 Moderní podoba ošetrovatelské péče a všeobecná sestra	26
3.3 Sestra v multidisciplinárním týmu a nároky na ní kladené	28
3.4 Požadavky kladené na inovaci ošetrovatelské metodologie.....	33
3.5 Limity moderní léčby a péče o pacienty s BAP	35
Závěr	37
Bibliografické a elektronické zdroje	40

Úvod

Tématem této bakalářské práce je role sestry a její možnosti, kterými může ovlivnit životy, jak nemocných s bipolární afektivní poruchou (dále BAP), tak i osob z jejich blízkého okolí.

Vymezení problému v podobě otázky:

Jaké byly publikovány poznatky o ošetrovatelské problematice účasti sestry v multidisciplinárním týmu u klienta s bipolární afektivní poruchou v zahraniční literatuře?

Cíle pro účely přehledové bakalářské práce:

Cíl 1. Předložit dosud publikované poznatky v zahraniční literatuře o prožívání nemoci u klientů s BAP.

Cíl 2. Předložit dosud publikované informace v zahraniční literatuře o dopadech BAP na sociální okolí klienta.

Cíl 3. Předložit dosud publikované poznatky v zahraniční literatuře o ošetrovatelských přístupech ke klientům s BAP.

Bibliografické citace prostudované vstupní literatury:

1. GAY, Christian, *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. 135 s. ISBN 978-80-7367-668-1.
2. GOODWIN, Frederick K., JAMISON, Kay R., *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press, 2007. 1288 s. ISBN 0195135792.
3. LÁTALOVÁ, Klára, *Bipolární afektivní porucha*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-3125-4.
4. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra, *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
5. OREL, Miroslav a kol., *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

6. VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Databáze a vyhledávače disponující plnotexty použité k vyhledávání dostupných relevantních článků:

Vyhledávání relevantních zdrojů probíhalo ve čtyřech elektronických informačních zdrojích: EBSCO, Proquest, Web of Science, Scopus.

Popis rešeršní strategie:

Rešeršní činnost probíhala od září do prosince roku 2012. Ve vyhledávací strategii byla stanovena kritéria pro relevanci zdroje a to taková, že texty článků budou publikovány zahraničními zdroji v anglickém jazyce v časovém období od roku 2000 do roku 2012. Klíčová slova, která byla v rámci vyhledávání stanovena: *bipolární afektivní porucha/maniodepresivní psychóza, všeobecná sestra, ošetrovatelská péče, rodina*

První vyhledávací etapa proběhla ve spolupráci s Knihovnou Akademie věd, kde byla vypracována rešerše dle daných kritérií s výše uvedenými klíčovými slovy. Vyhledávání zdrojů se uskutečnilo za pomoci dvou databází, a to Web of Science a Scopus, v nichž bylo nalezeno 399 článků, konkrétně 200 zdrojů z Web of Science a 199 zdrojů ze Scopus.

Druhá vyhledávací etapa byla zaměřena na čtyři databáze a bylo nalezeno 5245 článků, včetně článků nalezených Knihovnou Akademie věd, z čehož bylo k tvorbě přehledové práce použito 32 článků splňujících daná kritéria:

- v databázi EBSCO bylo nalezeno 2123 zdrojů, použito 13;
- v databázi Proquest bylo nalezeno 1382 zdrojů, použito 7;
- v databázi Web of Science bylo nalezeno 731 zdrojů, použito 6;
- v databázi Scopus bylo nalezeno 661 zdrojů, použito 6.

Řada článků byla pod různými kombinacemi klíčových slov dohledána opakovaně, ostatní rešeršované zdroje nebyly dostatečně relevantní nebo nesplňovaly předem vytýčené podmínky. Použité plnotexty pocházejí z recenzovaných elektronických časopisů.

1 Prožívání nemoci u klientů s bipolární afektivní poruchou

Odborná literatura věnující svou pozornost problematice symptomů a prožívání BAP je rozmanitá a nabízí několik perspektiv v závislosti na odlišné charakteristice vybraných klientů. Hlavní rozlišovací proměnnou je věk. Na základě poznatků z prostudované literatury je proto možné autory a jejich příspěvky vztahující se k BAP rozdělit do tří epistemologických přístupů: pediatrického (např. Hamrin, Pachler, 2007; Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008; McDougall, 2009; Sorrell, 2011; West, Pavuluri, 2012), geriatrického (např. Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006; Sherrod et al., 2010; Sorrell, 2011, Cruz et al., 2011) a zaměřeného na obecnou skupinu dospělých klientů (např. Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007; Tranvag, Kristoffersen, 2008; Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008; Ward, 2011). U prvního a třetího ze jmenovaných přístupů je vhodné zmínit, že značná část autorů se ve svých studiích navíc zaměřuje primárně na prožívání příznaků a průběhu léčby BAP pacientovým okolím, tedy především z perspektivy rodinných příslušníků (např. Wilson, Crowe, 2009; Jönsson et al., 2011a; Crowe et al., 2011; Miklowitz, 2012). Tyto jednotlivé přístupy se od sebe obsahově navzájem významně liší, a to nejen samotnou klientelou, na níž se zaměřují, ale i v doporučených postupech léčby příznaků. Odlišnosti lze nalézt také v deklarování úspěšnosti různých léčebných postupů a ve zdůrazňování nároků, které jsou v těchto případech kladeny na ošetřující sestru. Následující kapitola bude věnována rozboru děl několika autorů všech tří přístupů a srovnání jejich postulatů.

1.1 Definice BAP a její příznaky

Pokud se jedná o definici bipolární afektivní poruchy – u některých autorů se můžeme setkat i se starším termínem „maniodepresivní psychóza“ (Wilson, Crowe, 2009, s. 877) –, odborná literatura v naprosté shodě uvádí, že BAP je komplexním a chronickým psychiatrickým onemocněním (např. Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 245; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 434; Maskill et al., 2010, s. 535). Z perspektivy dopadů na život pacientů se řadí mezi velmi závažné duševní choroby (např. Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 168; McDougall, 2009, s. 33; West, Pavuluri, 2012, s. 71), což je navíc umocňováno vysokou mírou její recidivy (např. Crowe et al., 2010, s. 896; Sorrell, 2011, s. 21). Vzhledem k ničivým psychosociálním účinkům (McGuinness, 2012, s. 17) i na každodenní běžné činnosti klientů lze BAP přičíst značný invalidizující potenciál (Skjelstad et al., 2010, s. 2) vedoucí k dlouhodobému

či trvalému zdravotnímu handicapu (Davies, McBride, Sajatovic, 2008, s. 649). U této nemoci se dále v odborné literatuře rozeznávají typy I a II (např. Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 333; Crowe et al., 2011, s. 343; Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 895; West, Pavuluri, 2012, s. 72), jejichž odlišnost tkví především v charakteristice příznaků.

Bipolární afektivní porucha – nahlížená obecně bez bližších věkových specifik – se projevuje náladovou nestabilitou (Crowe et al., 2011, s. 342): častým střídáním extrémních náladových epizod deprese, mánie/hypománie (Jönsson et al., 2011a, s. 29), popř. smíšených nálad (Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 245; Davies, McBride, Sajatovic, 2008, s. 649; Goossens, Beentjes, 2008, s. 3), které mohou přecházet až v subsyndromální přeháňky (Crowe et al., 2011, s. 342). Smíšenou epizodou je myšleno období, během něhož se vystřídají depresivní i manická fáze, každá trvající přibližně jeden týden, jedna plynule navazující na druhou (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85). Tyto výkyvy bývají bez účinné léčby nepředvídatelné (Warren, 2007, s. 36). Přidruženými příznaky, vyplývajícími z extrémních náladových výkyvů, jsou grandiozita, emocionální proměna a transformace energetické hladiny (Wilson, Crowe, 2009, s. 877), mnohdy vedoucí až k hyperaktivitě a konečnému vyčerpání (Walid, Zaytseva, 2011, s. 222). V krajních případech se u pacienta mohou při máni rozvinout vážné psychotické poruchy v podobě bludů a halucinací, nebo naopak symptomy psychosomatické spojené s těžkými depresemi (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 6). Ačkoli je pro BAP charakteristická zmíněná nestabilita nálad, u většiny pacientů je depresivní epizoda častější (McDougall, 2009, s. 33; Crowe et al., 2011, s. 347).

Jak již bylo zmíněno výše, příznaky BAP mohou nabývat natolik heterogenní intenzity a frekvence, že je tato choroba z diagnostických a výzkumných důvodů dále rozdělena do dvou typů. K jejich identifikaci dochází právě na základě převahy depresí, či spíše absence mánie: bipolární porucha typu II, jejíž výskyt je častější, se vyznačuje střídáním depresivních a hypomanických epizod (West, Pavuluri, 2012, s. 72). Naproti tomu typ I odpovídající klasické definici BAP, vyžaduje pro svou diagnózu alespoň jednu plně rozvinutou manickou epizodu (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 333).

Existuje patrný vzestupný trend v počtu pacientů postižených bipolární afektivní poruchou. Zatímco před šesti lety byla v rámci odborné veřejnosti považována v pořadí za osmé nejčastější zdravotní postižení (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 168), postupem času dosáhla na tomto pomyslném žebříčku šestého místa (Wilson,

Crowe, 2009, s. 877), což potvrzují také zprávy Světové zdravotnické organizace (srov. Crowe et al., 2010, s. 897; Maskill et al., 2010, s. 535; Crowe et al., 2011, s. 342). Navzdory tomu nepadají mezi autory jednoznačná shoda o prevalenci BAP v celosvětové populaci – v některých případech jsou rozdíly v odhadu výskytu až několikaprocentní. Velká část literatury uvádí hodnotu prevalence dosahující až jednoho procenta (např. Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 10; McDougall, 2009, s. 33; Crowe et al., 2010, s. 897); dalším nemálo opakujícím se odhadem je 1,5 až dvě procenta obyvatelstva (Goossens, Beentjes, 2008, s. 3; Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 245; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 434); nakonec je pro ilustraci o nepadající shodě mezi odborníky vhodné uvést řadu různých hodnot, ať už 1,3–1,6 % (Wilson, Crowe, 2009, s. 877), 1–2 % (Walid, Zaytseva, 2011, s. 222), 0,4–3 % (McGuinness, 2012, s. 18), či jedno až 3,9 procenta (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 333). Druhým, o nic méně zajímavým náhledem na podíl mezi počtem postižených klientů s BAP a celkovým počtem zkoumaných nabízí geriatrický přístup ke studiu choroby. U osob, které svým věkem překročily 50 let, dosahuje podíl pacientů s BAP ke všem evidovaným psychiatrickým pacientům stejné věkové úrovně 10 (Sherrod et al., 2010, s. 20) až 15 procentních bodů (Sorrell, 2011, s. 22). Tyto oficiální údaje jsou ale některými autory označovány za značně zkreslené: skutečná hodnota dle jejich zkušeností a úsudku nabývá až 40 %. Uvedený rozdíl je s největší pravděpodobností důsledkem špatných diagnostických závěrů vyšetřujících lékařů (Sherrod et al., 2010, s. 21; Sorrell, 2011, s. 21).

1.2 Charakter a struktura pacientů s BAP

Bipolární afektivní porucha je, jak je zjevné z výše uvedeného, časté duševní onemocnění, které je ale mnohdy podceňováno a tím pádem i špatně diagnostikováno (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 10; McGuinness, 2012, s. 17). Vinou toho probíhá BAP ve velkém počtu případů bez povšimnutí vyšetřujících zdravotníků a je de facto neléčena (McDougall, 2009, s. 33; Sorrell, 2011, s. 22). Každý věk s sebou při odhalení BAP nese specifické překážky: u dětí a dospívajících bývá obtížné identifikovat hypománii a odlišit ji od běžné fyziologické vzrušivosti typické pro tyto věkové skupiny (West, Pavuluri, 2012, s. 72), což může vést k nasazení léčby až po nástupu naléhavých afektivních epizod (Crowe et al., 2011, s. 347); přesná diagnóza je také obtížná, protože projevy grandiozity a hyperaktivity se liší v závislosti na věku a vývojové úrovni lidské fyziologie. BAP bývá zaměňována s lehkou mozkovou dysfunkcí (ADHD) či poruchami soustředění (Apps,

Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 84; McDougall, 2009, s. 33–34). Co lze považovat za patologické u dospělého člověka nemusí, být stejně vyhodnoceno u dítěte či adolescenta (McDougall, 2009, s. 35). Oproti tomu u dospělých a starších klientů komplikují odhalení BAP doprovodná onemocnění, mezi něž se nejčastěji řadí posttraumatická stresová porucha, úzkost, demence (Sherrod et al., 2010, s. 21; McGuinness, 2012, s. 18). K běžné záměně dochází mezi BAP a unipolární depresí, jejíž léčbou nasazením antidepresiv může v případě bipolární poruchy dojít k ohrožení pacienta tzv. „přesmykem“ do vážné manické epizody (Sorrell, 2011, s. 22). Naopak mánie vyskytující se v pozdějším věku je přičítána medikaci nebo zdravotnímu stavu, včetně kardiovaskulárních onemocnění, cévní mozkové příhody, metabolické poruchy, infekci nebo mozkového nádoru (Sherrod et al., 2010, s. 22).

Závažná choroba, kterou bipolární afektivní porucha je, postihuje všechny věkové vrstvy obyvatelstva bez výjimky. Vedle epistemologického přístupu zahrnujícího studium dopadů, projevů a prevalence BAP u dospělé populace se zbylé dva – pediatrický a geriatrický – zaměřují na vzájemně velmi odlišné skupiny pacientů a každý zdůrazňuje jiné závažnosti s touto nemocí spojené. BAP postihující děti a mládívě má značně neblahé důsledky ve věku klíčovém pro formování lidské psychiky a poškozuje je tak v emocionálním, kognitivním a sociálním vývoji (West, Pavuluri, 2012, s. 71). Na druhou stranu pro seniory skýtá BAP mnohem větší nebezpečí v neschopnosti stanovení správné diagnózy: vinou častého vyhledání ambulantní pomoci při příznacích spojených s přirozenou komorbiditou bývají zřídka hospitalizováni s duševním onemocněním (Sherrod et al., 2010, s. 20).

Ačkoli většina epidemiologických výzkumů je tradičně zaměřena na dospělé, statistická data získaná pro vzorek dětí a mládeže dokládají, že celková prevalence bipolární poruchy u těchto věkových skupin dosahuje přibližně jednoho procenta populace (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85). Jedná se tudíž o podobnou míru výskytu jako u kategorie dospělých. Ve srovnání s jinými pediatrickými duševními nemocemi je však výskyt BAP u dětí nižší (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85). Nástup symptomů BAP v pediatrii bývá ve většině případů hlášen jejich rodiči před dosažením věku 19 let (Crowe et al., 2011, s. 344). V přesnějších číselných hodnotách se před touto věkovou hranicí potýkalo se syndromy BAP asi 20 % dospělých pacientů (Hamrin, Pachler, 2007, s. 41; McDougall, 2009, s. 33). U většiny pacientů však dochází k prvnímu projevu depresivní či manické epizody okolo 20. roku (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 334). V odborné literatuře lze

ovšem nalézt také údaje mnohem znepokojivější, které nečerpají ze statistik klientů s diagnózou bipolární afektivní porucha, nýbrž z odhadů její skutečné prevalence: počátek rozvoje nemoci před 18. rokem života je při tomto přístupu k výzkumu BAP předpokládán u 50 až 67 %, u 15 až 28 % pak před věkem 13 let (McGuinness, 2012, s. 19; Miklowitz, 2012, s. 502).

Reálné dopady bipolární afektivní poruchy na rozvoj dítěte či mladistvého jsou mnohem závažnější, než je tomu u dospělých jedinců (Miklowitz, 2012 s. 502). Nemoc může způsobit těžké poruchy v celistvém psychickém i fyzickém fungování mladého pacienta i celé rodiny (Hamrin, Pachler, 2007, s. 40). U této skupiny existuje vyšší pravděpodobnost, že po plném rozvinutí choroby budou epizody nemoci delší (McDougall, 2009, s. 33; Miklowitz, 2012, s. 502) s trváním od několika dnů až po několik týdnů (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85). Avšak typickými rysy anamnézy BAP u klientů s rozvojem nemoci v mladém věku jsou častější frekvence změn epizod – tzv. „cyklování“ (Hamrin, Pachler, 2007, s. 41; McDougall, 2009, s. 33) –, pohybující se mezi rychlými až extra rychlými přechody nálad (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85). Příčinou tohoto stavu je přítomnost většího počtu psychických spouštěčů polarity, které se rozvinuly během citlivého formování osobnosti dítěte/dospívajícího (Miklowitz, 2012, s. 502). Syndromy se proto, ve srovnání s klienty, u nichž se nemoc objevila v pozdějším věku, projevují v intenzivnější podobě: vyhrocená grandiozita a euforie bývá spíše pravidlem než výjimkou (Hamrin, Pachler, 2007, s. 41). Smíšené epizody, epizody bezpříznakové nebo euthymie jsou pak spíše potlačeny a vyskytují se v menší míře (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85; Miklowitz, 2012, s. 502).

Odlíšné nahlížení na projevy BAP nabízí studium seniorů. Navzdory tomu, že je bipolární porucha považována za nemoc mladých, faktem zůstává statistika hovořící o deseti procentech hospitalizovaných na lůžkových psychiatrických odděleních, které představují starší klienti s BAP (Sherrod a kol., 2010, s. 20). Na jedné straně, podle závěrů odborné literatury, roste mezi kvalifikovanou veřejností povědomí o problematice BAP u dříve narozených, v čemž zřejmě hraje důležitou roli změna demografické mapy (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 334), na straně druhé však stále panuje kritický nedostatek odborných studií zaměřených na starší dospělé a geriatrické pacienty (Sorrell, 2011, s. 22). To ostře kontrastuje s vývojem prevalence BAP u této věkové skupiny, protože počet pacientů postižených bipolární poruchou neustále narůstá (Sherrod et al., 2010, s. 26).

Ve srovnání s mladými jedinci jsou na seniory při vyrovnávání se s dopady BAP kladeny specifické nároky vycházející z více či méně přirozené fyzické komorbidity (zejména chronická onemocnění) a omezení ve vykonávání každodenních činností (Cruz et al., 2011, s. 946). Na rozdíl od dětských a mladistvých pacientů má nemoc méně intenzivní charakter, projevující se mírnějším průběhem manických epizod, jež ovšem inklinují k atypické prezentaci ve formě paranoii a dysforie (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 335). Depresivní epizody mívají naopak těžký průběh s psychotickými příznaky (32 % oproti 17 % u mladistvých), zatímco častější hypomanické (16,4 % vs. 12,7 %) nebo manické epizody bývají bez přidružené psychózy (37,5 % vs. 28,7 %) (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 335). Bipolární porucha se může navíc rozvíjet společně s demencí, přičemž riziko výskytu demence se zvyšuje s počtem epizod, v průměru o šest procentních bodů při každé epizodě (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 335).

1.3 Přidružené zdravotní problémy a sociální dopady BAP

Protože bipolární afektivní porucha představuje značný zásah do každodenního fungování člověka – odhaduje se, že se pacient potýká s příznaky nemoci průměrně 60 dnů v roce, což je více, než u kteréhokoli jiného psychického onemocnění (Crowe et al., 2010, s. 897). BAP s sebou přináší řadu vedlejších dopadů na zdravotní stav i sociální postavení pacientů. Obecně mají tito vyšší míru fyzické nemocnosti a úmrtnosti než běžná populace (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11; Callan, Howland, 2009, s. 11). Jedním z problémů u BAP je vyšší riziko nadváhy, obezity nebo dokonce i extrémní obezity (Callan, Howland, 2009, s. 11), jejíž příčinou je nezdravý životní styl vyznačující se malou fyzickou aktivitou (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11) a poruchami příjmu potravy (Crowe et al., 2010, s. 905). U 31 % pacientek bývá indikována alespoň jedna porucha stravování, přičemž k nejčastějším patří mentální anorexie (15,5 %), záchvatovité přejídání (14,2 %) a mentální bulimie (5,4 %) (Crowe et al., 2010, s. 905). Výsledkem je redukce délky života, na níž se negativně podepisuje zvýšená pravděpodobnost výskytu diabetes mellitus 2. typu, kardiovaskulárních chorob, dyslipidémie, hypertenze a některých druhů zhoubných nádorů (Callan, Howland, 2009, s. 11).

Vedle dalších průvodních komplikací je třeba uvést poruchy spánku, které jsou typické pro dětské pacienty s bipolární poruchou. Ve spojitosti s častějšími a intenzivnějšími manickými epizodami, jak jsme si ukázali výše, pak může snížená potřeba spánku způsobit

narušení spánkového režimu (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 6) a dlouhodobě i neschopnost jeho obnovení (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85).

Jednotlivci s bipolární poruchou prožívají její příznaky nejen jako zdravotní komplikaci, ale rovněž ze sociálního a kulturního hlediska. Nemoc se tak stává ovlivňujícím faktorem v interakci s jejich okolím – se společností jako celkem (Warren, 2007, s. 33). Jestliže odhlédneme od skutečnosti, že z pohledu léčby je BAP jednou z finančně nejnákladnějších psychiatrických onemocnění (Crowe et al., 2010, s. 897), pak vstupuje na zřetel především její negativní konsekvence pro fungování pacienta v prostředí sociálních vazeb (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 168–169; Jönsson et al., 2011a, s. 29). Klienti postižení BAP jsou konfrontováni s celoživotní chorobou, která s sebou nese významné následky v podobě sociálních a profesních bariér (Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 245; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 434; Wilson, Crowe, 2009, s. 878; Walid, Zaytseva, 2011, s. 223; Crowe et al., 2011, s. 347), a to nejen pro ně, ale rovněž pro jejich rodinné příslušníky (Hamrin, Pachler, 2007, s. 41; Goossens, Beentjes, 2008, s. 3; Crowe et al., 2010, s. 897; McGuinness, 2012, s. 17). Další oblastí života, do níž nemoc vážně zasahuje, je vzdělávání, kdy pacienti s BAP mnohdy nedokážou překonat překážky, které jim tato choroba ve studiu klade (Hamrin, Pachler, 2007, s. 41; Wilson, Crowe, 2009, s. 878 ; Crowe et al., 2011, s. 347). Kromě kariéry mohou příznaky také poškodit či úplně zničit sociální vztahy s přáteli a rodinou. Není potom překvapující, že pacienti s bipolární poruchou mají vyšší pravděpodobnost osamocení: v mnoha případech se nikdy neožení (nevdat), popř. se rozvedou (Walid, Zaytseva, 2011, s. 223). Ne zřídka dochází k jejich úplnému či bezmála úplnému sociálnímu izolování (Skjelstad et al., 2010, s. 8). Dle výzkumů a statistik dosáhne uzdravení ve smyslu sociálního a profesního fungování méně než 33 % klientů (Maskill et al., 2010, s. 536), podle jiných autorů 40 % (Crowe et al., 2010, s. 897).

Zvlášť závažné důsledky má BAP pro pacienty v dětském věku a dospívání. Děti totiž doslova bojují o každý úspěch ve vzdělávání a navazování mezilidských vztahů (McGuinness, 2012, s. 17), s jejichž vytvářením nemají zkušenosti dospělých (Hamrin, Pachler, 2007, s. 41). Příčinnou bývá nedostatek důvěry a tím i odcizení od svých vrstevníků, kteří malého pacienta s BAP vnímají jako kuriozitu, v horším případě jako zavrženíhodnou abnormalitu (Crowe et al., 2011, s. 344). U dětí a zejména dospívajících jedinců s BAP nejsou výjimkou nevhodné sexuální expozice. To se může u dětí projevovat častou sebestimulací, u mladistvých věst

k hypersexuálnímu chování a promiskuitě, což samo o sobě staví pacienty do apriorně nevýhodného postavení při jejich začleňování se do okolní společnosti (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 86). Největší potenciál k vyvolání diskriminační reakce v sobě dle výzkumů skrývají povznesená nálada a grandiozita plynoucí z manických či hypomanických epizod (McDougall, 2009, s. 35). Děti s expanzivní náladou pro své okolí vynikají nápadným chováním: jejich interakce s prostředím je rušivá, jednají bezdůvodně vesele, hloupě, mají pocit, že jsou „pupkem světa“. Děti a adolescenti postižení bipolární poruchou jsou často přesvědčeni o své superioritě – ve svých očích jsou silnější, chytřejší a celkově schopnější než jejich vrstevníci, či dokonce dospělí (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85). Taková povznesenost bývá zpravidla pro okolí nevhodná, nepříjemná a tím pádem nepřijatelná (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85).

Odborná literatura se ve velké míře zaměřuje na druhy rizikových jednání spojených s prožíváním bipolární afektivní poruchy. Autoři často zmiňují inklinaci pacientů k užívání omamných návykových látek (Hamrin, Pachler, 2007, s. 42; Crowe et al., 2010, s. 905; Maskill et al., 2010, s. 536; Sherrod et al., 2010, s. 21; McGuinness, 2012, s. 18; Miklowitz, 2012, s. 502–503), alkoholu (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 169) a aktivnímu silnému kouření (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11). Adolescenti s BAP propadají závislosti až pětikrát častěji, než je tomu u zdravé populace (Miklowitz, 2012, s. 502). Statistiky zaměřené na obecnou skupinu pacientů s bipolární poruchou uvádějí, že k užívání návykových látek přistoupí asi pětina této skupiny; u pacientů s raným nástupem nemoci tento podíl dosahuje téměř poloviny celkového počtu (47,8 %) (Skjelstad et al., 2010, s. 7). Vztah mezi BAP a užíváním návykových látek není zcela jasný. V mnoha případech závislost na těchto látkách vzniká již před prvním objeveným příznakem nemoci. Je proto obtížnější BAP diagnostikovat, protože její projevy mohou být připisovány právě změnám chování vyvolaných závislostí (Miklowitz, 2012, s. 502).

Jak upozorňuje naprostá většina autorů zabývajících se problematikou bipolární afektivní poruchy, v návaznosti na neutěšenou sociální situaci a závislost na návykových látkách jsou pacienti potýkající se s příznaky BAP vystaveni zvýšenému riziku sebevražedných sklonů (Sherrod et al., 2010, s. 21; Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 895; Sorrell, 2011, s. 22; Miklowitz, 2012, s. 502), jež je odhadem až devětkrát vyšší než u zdravých jedinců (van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 434). Nebezpečí se dále zvyšuje, čím dříve byl pacient nucen se s příznaky BAP potýkat (Hamrin, Pachler,

2007, s. 42; McGuinness, 2012, s. 17). Nárůst pokusů o sebevraždu u klientů s BAP oproti ostatní populaci se pohybuje mezi 10 až 15 procenty (Davies, McBride, Sajatovic, 2008, s. 649).

2 Bipolární afektivní porucha z pohledu rodiny a blízkých a jejich role v ošetrovatelské péči

Jak jsme již několikrát naznačili v předchozí kapitole, bipolární afektivní porucha (podobně jako všechny závažné choroby) představuje značnou socioekonomickou zátěž pro pacienty stížené jejími nelehkými symptomy. V této části bakalářské práce si pro změnu přiblížíme problematiku dopadů BAP na rodinné příslušníky a blízké, kteří musí mnohdy ve styku s nemocným přizpůsobit této chorobě svůj každodenní život. Ošetrovatelská péče je primárně zaměřena na zmírňování projevů nemoci u klienta a asistenci při poskytování léčby, avšak spolupráci s rodinou nemocného lze taktéž považovat za součást ošetrovatelské činnosti (van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 435). Jejich začlenění do léčebného procesu je podle většiny autorů v tomto směru zaměřených odborných příspěvků velmi důležité (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11; McDougall, 2009, s. 36; Jönsson et al., 2011a, s. 29; Sorrell, 2011, s. 24), ne-li naprosto nezbytné (van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 435; Jönsson et al., 2011b, s. 333). Přese všechno zdůrazňování významu zapojování blízkého okolí pacienta do ošetrovatelské činnosti je ovšem třeba podotknout, že tomuto tématu věnuje pozornost jen relativně malá část odborné literatury. V praktické psychiatrii bývá role rodiny stále v mnoha případech podceňovaným faktorem (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 5), s čímž koresponduje i omezený výzkum v tomto směru (Jönsson et al., 2011a, s. 30).

2.1 Dopady bipolární afektivní poruchy na pacientovo blízké okolí

O skutečnosti, že BAP (obdobně jako jiné duševní choroby) postihuje nejen samotného pacienta, ale také mnohdy přináší pro rodinu a přátele těžko pochopitelné, tíživé a stresující situace (Jönsson et al., 2011b, s. 334), jsme se již zmínili v předchozí kapitole. Pro správné uchopení problematiky negativních dopadů BAP na klientovy rodinné příslušníky a blízké je nezbytně nutné přijmout premisu, že bipolární porucha se takto stává nedílnou součástí života v nejhlubším významu tohoto slovního spojení (Crowe et al., 2011, s. 343; Jönsson et al., 2011a, s. 30; Jönsson et al., 2011b, s. 338) – nemoc spoluutváří jejich osobní identitu (Wilson, Crowe, 2009, s. 882). Buďto se s ní vyrovnají a po čase se stane péče o nemocného BAP rutinou či zaběhnutým stereotypem, čímž dojde i ke zlepšení kvality jejich života (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 6; Maskill et al., 2010, s. 540), anebo bude mít

pro ně i nemocného fatální následky sociálního, ekonomického a v konečném důsledku i zdravotního rázu (Jönsson et al., 2011a, s. 34).

Vedle objektivní zátěže, kterou BAP způsobuje (již několikrát zmiňované finanční problémy, omezení volného času, kariérní komplikace plynoucí z nemoci pro pacienta atd.), bude v této části vyzdvižen význam zátěže subjektivní. S postupnou proměnou psychiatrické zdravotnické péče a inklinací ke komunitnímu metodickému přístupu (Jönsson et al., 2011a, s. 29) jsou pacientovi blízcí o to více vystaveni psychickému tlaku vyvolanému absencí pocitu bezpečí. Potenciální hrozbou plynoucí z možného pacientova násilí vůči sobě samému i svému okolí, která mnohdy nabývá podoby přemrštěných požadavků, závislostí, nočního neklidu, symptomatického chování vyvolávajícího negativní společenskou reakci i nekooperativního jednání (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 5), může dojít k rozvinutí nutkavého pocitu izolování rodiny od „běžného“ společenského života (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 5; Jönsson et al., 2011a, s. 30), pocitu ztráty kontroly nad vlastním bytím (Jönsson et al., 2011a, s. 29–30), což faktickou izolaci může ve svém finálním výsledku zapříčinit. Běžné jsou proto pochopitelně případy, při nichž vědomí trvalého charakteru BAP vyvolává u členů rodiny a přátel hněv a zášť vůči nemocnému, čímž se celá situace ještě více zhoršuje (Jönsson et al., 2011b, s. 339).

Nejsilněji pociťují subjektivní zátěž ti, kteří mají k pacientovi nejblíže. Členové rodiny si udržují kontinuální emocionální závazek založený na lásce a zájmu o osobu trpící BAP (Jönsson et al., 2011a, s. 34). Protože choroba narušuje především emocionální vazby, k největším škodám přirozeně dochází ve vztazích mezi nemocným a jeho rodinou v nejužším kruhu. Z toho a dalších důvodů velká část autorů, zaměřujících svou výzkumnou činnost na problematiku vlivů bipolární poruchy na blízké nemocného, věnuje svou pozornost roli manželského vztahu při zvládnutí takto vyvolané krize (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 6; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 441; Walid, Zaytseva, 2011, s. 223).

Je všeobecně přijímaným faktem, že udržovat manželství je ze všech mezilidských vztahů nejnáročnějším „posláním“, poněvadž samo o sobě představuje závazek a přináší vzájemná očekávání (Walid, Zaytseva, 2011, s. 223). Stejně jako jiná vážná onemocnění i BAP může tato očekávání zklamat. Partnerský vztah se často mění ve vztah rodič-dítě (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 6), kdy je pacient během těžkých epizod odkázán na pomoc partnera a ten je pro změnu ve svém snažení i každodenních starostech osamocen. Pocit samoty a odloučení je pro zdravé partnery v manželstvích postižených bipolární poruchou

dle psychologických závěrů typický (van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 436). Nakumulované problémy spojené s nechtí spolupracovat, s degradací sexuálního života, s překážkami při plánování rodičovství, s otázkami ekonomického zabezpečení domácnosti, s tíhnutím k alkoholu, s těžkými projevy manických a depresivních epizod a recidivou onemocnění se na fungování manželství zcela zjevně podepíší. Během depresivních příznaků na pacienta doléhá beznaděj, nechut' sám k sobě a sebepohrdání, introverze až izolace, z níž nakonec vzniká hluboký a tíživý dojem samoty (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 6). Tato bývá zdravými partnery popisována na základě pocitu absolutní odpovědnosti za chod domácnosti, výchovu dětí a samozřejmě péči o nemocného (van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 437). Není výjimkou, že je pronásleduje přesvědčení o vlastní vině a jejich podílu na pacientově stavu (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 6; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 437). Vidina rozvodu se tak pro zdravého manžela či manželku stává přijatelnou únikovou cestou ze zoufalého soužití (Walid, Zaytseva, 2011, s. 223).

Rovněž autoři geriatrického a pediatrického přístupu jsou při svém studiu vlivu BAP na pacientovy blízké ovlivnění cílovou skupinou jejich vědeckého zájmu. V případě starších pacientů je potřeba poskytování pomoci od svých blízkých pochopitelná, a to i bez ohledu na diagnózu BAP. Přítomnost tak vážné choroby, jako je bipolární porucha, jejich situaci ještě umocňuje (Cruz et al., 2011, s. 950). Avšak děti a mladiství jsou přítomností BAP ohroženi naprosto jiným, ve svém důsledku závažnějším způsobem. Pokud se jedná o dětské a adolescentní pacienty, rodiče by měli být zapojeni ne pouze informativně, nýbrž i aktivně do léčebného a ošetrovatelského procesu (McDougall, 2009, s. 38), protože jsou to právě oni, kteří si mnohdy stav svého nemocného potomka kladou vědomě či podvědomě za vinu (Crowe et al., 2011, s. 346). Pro rodiče navíc představuje možný problém snadná zaměnitelnost příznaků BAP s důsledky sociopatologického jednání. Manickou fází, projevující se zdánlivě neodůvodnitelnou zuřivostí, lze nesprávně interpretovat jako chování vyvolané týráním malého pacienta (Crowe et al., 2011, s. 347).

V opačném případě, kdy je bipolární poruchou postižen jeden z rodičů, je rizikům subjektivní zátěže vystaveno dítě, jež je nuceno se vyrovnat s abnormalitou chování jednoho ze svých vzorů. Zejména opakované depresivní epizody, při nichž se nemocný uzavře vůči svému okolí, mohou být pro dítě vystavené pocitu osamocení (Jönsson et al., 2011a, s. 33) příčinou vážného emocionálního traumatu (Walid, Zaytseva, 2011, s. 223). Na základě

psychologických pozorování vyšlo najevo, že děti žijící s duševně nemocným rodičem jsou apriorně vnímány jako taktéž ohrožené touto chorobou. Takové uvažování posiluje obavy rodičů trpících BAP z hroživé vize vlastní budoucnosti i budoucnosti jejich potomků (Wilson, Crowe, 2009, s. 878).

2.2 Otázka účasti rodiny a blízkých na ošetrovatelském procesu

Odborná literatura je v otázce aktivního zahrnutí pacientova okolí do ošetrovatelské péče ve zjevné shodě. Podpora klientovy rodiny a jeho blízkých se pozitivně projeví nejen na něm samém ze zdravotního hlediska, ale rovněž přináší cenné vědomosti, zkušenosti a nadhled pro ty, kteří trpí subjektivním břemenem (viz podkapitola 2.1). Ti pak často popisují tuto svou participaci jako příležitost k osobnostnímu růstu a poznání svého potenciálu získat větší povědomí o své vlastní vnitřní síle (Maskill et al., 2010, s. 540; Jönsson et al., 2011a, s. 35; Jönsson et al., 2011b, s. 334). Výzkumy dále ukázaly, že vzdělávací intervence cílená na členy rodiny, kteří žijí v domácnosti s nemocným s bipolární poruchou celkově zvýšila jejich pochopení pacientova stavu a zdokonalila jejich schopnost fungovat v sociálním prostředí (Jönsson et al., 2011b, s. 334).

Tento povětšinou sdílený názor nasvědčuje způsobu zapojení blízkých do péče o klienta, který je autory upřednostňován: vzdělávání, ošetrovatelská činnost ve prospěch trpícího a pozorování jeho aktuálního i dlouhodobého stavu (více viz kapitola 3.). Konkrétní cíle pak tkví, zaprvé, ve snaze eliminovat pocit osamění zdravého partnera. Sestra by měla nabídnout systematickou podporu a přizpůsobovat ji momentální fázi, v níž se pacient nachází. Pomoc za účelem stabilizace emocionálního rozpoložení blízkých a psychoedukace musí být především prováděna metodou individuálního přístupu (van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 441). Zadruhé, vzdělávání za účelem zlepšení možnosti identifikovat příznaky BAP umožní rodině rozeznat její jednotlivé fáze. Mohou tím informovat poskytovatele zdravotní péče o změnách v průběhu choroby a upozornit na možné ohrožení klientova zdravotního stavu (Sorrell, 2011, s. 23). A konečně zatřetí, zprostředkovat rodině a blízkým příležitost podělit se o své zkušenosti a trápení s lidmi nacházejícími se v podobné tíživé situaci (Jönsson et al., 2011a, s. 35).

2.3 Pozitivní dopady participace blízkých na ošetrovatelské péči

Odborná literatura se zmiňuje o několika zásadních důvodech, proč je zapojení blízkých do léčebného a ošetrovatelského procesu tolik důležité. Tyto důvody lze pro zjednodušení shrnout do dvou kategorií. Zaprvé, především vyzdvihuje pacientovu potřebu cítit v kritických situacích, které nemoc provázejí, podporu své rodiny a blízkých (Jönsson et al., 2011a, s. 29), kteří se po ukončení hospitalizace de facto stanou bezprostředními pečujícími a ošetřujícími (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 5; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 435). Reakce, chování a jednání pacientova okolí, jež jsou neoddiskutovatelně ovlivněny specifickými příznaky BAP, totiž přímo působí na samotného pacienta a představují vstupní faktor v pečovatelském přístupu (Crowe et al., 2011, s. 343; Miklowitz, 2012, s. 503). Na druhou stranu je ovšem přenos odpovědnosti za péči o svého příbuzného nebo blízkého trpícího bipolární poruchou většinou autorů, čerpajících své poznatky ze statistických výzkumů a praxe, popisován jako velmi stresující (Jönsson et al., 2011a, s. 29; Jönsson et al., 2011b, s. 333; Walid, Zaytseva, 2011, s. 223) a přinášející psychickou a fyzickou zátěž (Crowe et al., 2010, s. 897; Crowe et al., 2012, s. 447), která pro nepřipravené může znamenat těžce překonatelné, pokud vůbec zvládnutelné úskalí v oblasti fungování domácnosti, kariéry, financí a trávení volného času (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 5; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 435). Tato zátěž se dále zvyšuje v přímé úměrnosti se všeobecným trendem zkracování hospitalizace (Crowe et al., 2012, s. 447). Není proto divu, že se rodina a blízcí o své nelehké situaci často vyjadřují, jako kdyby „se pohybovali po minovém poli, snažíc se vyhnout výbuchu“ (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85), či ve smyslu podobném.

Pro podporu orientace výzkumu a praxe na rodinné příslušníky a blízké pacienta s BAP lze nalézt oporu ve výsledcích léčby, resp. ošetrovatelské péče, které vykazují jednoznačně pozitivní dopad zapojení klientova okolí do ozdravného procesu. Je to dáno skutečností, že tito jsou v postavení, v němž mohou apriorně identifikovat problémy vyvolané nemocí a akutně zasahovat ve chvílích nejvyšší potřeby (Cruz et al., 2011, s. 950) a prospěšně působit při kontrole dodržování léčebných postupů (McDougall, 2009, s. 38; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 437). Z řady výzkumů vyplývá, že ti pacienti, kteří žijí v emočně příznivém prostředí, neboli s blízkými projevujícími soucit a dostatek pochopení pro mnohdy vyhrocené projevy BAP, vykazují výrazně nižší počet hospitalizací oproti těm, kteří takové štěstí nemají (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 176).

Při užití opačné logiky dochází autoři ke stejným závěrům: obdobně jako u jiných psychických poruch, intenzivně vyjadřované emoce (vztek, stud, výčitky, nepřiměřená kritika, skrytý či otevřený nepřátelský postoj apod.) jsou obvykle spojeny s vyšším výskytem recidiv a vážnějším průběhem příznaků choroby u pacienta s BAP, nežli je tomu v případech umírněného a citově vyváženého přístupu rodiny a blízkých k nemocnému (Miklowitz, 2012, s. 503). Zde probírané téma ještě nabývá na důležitosti, pokud si uvědomíme korelaci mezi bipolární afektivní poruchou a nepříznivým sociálním jednáním, k němuž pacienti ne zřídka přistupují (více viz kapitola 1.): užívání narkotik a nadužívání alkoholu, které zhoršuje průběh choroby (Walid, Zaytseva, 2011, s. 223), v horším případě inklinace k řešení tíživého stavu sebevraždou (Sorrell, 2011, s. 24). Vyrovnané a dobře fungující rodinné a přátelské vazby slouží jako prevence těchto rizikových projevů. Prospěšnost posunu od institucionální ke komunitní péči se tudíž zdá zcela zjevná (Jönsson et al., 2011a, s. 29).

Zadruhé, díky zkušenostem s odborným přístupem k léčbě BAP získávají rodinní příslušníci a blízcí pacienta neocenitelnou průpravu, která s sebou do značné míry nese preventivní potenciál pro ně samotné (van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009, s. 441). Jak bylo uvedeno výše, neustálý kontakt s nemocným a příznaky jeho choroby představují velké stresové břemeno. Přítomnost a neporozumění nemoci dle závěrů odborné literatury často vede ke zhoršení zdravotního stavu samotných členů rodiny a blízkého okolí pacienta, které se zvláště u dětí žijících v rodinách postižených příznaky bipolární afektivní poruchy může rozvinout až do závažných psychopatologických a psychosociálních problémů (Wilson, Crowe, 2009, s. 878). Dle lékařských záznamů je u blízkých pacienta dokonce potvrzeno zvýšené riziko výskytu kolitidy, astmatu a artritidy (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 6). Naopak participace rodiny na ošetrovatelské péči, která rovněž přináší nový pohled na BAP a pochopení její podstaty, umožňuje snížit subjektivní zátěž choroby vnímanou rodinnými příslušníky. To jim pomáhá vypořádat s obtížnými situacemi (více viz podkapitola 2.1) lepším způsobem, a to i v případě, že nedojde k žádné změně objektivní zátěže nebo stavu pacienta s BAP (Jönsson et al., 2011b, s. 333).

3 Role sestry v léčebném a ošetrovatelském procesu u pacientů s BAP

Ačkoli je ordinování léčby a volba konkrétního léčebného postupu výhradně povinností lékaře, všeobecná sestra vykonává nenahraditelnou funkci spočívající v bezprostředním kontaktu s pacientem a v pozici mediátora mezi subjektem a objektem medikace, resp. poskytujícím léčbu a léčeným. Odborná literatura vesměs zdůrazňuje tuto roli ošetrovatelského personálu a především sester, které ve všech oblastech zdravotní péče hrají klíčovou roli v brzkém rozpoznání příznaků, v pomoci při hledání vhodných intervencí a sledování medikačních postupů (např. Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 10; Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 86).

3.1 Současné možnosti léčby a její transformace

Léčba bipolární afektivní poruchy je ve své podstatě symptomatického charakteru a do značné míry zaměřená na prevenci následných epizod (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 168), přičemž při jejich rozvinutí je jejím cílem snížení negativních dopadů s nimi spojených (Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 245). Obecně lze medikaci BAP rozdělit do tří fází dle odlišných cílů a zvolených postupů. V první fázi je kladen důraz na akutní léčbu příznaků, které nabývají zejména podobu depresivních a manických, popř. hypomanických epizod (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 168). Po dlouhou dobu byla odbornou veřejností preferována farmakologická léčba, která ovšem navzdory významným pokrokům (Crowe et al., 2012, s. 447) ztratila své výsadní postavení a postupem času ustupuje ve prospěch kombinovaných psychologicko-farmakologických intervencí (Crowe et al., 2010, s. 906). Část autorů si však neodpustí poznamenat, že přes stále častější důkazy o účinnosti adjuvantní psychologické léčby jak u dospělé, tak i dětské formy BAP (Miklowitz, 2012, s. 502), je vlivem „chybného“ přesvědčení o úspěšnosti medikačního procesu formou ordinování léků – zejména stabilizátorů nálady, jimiž jsou nejčastěji lithium, karbamazepin, valproát nebo lamotrigin (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 175) – nadále málo pozornosti věnováno vědeckým studiím o psychosociálních metodách léčby (Crowe et al., 2010, s. 906).

Druhá fáze navazuje na předchozí potlačení akutních epizod snahou o jejich prevenci (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 168). Správně provedená a účinná prevence, o jejíž důležitosti jsme více hovořili v předchozí kapitole, může být nedocenitelným faktorem, díky kterému lze zabránit úplnému rozvoji bipolární poruchy, či alespoň zlepšit výsledky budoucí léčby a celkovou prognózu (Skjelstad et al., 2010, s. 2). Důraz na ni kladený je ještě více pochopitelný v případě dětských a mladistvých pacientů (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 85), u nichž podle statistik asi v 50 % uplyne 5 let mezi výskytem prvních příznaků BAP a její správnou diagnózou (McGuinness, 2012, s. 19). V rámci této léčebné fáze jsou upřednostňovány metody snižování podnětů inicializujících jednotlivé epizody a ve spojení s následující fází podpora vzniku klidného, kontrolovaného a strukturovaného prostředí nemocného (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 175).

Touto třetí a v pořadí poslední fází je profylaktická medikace nastupující po úplném zotavení z akutní epizody za účelem předcházení budoucích projevů bipolární afektivní poruchy (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 168). Jedná se o dlouhodobý proces, který pro klienty s diagnózou BAP znamená značnou zdravotní zátěž. Ta je zjevná především u starších pacientů, u nichž dochází k proměně farmakodynamiky a farmakokinetiky (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 336) a celkově ke změně reakce na předepsaná léčiva. Zejména při intenzivní farmakoterapii tímto vzniká jisté nebezpečí pro zdraví pacientů. Navíc bývá při nasazení čistě farmakologické léčby snižována její efektivita dalším negativním faktorem, jímž je vysoká míra nedodržování předepsané léčby ze strany nemocných (Crowe et al., 2010, s. 906).

Z těchto a dalších důvodů se během této fáze otevírá největší prostor pro nasazení kombinované léčby, která spojuje jak farmakologické strategie, tak psychosociální intervence. Nejen autoři odborné literatury, nýbrž také odborníci z praxe stále častěji vyzdvihují pozitivní důsledky takové léčby pro pacienty trpící BAP (Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 245). Na rozdíl od výhradní farmakologické léčby zaznamenávají psychologicko-edukační intervence úspěchy v podobě stabilizace stavu a částečného návratu do běžného života, na něž nemá typické nedodržování medikace pacienty s bipolární poruchou tak fatální dopad (Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 895). Vznik nových metod léčby zahrnujících psychosociální participaci zdravotnického personálu a psychologické vzdělávací aktivity pro pacienty je podporován různými odbornými instituty (např. Americká

psychiatrická asociace, Společnost pro klinickou psychologii) (Crowe et al., 2012, s. 447; Miklowitz, 2012, s. 503) a jejich ústředními nástroji jsou, zaprvé, vytvoření fungujícího pravidelného kontaktu mezi lékařem, resp. ošetřujícím a klientem postiženým zatěžujícími příznaky bipolární poruchy (Eker, Harkin, 2012, s. 410) a, zadruhé, podpůrná profesionální činnost za účelem stabilizace pacientova prostředí participací jeho rodiny a blízkých na samotném léčebném procesu (Sherrod et al., 2010, s. 26; Jönsson et al., 2011b, s. 333). Pouze komplexní medikamentózní postupy a zásahy do průběhu nemoci, kombinující nasazení léčiv a psychosociální intervence (Hamrin, Pachler, 2007, s. 54; McDougall, 2009, s. 38; Sorrell, 2011, s. 23), slaví v této dlouhodobé, ne-li trvalé léčebné fázi v řadě případů relativní úspěchy (Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 901), a to jen za předpokladu, že pacient, jeho rodinní příslušníci a blízcí a poskytovatelé zdravotní péče se společně podílejí na plánování a realizaci snah o uzdravení a návrat do normálního života s minimem následků (Sherrod et al., 2010, s. 26). Postupně se pak do odborné terminologie zavádí nový výraz „léčba cílená na rodinu“ (Family Focused Therapy, FFT), která přesně v duchu výše popsané charakteristiky a ve spojení s farmakoterapiemi přináší osvědčený a sofistikovanější model péče o pacienta s BAP (Miklowitz, 2012, s. 503).

3.2 Moderní podoba ošetrovatelské péče a všeobecná sestra

Ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s bipolární afektivní poruchou prošla v posledních dekádách stejnou proměnou jako léčebné metody. Jak bylo uvedeno v předchozí podkapitole, farmaka samotná nejsou dostačující léčbou (Crowe et al., 2010, s. 906; Crowe et al., 2011, s. 347). Jejich problematický a omezený přínos pro pacientovo zdraví vytváří mezeru, jejíž zaplnění je v moderní ošetrovatelské teorii i praxi přisuzováno všeobecným, resp. psychiatrickým sestřím. Autoři odborných studií, mnohdy doporučující odlišné přístupy v ošetrovatelském postupu, se v této problematice jednoznačně shodují na důležitosti role sestry jakožto ústředního vykonavatele psychosociálních intervencí (Goossens, Beentjes, 2008, s. 9; McDougall, 2009, s. 33; Crowe et al., 2010, s. 906; Jönsson et al., 2011b, s. 339), dohlážitelské na klinickou praxi (McDougall, 2009, s. 38; Crowe et al., 2010, s. 906; Maskill et al., 2010, s. 541; Sorrell, 2011, s. 22; Ward, 2011, s. 26), zpracovatele kvalifikovaných pozorování a studií efektivity a potenciálů ošetrovatelské péče (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 175; Crowe et al., 2010, s. 906; Ward, 2011, s. 26) a školitele pacientů i neformálních poskytovatelů péče (rodiny a blízkých) o klienta s BAP

(Wilson, Crowe, 2009, s. 883; Maskill et al., 2010, s. 541; Jönsson et al., 2011b, s. 339; Sorrell, 2011, s. 24).

Na základě studie vybraných odborných článků lze dospět k několika tvrzením, které většina autorů sdílí, a k nimž navzdory odlišným přístupům k výzkumu problematiky BAP nakonec vesměs dospějí. Zaprvé, význam ošetrovatelské péče o nemocné s BAP je nezřetelnější v průběhu třetí fáze léčebného procesu (viz podkapitola 3.1), kdy klíčovou roli hrají důvěra pacienta v poskytovatele péče a víra v úspěch léčby. Prostor mezi lékařem a klientem, které je již tradičně doménou sestry, představuje komunikační kanál, jímž je tato důvěra budována (Wilson, Crowe, 2009, s. 883). Všeobecná sestra, jež je (bez jakékoli negativní konotace) ve více rovnocenném postavení k nemocnému pro svůj každodenní kontakt s ním (Goossens, Beentjes, 2008, s. 9), dokáže přesněji monitorovat změny zdravotního stavu i chování klienta a operativně upravit preventivní opatření proti opakování neblahých projevů poruchy (Ward, 2011, s. 26). Cestou k důvěře, tomuto klíčovému prvku, je schopnost naslouchat problémům trpících a jejich blízkých, projevit zájem o zlepšení jejich nelehkého stavu (Jönsson et al., 2011a, s. 35) a sdílet víru ve zlepšení a nadějnou budoucnost (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15).

Zadruhé, neodmyslitelnou součástí moderních ošetrovatelských postupů je poradenství, iniciace a vedení diskuze. Díky navození důvěry prostřednictvím emocionální podpory (Jönsson et al., 2011a, s. 34) mezi pečovatelem na jedné straně a nemocným, resp. blízkými na straně druhé (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 174) lze vytvořit příhodné podmínky pro otevřenou diskuzi pacientů s ošetřujícími, popř. pacientů s dalšími nemocnými zažívajícími stejná trápení a problémy s vyrovnáním se s následky BAP, což dle výsledků studií vnáší do léčby pozitivní faktor porozumění a sdílení cenných zkušeností (Goossens et al., 2007, s. 556) při různých léčebných a ošetrovatelských postupech (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15). Míra jeho přínosu se zvyšuje v případech užívání návykových látek (Ward, 2011, s. 25–26), jež nejsou u bipolární poruchy zrovna výjimkou (viz kapitola 1.).

Zatřetí, silný nástroj psychosociální intervence, jíž je všeobecná/psychiatrická sestra hlavním vykonavatelem, představují edukační aktivity. Ty by měly být součástí běžné ambulantní i nemocniční praxe (Eker, Harkin, 2012, s. 414) a v souhrnu vycházejí z několika premis: (1) kontinuální stres plynoucí z neutěšeného stavu trpícího je velkou, někdy až neúnosnou zátěží pro rodiny a blízké pacienta (Crowe et al., 2011, s. 348), jehož dopad

by měl být zmírněn odborným zasvěcením do problematiky nemoci a její léčby (Eker, Harkin, 2012, s. 410); (2) přítomnost BAP u dětských, někdy také dospělých pacientů je často příčinou nutkavého pocitu viny jejich rodičů, resp. životních partnerů (Crowe et al., 2011, s. 348); (3) minimalizace recidivy bipolární poruchy (obdobně jako jiných psychiatrických onemocnění) koreluje s omezením stimulů z okolí, které příznaky mohou vyvolat (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 10; Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 175; Crowe et al., 2012, s. 447); (4) fundamentální roli hraje prevence nedodržování léčebných postupů a farmakologické terapie, jež může způsobit relaps nemoci, její zhoršení či další rozvinutí (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15; Cruz et al., 2011, s. 951; Eker, Harkin, 2012, s. 410).

Konečně začtvrté, pediatrický epistemiologický přístup k léčbě bipolární afektivní poruchy obzvláště poukazuje na schopnost všeobecné/psychiatrické sestry intervenovat v oblasti dodržování zásad zdravého životního stylu (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11; McDougall, 2009, s. 37) ve snaze redukovat vedlejší účinky naordinovaných léčiv (Ward, 2011, s. 26). Vedlejšími účinky běžně používaných medikamentů je totiž mnohdy zvýšení tělesné hmotnosti, která společně s celkovou nepříznivou proměnou vzhledu znamená pro adolescenty „velmi dobrý důvod“ k přerušení léčby (McDougall, 2009, s. 37; Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 902). Důraz kladený na potřebu kontroly tělesné hmotnosti ovšem není součástí pouze péče o mladé pacienty, nýbrž je společný všem klientům s BAP (Callan, Howland, 2009, s. 11).

3.3 Sestra v multidisciplinárním týmu a nároky na ní kladené

Roli sestry v ošetrovatelském procesu není třeba podrobněji popisovat. Péče o pacienty s bipolární afektivní poruchou vyžaduje specializovaný přístup, který ovšem není v rozporu s jejími běžnými úkoly. Totiž s činnostmi sestry spojenými s obecnou ošetrovatelskou péčí, jež poskytují nejen nemocným s BAP. Sestry zastupují klíčovou pozici ve zvládnutí akutních epizod, v podpoře zotavení z nich a taktéž v předcházení relapsů (McDougall, 2009, s. 38). Jsou schopny včas rozpoznat příznaky bipolární poruchy (McDougall, 2009, s. 38; Sorrell, 2011, s. 24), vést pacienty k odpovědnému dodržování předepsaných léčebných postupů (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15; McDougall, 2009, s. 38; Sorrell, 2011, s. 24), stejně tak je i přesvědčit o nutnosti zvýšit již tak náročnou léčbu, včetně farmakologické terapie (Sorrell, 2011, s. 24). Dnes není výjimkou ani profesionální poradenství věnované pacientům a jejich rodinám (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15;

Jönsson et al., 2011b, s. 339; McGuinness, 2012, s. 19). Mezi hlavní povinnosti sestry patří sledování bezpečné léčebné sérové hladiny, průběhu nemoci dle frekvence jejích příznaků (Sorrell, 2011, s. 24), poskytování verbálních a písemných informací při každé fázi léčby a ošetřování (McDougall, 2009, s. 36), což je při podpoře neoficiálních pečovatелů velmi významnou pomocí (Jönsson et al., 2011b, s. 340). Tyto činnosti jsou zejména během léčby klientů s BAP nedocenitelné, protože, jak jsme si ukázali v předchozích podkapitolách, vedle psychologických a psychiatrických léčebných metod je v případě bipolární poruchy fundamentálním faktorem dobře prováděná sociální práce (Goossens et al., 2007, s. 556).

Jestliže je však sestra – psychiatrická i sestra v primární péči – zapojena do léčby a péče o klienta trpícího bipolární afektivní poruchou, je nucena se vyrovnat se specifickými nároky na její odborné dovednosti, ale i prostou lidskou schopnost cítit potřeby pacienta. Ačkoli se přístup sestry k nemocnému s BAP výrazně neliší od ošetřování jiných psychiatrických pacientů, je vhodné v duchu zde vybraných odborných článků explicitně vyjmenovat zvláštní úkoly, jichž se sestry pro úspěšnou péči o pacienty s BAP musejí zhostit, a odlišit je tak od nároků spojených s všeobecným ošetřovatelstvím.

Všeobecná sestra, resp. sestra s psychiatrickou specializací je v moderním zdravotnickém systému vysoce kvalifikovaný pracovník a je to právě sestra, která je nenahraditelným poskytovatelem péče trpícím bipolární poruchou (Jönsson et al., 2011a, s. 33). Svým vzděláním a proškolením disponuje vědomostmi a časem získanými zkušenostmi také dovednostmi vhodnými k řešení širokého spektra problémů ze somatické, psychické i sociální oblasti (Goossens, Beentjes, 2008, s. 9). Jsou ve většině případů prvním zdravotníkem, jenž se dostane do kontaktu s pacientem (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11) a tudíž velmi záleží na dojmu, který v nemocných a jejich blízkých, kteří vnímají svůj problém jako součást vlastní intimity, zanechají. Sestry si proto musí být vědomy síly negativních účinků, jež mohou zapříčinit pacientovy pocity ignorování nebo odmítání ze strany zdravotnického personálu (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15). Nové způsoby a metody ošetřovatelské práce (viz podkapitoly 3.1 a 3.2) s sebou přinášejí změnu a rozšíření tradiční role sestry (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 10).

Z důvodu extrémně citlivého charakteru bipolární poruchy a jejích sekundárních sociopatologických projevů je schopnost empatie, tento fundamentální princip sesterské práce, o to více zapotřebí. Zdravotníci a sestry především musí dbát na pozitivní vliv naděje (Jönsson et al., 2011b, s. 340) a optimistického vhledu do budoucnosti na celkové zdraví

nemocného (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15). Uživatelům psychiatrických služeb s BAP by měla být vždy k dispozici větší podpora a pochopení během významných událostí v životě, jako je ztráta zaměstnání či rozpad sociálních vztahů (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11; Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 252). Měly by rozlišovat mezi projevy hněvu a zoufalství, které často vede ke stejnému odmítavému postoji pacientů namířenému proti sestřím a rozvíjet profesionální přístup k pochopení agrese jakožto důsledku beznaděje (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 16). Vyžadovanou součástí standardní péče je minimalizace pocitu osamění, často zatěžující nemocné a jejich rodinné příslušníky, čímž se zvyšuje úspěšnost léčby a preventivně působí vůči nežádoucím sociopatologickým jevům (Jönsson et al., 2011a, s. 33). Pochopení pro pacienta a jeho potřeby by mělo obnovit rozvrácený společenský, profesní i osobní život a přirozeně vést ke zlepšení osobnostní integrity a smyslu vlastní identity (Wilson, Crowe, 2009, s. 883), která psychickou chorobou utrpí značné trhliny. Nástrojem empatického přístupu je primárně zvýšené monitorování zdravotního stavu a nálady nemocného (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11). Z toho vyplývá, že jedním z nejvýznamnějších přínosů empatického přístupu ke klientovi a jeho rodině se pak stává důvěra (Jönsson et al., 2011b, s. 340), neboli blízký terapeutický vztah sestra-pacient (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 175; Warren, 2007, s. 33), jež dopomáhá dodržovat předepsanou léčbu a tím i zvýšit pravděpodobnost úspěchu v boji proti BAP a za sociální začlenění nemocného (viz podkapitola 3.2). Pro získání důvěry je však v dnešním globalizovaném světě mnohdy zapotřebí orientace v kontextu různých kulturních rámců (Warren, 2007, s. 33). Je nutné předcházet neúmyslné diskriminaci a jednat s nemocným jako se sobě rovným (Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 252). Diferenciace kulturních rámců zahrnuje také věk, pohlaví, socioekonomický status, náboženství, fyzické handicapy, etnický původ i sexuální preference. Jejich neznalost přirozeně vede k vytvoření bariér mezi ošetřujícími a klientem a znemožňuje sestře získat si jeho důvěru (Warren, 2007, s. 33).

Na základě odborných studií je prokázáno, že rodiny žijící v domácnosti s osobou s těžkou duševní chorobou (mezi něž se BAP řadí) bývají nedostatečně informováni o problematice ošetrovatelské péče, jež je jejich trpícímu blízkému poskytována (Jönsson et al., 2011a, s. 35). Tato skutečnost poukazuje na další povinnosti všeobecné/psychiatrické sestry, jíž se pro dobro pacienta musí zhostit: schopnost realizovat odborné poradenské služby jak klientům s BAP, tak i neformálním pečujícími osobám z jejich blízkého prostředí. Jak bylo demonstrováno na poznacích autorů v první kapitole této práce, bipolární afektivní porucha

je běžně provázená nežádoucími sociopatologickými jevy, které mohou způsobit, a také mnohdy způsobují, rozpad sociálních vazeb pacienta v takřka všech sférách života. Znalosti a smysl pro složité mezilidské situace jsou nutnou výbavou středního zdravotnického personálu, od něhož se v moderních ošetrovatelských metodách očekává schopnost pomoci pacientovi vyrovnat se s důsledky desintegrace sociálních sítí (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15), předávat odborné rady a zkušenosti a tím snížit jeho individuální zátěž. Poradenství může nabývat podoby individuální terapie, nebo skupinového sezení (viz podkapitola 3.2), v jejichž rámci se klienti mohou podílet na výměně zkušeností s jinými osobami v obdobně složité životní situaci a tím zlepšit vlastní vyhlídky (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 175). Takové poradenství má značný potenciál k přecházení rozpadu sociálních vazeb a toho vyplývající sociální izolace a osamění (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 15). Díky vztahu sestra-pacient, v němž ošetřující vnímá problémy pacienta z jiného úhlu pohledu než pacient sám, se nemocnému otevírá cesta k často potřebné zpětné vazbě (Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 901) a tím pádem k pochopení svého vlastního problematického chování a jednání. A v neposlední řadě rovněž odborná podpora pro rodinné příslušníky a blízké pacienta hraje neodmyslitelnou roli v ošetrovatelské péči (Jönsson et al., 2011a, s. 34). Cílem tohoto poradenství by mělo být dosažení rovnováhy mezi komplikovanou přítomností a navozeným optimismem ohledně budoucnosti.

Ke zvládnutí nároků ošetrovatelské péče o pacienty s BAP je potřeba, aby se sestry aktivně zapojily do dalšího profesního vzdělávání a získávání nových znalostí o moderní léčbě a péči vyžadované komplexností povahy této choroby. S rozvojem komunitní péče, zdůrazňováním nutnosti participace rodiny a blízkých nemocného na léčebném procesu a důležitostí navození důvěry mezi zdravotnickým personálem a klienty se současně zvýšila i potřeba speciálního vzdělávání sester v klinice bipolární poruchy a koordinace primárních a neformálních pečovatелů, kteří ne zřídka postrádají důvěru ve zdravotní péči poskytovanou nedostatečně erudovanými sestrami (Jönsson et al., 2011a, s. 34). BAP je mnohdy nedostatečně diagnostikována vzhledem ke skutečnosti, že klient požádá o odbornou pomoc v depresivní fázi a tudíž není zřetelná bipolarita (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 174). Díky speciálnímu vzdělávání a prohloubení znalostí v symptomatologii BAP tak mohou sestry přispět velkým dílem k lepší diagnostice (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 10). Edukace by měla být zaměřena zejména na prohloubení vědomostí o projevech bipolární poruchy, jejích hodnotících kritériích, diagnostických metodách (včetně způsobů vedení rozhovorů a získávání informací), uplatňování strategie

založené na důkazech, cílené farmakologii a možnostech prognózy, řízení a plánování medikace a ošetrovatelské péče (Sherrod et al. 2010, s. 26; Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 901; McGuinness, 2012, s. 19). Zvýší se tím pravděpodobnost časného odhalení příznaků choroby prostřednictvím vyšetření duševního stavu pacienta v manické fázi (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 174; Sherrod et al. 2010, s.).

Výše zmíněné sociopatologické průvodní jevy (viz kapitola 1.) představují natolik závažný faktor, jehož negativní dopady mohou zcela zvrátit průběh terapie a zhoršit pacientovu prognózu, že moderní ošetrovatelské postupy kladou na všeobecnou/psychiatrickou sestru další nároky v podobě získávání odbornosti v jejich prevenci. Odhaduje se, že 10 až 15 % všech pacientů s BAP se alespoň jednou pokusí o sebevraždu (Sherrod et al., 2010, s. 26). Důkladnou anamnézou by sestra měla získat podrobnou představu o dosavadním průběhu nemoci, o nestabilitách a změnách nálad, o potenciálních stresových faktorech, klíčových životních událostech, užívání návykových látek, promiskuitním chování, ale i finanční situaci pacienta (Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007, s. 174; McDougall, 2009, s. 36) – jinými slovy poznat slabé a silné stránky svých klientů (Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 252). Touto cestou lze určit individuální riziko suicidia (Sherrod et al., 2010, s. 26), ale taktéž komorbiditu zneužívání drog a nadužívání alkoholu či tabákových produktů, čímž se snižuje možnost relapsu a stresová zátěž pro rodiny pacienta (Ward, 2011, s. 26).

Vzdělávání a školicí programy pojednávající o problému, kterým BAP je, nejsou důležité pouze ve vztahu ke střednímu zdravotnickému personálu, nýbrž také se zaměřením na zvyšování povědomí o nemoci u pacientů samotných a jejich blízkých. Všeobecná sestra v moderním ošetrovatelství zastává roli školitele v rámci různých psychoedukačních programů, jež mají za úkol přimět nemocné dodržovat předepsaný léčebný režim (Eker, Harkin, 2012, s. 410). Sestry jsou ve výhodné pozici proto, aby prováděly účelné studie o klinické účinnosti psychosociálních intervencí a díky závěrům těchto studií modifikovat ošetrovatelský plán (Crowe et al., 2010, s. 906; Sorrell, 2011, s. 22). Intervence vyžadují více, než informovat klienty a jejich blízké o podstatě a zvládnutí BAP. Edukace a poskytování informací by mělo probíhat postupně dle aktuální fáze léčby, v níž se pacient nachází (Goossens, Knoppert-van der Klein, van Achterberg, 2008, s. 252; Crowe et al., 2010, s. 906).

Stejně jako u metod léčby a ošetrovatelské péče, také v problematice nároků kladených na všeobecnou/psychiatrickou sestru odborná literatura zdůrazňuje specifika

vyplývající z povahy pediatrické, potažmo geriatrické BAP. Tato choroba je u dětí a dospívajících diagnostikována se stoupajícím trendem, čímž rostou požadavky na znalosti sester v oblasti péče o tuto předmětnou skupinu nemocných (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 84). Pokročilá sesterská praxe u dětských a mladistvých pacientů s bipolární poruchou je tudíž stále potřebnější (Hamrin, Pachler, 2007, s. 40). Tomu napomáhá skutečnost, že sestry bez ohledu na specializaci jsou stále častěji v kontaktu s nemocnými dětmi a dorostem ve všech fázích diagnózy a léčby, a to jak s přidruženou hyperaktivitou a poruchou pozornosti, tak i bez ní (Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008, s. 84). Kromě společných sezení s rodiči nebo pečovateli by sestry měly nabízet dětem a především dospívajícím samostatné individuální poradenství – s důrazem na případy mladých pacientů, kteří jsou vystaveni riziku sebevraždy, zneužívání, závažného sebezanedbávání nebo těch, co představují riziko pro své okolí (McDougall, 2009, s. 36). Cestou k remisi je, obzvláště u této skupiny nemocných, vedení ke zdravému životnímu stylu, vykonávání příjemných činností a směřování k dodržování pravidelného stravování a spánku (McDougall, 2009, s. 38). Stejně tak by se měli kliničtí pracovníci snažit vyhovět potřebám geriatrických pacientů s BAP. Avšak k dispozici jim je nedostatek studií o nemocných seniorech, což dále komplikuje již tak složitou situaci způsobenou psychiatrickou a zdravotní komorbiditou u těchto zranitelných jedinců (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 334; Cruz et al., 2011, s. 951). Výhody správně prováděné psychoterapie jsou důslednější dodržování léčby, lepší sociální fungování, lepší pochopení procesu onemocnění a snížená míra hospitalizací (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 342). Primární odpovědnost za tyto léčebné a ošetrovatelské postupy dnes nese všeobecná sestra.

3.4 Požadavky kladené na inovaci ošetrovatelské metodologie

Ústředním inovativním motivem moderní ošetrovatelské metodologie aplikované u osob stížených bipolární afektivní poruchou jsou psychosociální intervence (více viz podkapitola 3.2). Pokud bychom shrnuli poznatky získané při srovnávacím studiu odborné literatury do souboru klíčových slov, daly by se psychosociální intervence, doporučené větší částí autorů, vyjádřit těmito termíny: důvěra mezi pacientem a zdravotnickým personálem, edukační aktivity, poradenství, formulace konkrétních plánů péče, prevence nedodržování léčby, emocionální podpora, rozvíjení sebekontroly (selfmanagement, selfmonitoring), tělocvičné aktivity (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 11; Goossens, van Achterberg,

Knoppert-van der Klein, 2007, s. 176; Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 901; Crowe et al., 2012, s. 448).

Z uvedených klíčových principů je zřejmé, že obecné metodologické koncepty ošetrovatelství neobsahují nic, co by bylo s těmito principy v rozporu. Naopak, význam těchto pojmů roste souběžně se zvyšováním používání psychosociálních intervencí při léčbě BAP (Warren, 2007, s. 35) a proto je jejich promítnutí do ošetrovatelských postupů v podobě konkrétních inovací zásadním tématem. Protože se již dnes sestry při své práci setkávají s pacienty pocházejícími ze zahraničí, popř. ze zcela odlišných kulturních oblastí. Ošetrovatelské plány by v tomto směru měly být modifikovány u klientů, vyznávajících jiné hodnotové soustavy podmíněné kulturními specifiky, jež jsou rozdílné od těch zdravotnického personálu. Komplexnější kulturní strategie, které mohou být operativně aplikovány přímo v praxi, představují vhodný nástroj (Warren, 2007, s. 35).

Kulturní strategie musí splňovat základní, obecně platnou podmínku ošetrovatelských strategií, totiž založení na důkazech – „evidence-based strategy“. Díky takovému přístupu lze včas zavést adekvátní péči a dosáhnout uspokojivějších výsledků (McGuinness, 2012, s. 19). Jejich obsah je dle autorů příhodné obohatit o několik nástrojů: (1) plán péče by měl zahrnovat seznam potenciálních osobních, sociálních nebo environmentálních spouštěčů a časných varovných příznaků (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 12); (2) rovněž deníky nálad a akční plány, které patří mezi nejdůležitější techniky prevence relapsu, jsou doporučovány k začlenění do ošetrovatelských plánů (Goossens et al., 2007, s. 556); (3) konečně důkladný rozpis medikace vyžaduje sledování bezpečných sérových hladin a symptomů četných vedlejších účinků (Sherrod et al., 2010, s. 26).

Péče o pacienty s bipolární afektivní poruchou vyžaduje odlišné postupy použitelné pro oba tolik rozdílné druhy epizod. Depresivním stavům se má apriorně předcházet nasazením kognitivně-behaviorálních intervencí (McDougall, 2009, s. 38), jež by měly být upřednostňovány i při zvládnutí již rozvinutých epizod. Nemocným, kterým hrozí nástup mánie, je však naopak nutné aplikovat vypracované plány zvýšení dávky léků, poněvadž zde nejsou psychologické intervence vhodným řešením (Taylor, McDougall, Wellman, 2006, s. 12).

3.5 Limity moderní léčby a péče o pacienty s BAP

Jak je uvedeno v podkapitole 3.2, moderní ošetrovatelská péče o osoby trpící bipolární afektivní poruchou je kompozitem psychosociálních intervencí a farmakologické terapie. Omezení jejích metod tedy spočívá jak v rizicích spojených s nevhodnou či přehnanou medikací, tak v problémech vyplývajících ze slabin psychosociální práce.

Je nutné správné načasování intervencí. Znatelně účinnější léčby je dosahováno v obdobích, kdy pacient netrpí akutní náladovou epizodou (Crowe et al., 2012, s. 453). Velkou hrozbou pro konečný úspěch léčby je kombinace relativně vysokých vstupních nákladů pro rodiny klienta (Crowe et al., 2010, s. 906) a individuální účinnost intervencí (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 16). Ačkoli ve střednědobém a dlouhodobém horizontu přináší aktivní zapojení pacienta a jeho blízkých do léčebného a ošetrovatelského procesu nižší výdaje, počáteční náklady mohou mít značný odstrašující potenciál (Crowe et al., 2010, s. 906). Ten ještě bývá umocněn možnými nepřesvědčivými výsledky psychosociální terapie, která často bývá příliš univerzální a tím pádem postrádá zaměření na individuální specifika toho kterého pacienta a jeho rodiny (Tranvag, Kristoffersen, 2008, s. 16). Navíc nezanedbatelným faktorem, jež může negativně ovlivnit efektivitu péče od neformálních ošetrovujících. Citové vazby mezi nimi a nemocným totiž nemusí znamenat pouze empatictější přístup, nýbrž také limitovat rozhodnost z důvodu větší tolerance vůči problémovému chování a nedodržování terapie (Crowe et al., 2011, s. 347).

Zátěž, jíž běžně užívané medikamenty skutečně jsou, nepředstavují pro léčbu BAP o nic menší komplikaci. Zaprvé, nepříznivé vedlejší účinky jako jsou dehydratace nebo elektrolytická dysbalance, jejichž příčinou bývá běžně předepisované lithium, mohou do značné míry znesnadnit situaci pacienta (Sherrod et al., 2010, s. 26; Sorrell, 2011, s. 24). Zadruhé, dodržování naordinované farmakoterapie je mnohdy těžce splnitelným úkolem jak pro pacienta, tak pro pečující sestru. Ošetrovatelské intervence zahrnující rozšíření znalostí klientů v oblasti užívaných léčiv – jejich rizik a přínosů (Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 902; Cruz et al., 2011, s. 951) – a snahy odradit nemocné od vysazování léků jsou dost složité a ne vždy efektivní (Crowe, Wilson, Inder, 2011, s. 901; Eker, Harkin, 2012, s. 409). A zatřetí, zejména u seniorů s BAP je farmakologická léčba nucena reflektovat nezanedbatelné překážky (Cruz et al., 2011, s. 951) v podobě složité souhry biologických, psychologických a sociálních okolností spojených s jejich věkem. U geriatrické populace znamená zvýšení zdravotní komorbidit a polyfarmacie mnohem větší břemeno pro ně

i rodinné příslušníky. Změněná farmakodynamika a farmakokinetika společně s fyziologickými proměnami a přidruženými chorobami mohou umocnit vliv nežádoucích účinků léků a limitovat možnosti jejich dávkování (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006, s. 342).

Závěr

Na základě studia 32 recenzovaných článků byla provedena srovnávací analýza cizojazyčné odborné literatury v tématické oblasti bipolární afektivní poruchy (dále BAP). Lze vyslovit tvrzení, že mezi autory těchto vědeckých příspěvků existují styčné body, v nichž se naprostá většina názorově shoduje. Těchto bodů není málo: zejména v první kapitole, která je věnována publikovaným poznatkům o charakteru samotné BAP, jejich příznacích a průvodních patologických a sociálně nežádoucích jevů, autoři přirozeně nepředkládají názory, jež by byly vzájemně v rozporu. Pokud v odborné literatuře dochází k určité rozmanitosti stanovisek, pak pouze proto, že jednotliví odborníci kladou důraz na jiné skutečnosti a závěry. Ty však opět nejsou mezi sebou v konfliktu, nýbrž se doplňují.

Dosažení prvního cíle, totiž předložit dosud publikované poznatky v zahraniční literatuře o prožívání nemoci u klientů s BAP, bylo úkolem první kapitoly bakalářské práce. K jejímu zpracování byly použity informace z 27 vybraných odborných článků, přičemž nejprínosnější zdroj poznatků představoval článek trojice autorů J. Apps, J. Winkler a M. Jandrisevits, který byl publikován v roce 2008, a dva příspěvky od kolektivů autorů, u nichž obou vystupuje jako hlavní autorka M. Crowe (z let 2010 a 2011). Téměř naprostá shoda panuje mezi autory v definici BAP – v projevech a dopadech na pacienta, a to včetně sociálních důsledků. Zajímavým faktem bylo, že pouze čtyři články dále hlouběji popisovaly diferenciaci BAP na typy I a II (Chen, Ahmed, Sajatovic, 2006; Crowe et al., 2011; Crowe, Wilson, Inder, 2011; West, Pavuluri, 2012). Jednoznačný souhlas nepanuje v odpovědi na otázku globální prevalence nemoci: v analyzovaných textech bylo nalezeno celkem šest různých údajů vyplývajících ze statistik o počtu pacientů s BAP. Tento nesoulad je s největší pravděpodobností výsledkem použití jiných statistických metod, odlišných diagnostických metod, nestejných výskytů nemoci ve zkoumaných populacích v Evropě a severní Americe nebo kombinací těchto faktorů. Především tezi o špatně zvolených kritériích pro diagnózu BAP podporuje většinové tvrzení autorů zvolených článků, kteří poukazují na mnohem vyšší, skutečnou prevalenci BAP mezi světovou populací (např. Taylor, McDougall, Wellman, 2006; Apps, Winkler, Jandrisevits, 2008; McDougall, 2009; Sherrod et al., 2010; Crowe et al., 2011; Sorrell, 2011; McGuinness, 2012; West, Pavuluri, 2012). První cíl bakalářské práce byl touto kapitolou splněn.

Druhá kapitola byla psána za účelem splnění druhého cíle bakalářské práce, totiž předložit dosud publikované informace v zahraniční literatuře o dopadech BAP na sociální okolí klienta. Nutno podotknout, že této oblasti věnuje svou pozornost relativně menší část odborné veřejnosti zkoumající problematiku BAP: jen 17 odborných příspěvků obsahovalo analýzu spoluúčasti BAP na rozvoji sociopatologických jevů, destabilizace sociálních sítí, na nichž pacient participuje, a rozpad společenských, profesních a osobních vazeb. V tomto ohledu nabízela kvalitativně nejpřínosnější poznatky díla kolektivu autorů, v jehož čele stál P. Jönsson (2011a), trojice odborníků T. van der Voort – P. Goossens – J. van der Bijl z roku 2009 a duo autorů O. Tranvag a K. Kristoffersen, jež publikovalo svou studii v roce 2008. Tato kapitola nabízí nejrozmanitější soubor závěrů a stanovisek autorů článků, kteří se v podstatě shodují na prolínání nemoci do sociálního fungování pacientů s BAP, avšak kladou důraz na odlišné uchopení a výklad tohoto problému a volbu metody k jeho řešení. Jedním ze styčných bodů, o nichž jsme se zmínili výše, je aktivní začlenění rodinných příslušníků a blízkých klienta do léčebného procesu a ošetrovatelské péče (např. Taylor, McDougall, Wellman, 2006; Tranvag, Kristoffersen, 2008; McDougall, 2009; van der Voort, Goossens, van der Bijl, 2009; Jönsson et al., 2011a; Sorrell, 2011). Jejich funkce neformálních pečovatелů je vyzdvihována bezmála všemi autory citovanými ve druhé kapitole. Možná překvapivě málo autorů nabízí ve svých člancích rozbor následků BAP v oblasti psychiky nikoli pacienta, ale jeho nejbližších, kteří jsou rovněž vystaveni hrozbě rozvinutí různých psychických poruch (svou pozornost tomu věnují výhradně články Tranvag, Kristoffersen, 2008 a Jönsson et al., 2011a). Také druhý cíl práce byl splněn.

Třetí a poslední cíl práce – předložit dosud publikované poznatky v zahraniční literatuře o ošetrovatelských přístupech ke klientům s BAP – je ústředním motivem třetí kapitoly. Pro její sepsání bylo použito 28 článků, což představuje největší podíl ve všech třech kapitolách. Nejvýznamnějšími texty a zároveň zdroji odborných informací byly příspěvky od autorské trojice P. Goossens, T. van Achterberg a E. Knoppert-van der Klein vydaným roku 2007, samostatné dílo T. McDougalla z roku 2009, dalšího tria autorů C. Taylor – T. McDougall – N. Wellman (2006) a dvojice O. Tranvag a K. Kristoffersen (2008). Ze srovnání všech použitých článků nevyplývají žádné podstatné rozdíly ve stanoviscích k požadované podobě ošetrovatelské péče. Jejich autoři dosahují nejvyššího souladu zejména v názoru na nutnost zahrnutí psychosociálních intervencí do ošetrovatelské metodologie a v pohledu na všeobecnou/psychiatrickou sestru jakožto ústředního vykonavatele těchto intervencí a edukačních aktivit směrem k pacientům a jejich blízkým. Slabou stránkou

odborné literatury v této oblasti zájmu o BAP, která stojí za zmínku, je nedostatečná kvantitativní i kvalitativní analýza problému, jež představuje edukační činnost pro neformální pečovatele. Té se věnují pouze čtyři články ze všech vybraných pro tuto bakalářskou práci: Goossens, van Achterberg, Knoppert-van der Klein, 2007; Tranvag, Kristoffersen, 2008; Crowe, Wilson, Inder, 2011; Jönsson et al., 2011a. Třetí a poslední cíl přehledové bakalářské práce byl touto kapitolou splněn.

Srovnávací analýza odborných zahraničních článků o bipolární afektivní poruše odhalila nedostatek výzkumné činnosti zaměřené na specifické věkové skupiny nemocných s BAP. Oproti obecné populaci je pediatrickým a geriatrickým pacientům vyhrazena menšina studií. Rešeršní proces navíc nabídl jen jediný relevantní článek pojednávající o kulturních aspektech léčby a ošetrovatelské péče o klienty s BAP. To je v dnešní globalizované společnosti velká slabina, která by měl být dalším výzkumem vyřešena.

Pro praxi všeobecné sestry lze doporučit, aby věnovaly větší úsilí vlastní erudici v oblasti diagnostiky BAP, která je často zaměňována za jiné těžké duševní choroby z důvodu jejich neurčitých prodromálních příznaků. Možnost prvního záchytu poruchy skýtají zejména anamnestické údaje, rozhovor a pozorování klienta. Dále by se měl zdravotnický pracovník zaměřit na zlepšování svých schopností poskytovat odborné poradenství a vykonávat edukační aktivity pro pacienty a jejich blízké. Kombinací empatického a odborného přístupu lze problémy těchto pacientů, jejich partnerů a blízkých zmírnit.

Bibliografické a elektronické zdroje

1. APPS, Jennifer, WINKLER, Jennifer, JANDRISEVITS, Matthew D. 2008. Bipolar Disorders: Symptoms and treatment in children and adolescents. *Pediatric Nursing* [online]. 2008, roč. 34, č. 1, s. 84–88. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 0097-9805. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=110&sid=2d731905-e20b-408f-ae44-13c07e55b46f%40sessionmgr115>.
2. CALLAN, Judith A., HOWLAND, Robert H. 2009. Weight Gain with Atypical Antipsychotic Drugs in Bipolar Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing* [online]. 2009, roč. 47, č. 9, s. 11–12. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1938-2413. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/225534762/fulltextPDF/13A9428EA599AC7292/1?accountid=16730>.
3. CROWE, M., INDER, M., CARLYLE, D., WILSON, L., WHITEHEAD, L., PANCKHURST, A., O'BRIEN, T., FRAMPTON, C., JOYCE, P. 2012. Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2012, roč. 19, s. 446–454. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 1365-2850. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2011.01822.x/pdf>.
4. CROWE, Marie, INDER, Maree, JOYCE, Peter, LUTY, S., MOOR, S., CARTER, J. 2011. Was It Something I Did Wrong? A qualitative analysis of parental perspectives of their child's bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2011, roč. 18, s. 342–348. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 1365-2850. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=127&sid=6481e8e9-16f9-4469-be31-33188c349e2f%40sessionmgr104>.
5. CROWE, Marie, WILSON, Lynere, INDER, Maree. 2011. Patients' Reports of the Factors Influencing Medication Adherence in Bipolar Disorder – An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2011, roč. 48, s. 894–903. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 0020-748. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0020748911001143/1-s2.0-S0020748911001143-main.pdf?_tid=d4a15844-25a2-11e2-a3b7-00000aab0f27&acdnat=1351939385_f7c8a7885f01dcf0252b3df8917c8f12.
6. CROWE, Marie, WHITEHEAD, Lisa, WILSON, Lynere, CARLYLE, Dave, O'BRIEN, Anthony, INDER, Maree, JOYCE, Peter. 2010. Disorder-specific Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2010, č. 47, s. 896–908. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 0020-7489. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0020748910000805/1-s2.0-S0020748910000805-main.pdf?_tid=c549992a-35a0-11e2-9293-00000aab0f6b&acdnat=1353697719_f5f4be3822057964cb9d37023c5ddb0f.
7. CRUZ, Ligiane P., MIRANDA, Patricia M., VEDANA, Kelly G. G., MIASSO, Adriana I. 2011. Medication Therapy: Adherence, knowledge and difficulties of elderly people from bipolar disorder. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2011, roč. 19, č. 4, s. 944–952. [cit. 2. 11. 2012]. ISSN 1518-8345. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=127&sid=6481e8e9-16f9-4469-be31-33188c349e2f%40sessionmgr104>.

8. DAVIES, M. A., McBRIDE, L., SAJATOVIC, M. 2008. The Collaborative Care Practice Model in the Long-term Care of Individuals With Bipolar Disorder: A case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2008, roč. 15, s. 649–653. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1365-2850. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2008.01287.x/pdf>.

9. EKER, Fatma, HARKIN, Sirin. 2012. Effectiveness of Six-week Psychoeducation Program on Adherence of Patients With Bipolar Affective Disorder. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2012, č. 138, s. 409–416. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 0165-0327. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0165032712000110/1-s2.0-S0165032712000110-main.pdf?tid=ee3ebb0e-25a0-11e2-94f2-0000aacb361&acdnat=1351938569_67fc9c2cfe55ba91b482aa69e605f2fd.

10. GOOSSENS, Peter J. J., BEENTJES, Titus A. A., de LEEUW, Jacqueline A. M., KNOPPERT-van der KLIEN, Elise A. M., van Achterberg, Theo. 2008. The Nursing of Outpatients with a Bipolar Disorder: What nurses actually do. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2008, roč. 22, č. 1, s. 3–11. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 0883-9417. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0883941707002166/1-s2.0-S0883941707002166-main.pdf?tid=ad978e12-35a6-11e2-9bd8-00000aab0f26&acdnat=1353700256_0630d9c2115473e4c60e51fcf4ed4e13.

11. GOOSSENS, Peter J. J., KNOPPERT-van der KLEIN, Elise A. M., KROON, H., van ACHTERBERG, Theo. 2007. Self-reported Care Needs of Outpatients With a Bipolar Disorder in the Netherlands. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2007, roč. 14, s. 549–557. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1365-2850. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2007.01127.x/pdf>.

12. GOOSSENS, Peter J. J., KNOPPERT-van der KLEIN, Elise A. M., van ACHTERBERG, Theo. 2008. Coping Style of Outpatients With a Bipolar Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2008, roč. 22, č. 5, s. 245–253. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 0883-9417. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0883941708000083/1-s2.0-S0883941708000083-main.pdf?tid=f467a24e-35a3-11e2-b51100000aab0f26&acdnat=1353699087_9b87e389b81bc14c35f3443b975f8dd7.

13. GOOSSENS, Peter J. J., van ACHTERBERG, Theo, KNOPPERT–van der KLEIN, Elise A. M. 2011. Nursing Processes Used in the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 2007, roč. 16, s. 168–177. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1447-0349. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&hid=110&sid=2d731905-e20b-408f-ae44-13c07e55b46f%40sessionmgr115>.

14. HAMRIN, Vanya, PACHLER, Maryellen. 2007. Pediatric Bipolar Disorder: Evidence-based psychopharmacological treatments. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* [online]. 2007, roč. 20, č. 1, s. 40–58. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN 1744-6171. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer?vid=12&hid=110&sid=2d731905-e20b-408f-ae44-13c07e55b46f%40sessionmgr115>.

15. CHEN, Peijun, AHMED, Mohammed M., SAJATOVIC, Martha. 2006. Bipolar disorder in later life. *Aging Health* [online]. 2006, roč. 2, č. 2, s. 333–347. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN 1745-509X. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/905097854/fulltextPDF/13A946471CA2E9ED4D1/5?accountid=16730>.
16. JÖNSSON, Patrik D., SKÄRSÄTER, Angela, WIJK, Helle, DANIELSON, Ella. 2011. Experience of living with a family member with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 2011, roč. 20, s. 29–37. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 1447-0349. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2010.00704.x/pdf>.
17. JÖNSSON, Patrik D., WIJK, Helle, DANIELSON, Ella, SKÄRSÄTER, Ingela. 2011. Outcomes of an Educational Intervention for the Family of a Person with Bipolar Disorder: A 2-year follow-up study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2011, roč. 18, s. 333–341. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 1365-2850. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=127&sid=6481e8e9-16f9-4469-be31-33188c349e2f%40sessionmgr104>.
18. MASKILL, V., CROWE, M., LUTY, S., JOYCE, P. 2010. Two Sides of the Same Coin: Caring for a person with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2010, roč. 17, s. 535–542. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1365-2850. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=110&sid=2d731905-e20b-408f-ae44-13c07e55b46f%40sessionmgr115>.
19. McDOUGALL, Tim. 2009. Nursing Children and Adolescents With Bipolar Disorder: Assessment, diagnosis, treatment, and management. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* [online]. 2009, roč. 22, č. 1, s. 33–39. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1744-6171. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=110&sid=2d731905-e20b-408f-ae44-13c07e55b46f%40sessionmgr115>.
20. McGUINNESS, Teena M. 2012. Screening for Pediatric Bipolar Disorder in Primary Care. *Journal of Psychosocial Nursing* [online]. 2012, roč. 50, č. 6, s. 17–20. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 1938-2413. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1019943297/fulltextPDF/13A2B59858E3FF0390C/1?accountid=16730>.
21. MIKLOWITZ, David J. 2012. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence. *Journal of Clinical Psychology: In Session* [online]. 2012, roč. 68, č. 5, s. 502–513. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1097-4679. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21855/pdf>.
22. SHERROD, Tracey, QUINLAN-COLWELL, Ann, LATTIMORE, Theresa B., SHATTELL, Mona M., KENNEDY-MALONE, Laurie. 2010. Older Adults with Bipolar Disorder. Guidelines for Primary Care Providers. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2010, roč. 36, č. 5, s. 20–27. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 1938-243X. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/346181594/fulltextPDF/13A2B58828E64DE53A7/1?accountid=16730>.
23. SKJELSTAD, Dag V., MALT, Ulrik F., HOLTE, Arne. 2010. Symptoms and Signs of the Initial Prodrome of Bipolar Disorder – A systematic review. *Journal of Affective Disorders*

[online]. 2010, č. 126, s. 1–13. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 0165-0327. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0165032709004637/1-s2.0-S0165032709004637-main.pdf?_tid=2d2affba-25a311e2-a3b7-00000aab0f27&acdnat=1351939534_77e759a46f7f5d523c439fa2e2ae96e2.

24. SORRELL, Jeanne M. 2011. Caring for Older Adults With Bipolar Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing* [online]. 2011, roč. 49, č. 7, s. 21–25. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 1938-2413. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/875094620/fulltextPDF/13A2B57775E69EBFC3F/1?accountid=16730>.

25. TAYLOR, Clare, McDOUGALL, Tim, WELLMAN, Nigel. 2006. Bipolar Disorder: The nurse's role. *Mental Health Practise* [online]. 2006, roč. 10, č. 2, s. 10–12. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1465-8720. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=110&sid=2d731905-e20b-408f-ae44-13c07e55b46f%40sessionmgr115>.

26. TRANVAG, Oscar, KRISTOFFERSEN, Kjell. 2008. Experience of Being the Spouse/cohabitant of a Person with Bipolar Affective Disorder: A cumulative process over time. *The Authors. Journal compilation* [online]. 2008, roč. 22, s. 5–18. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1471-6712. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=110&sid=2d731905-e20b-408f-ae44-13c07e55b46f%40sessionmgr115>.

27. van der VOORT, Trijntje Y. G., GOOSSENS, Peter J. J., van der BIJL, Jaap J. 2009. Alone Together: A grounded theory study of experienced burden, coping, and support needs of spouses of persons with a bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 2009, roč. 18, s. 434–443. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN 1447-0349. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=110&sid=2d731905-e20b-408f-ae44-13c07e55b46f%40sessionmgr115>.

28. WALID, Sami M., ZAYTSEVA, Nadezhda V. 2011. Which Neuropsychiatric Disorder Is More Associated With Divorce? *Journal of Divorce & Remarriage* [online]. 2011, roč. 52, s. 220–224. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 1050-2556. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=127&sid=6481e8e9-16f9-4469-be31-33188c349e2f%40sessionmgr104>.

29. WARD, Terry D. 2011. The Lived Experience of Adults with Bipolar Disorder and Comorbid Substance Use Disorder. *Issues in Mental Health Nursing* [online]. 2011, roč. 32, s. 20–27. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN: 0161-2840. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=127&sid=6481e8e9-16f9-4469-be31-33188c349e2f%40sessionmgr104>.

30. WARREN, Barbara J. 2007. Cultural Aspects of Bipolar Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing* [online]. 2007, roč. 45, č. 7, s. 32–37. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1938-2413. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/225543677/fulltextPDF/13A945B6FB41A33AA6E/1?accountid=16730>.

31. WEST, Amy E., PAVULURI, Mani N. 2009. The State of the Evidence on Pediatric Bipolar Disorder. *Psychiatric Times* [online]. 2009, s. 71–75. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1744-

6171. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/232976703/fulltextPDF/13A9425713F773E356/1?accountid=16730>.

32. WILSON, Lynere, CROWE, Marie. 2008. Parenting with a diagnosis bipolar disorder. *Journal of Advance Nursing* [online]. 2008, roč. 65, č. 4, s. 877–884. [cit. 23. 11. 2012]. ISSN: 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04954.x/pdf>.