

ПРОЦЕС НА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТ С БИПОЛЯРНО АФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО: КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Гая Янкова

Медицински университет - София, Филиал "Проф. д-р Иван Митев" – Враца,
Катедра „Здравни грижи“, Р България, g.iankova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Abstract

Bipolar affective disorder is a disease from the group of so-called affective disorders in which the primary disturbance is a change in mood or affect, usually to depression or to elation. It is the sixth leading cause of disability worldwide, with an incidence of about 0.3-1.5% of the general population, with the distribution of cases being similar across countries. The disease is multifaceted, with severe and leading to much suffering and serious functional impairment symptoms, long-term course, high suicidal potential and often - with gradually progressive cognitive and personal decline. Therefore, the patient with bipolar disorder is a particular challenge for the nursing staff in the psychiatric ward.

Objective: To present a nursing care plan for patients with bipolar affective disorder.

Material and methods: A case of a patient with bipolar affective disorder is presented. The following were used: documentary method - theoretical justification of the process of nursing care and purposeful observation.

Results: A nursing care plan based on the patient's identified problems and nursing interventions, together with pharmacotherapy, positively affected the symptoms of bipolar disorder in the presented case.

Conclusion. In the process of caring for a patient with bipolar disorder, the role of the nursing staff is extremely important and irreplaceable. Using a nursing care plan will individualize care and increase its quality and efficiency.

Keywords: *bipolar affective disorder; clinical case; nursing care plan*

Въведение

Биполярното афективно разстройство (БАР) е заболяване от групата на т.нар. афективни разстройства, при които основното нарушение е промяна в настроението или афекта, обикновено към потиснатост (с или без придружаваща тревожност) или към приповдигнатост. То е шестата водеща причина за инвалидизиране в световен мащаб, с честота на това заболяване около 0,3-1,5% от общата популация, като разпределението на случаите е сходно за различните страни [8, 11].

Заболяването е многообразно, с тежка и водеща до много страдания и сериозни функционални увреждания симптоматика, дългогодишен ход, висок суициден потенциал и често – с постепенно прогресиращ когнитивен и личностен упадък [1, 5, 6,]

Клиничната картина на това заболяване се характеризира с последователно редуване на маниакални и депресивни епизоди (понякога се наблюдават само маниакални или само депресивни епизоди), наличието на леки интервали (интермисии) между тях и липсата на промени в личността на пациентите. Продължителността на болезнените атаки може да бъде различна – от 2 до 10 месеца. Това обикновено се съпровожда с промяна в общото равнище на активност, понякога и с промяна в апетита и телото, нарушения на съня, смущения в сърдечно-съдовата система и стомашно-чревната функция. Повечето от тези разстройства имат тенденция към повторемост и началото на отделните епизоди често е свързано със стресови събития или ситуации.

Затова пациентът с биполярно разстройство е особено предизвикателство за медицинския персонал в психиатричното отделение [3, 4]. Особено значение има ролята на медицинската сестра в екипа като координатор на здравните грижи за пациентите [2, 4, 7]. Сестринските дейности свързани с грижите, взаимоотношенията и методите на комуникация влияят върху психологическия комфорт и чувството за сигурност на пациента, и укрепват самочувствието и мотивацията му за лечение [9, 10, 12, 13, 14].

Цел

Да се представи план за сестрински грижи при пациенти с биполарно афективно разстройство.

Материал и методи

За целите на научното съобщение са използвани документален метод – теоретична обостровка на процеса на сестрински грижи и целенасочено наблюдение. Представен е случай на пациент с биполарно афективно разстройство.

Резултати и обсъждане

Сестрински процес при пациенти с биполарно афективно разстройство.

Сестринският процес е метод, основан на доказателства и практикуван от медицинската сестра в грижите за пациентите. При болни с биполарно афективно разстройство (както и при други психични заболявания) включва пет компонента:

- 1) Сестринска оценка на състоянието на пациента (субективни и обективни данни);
- 2) идентифициране на проблеми;
- 3) планиране на сестринските интервенции;
- 4) изпълнение;
- 5) оценка на ефективността на интервенциите.

Целта на **сестринската оценка** е събиране и анализ на обективни и субективни данни за здравното състояние на пациента и определяне на конкретните потребности на човека или семейството от сестрински грижи, а така също и възможностите за автогрижа.

При събирането на информация трябва да се има предвид, че пациентите с умерена до средна степен на депресивни и манийни епизоди обикновено са в състояние да дадат много изчерпателна информация за себе си. Емоционалните смущения обаче могат значително да я изкривят. Затова събирането на информация от близки и приятели на пациента е абсолютно задължително.

При манийни и депресивни епизоди с тежки психотични прояви събирането на информация от пациента е много трудно и изисква опит и внимание от страна на сестрата при комуникация с пациентите. Разубеждаването в острия стадий на заболяването може да донесе само вреда. Спорът с пациент, който изразява идеи за самоунижение, може да го накара да избухне в мъка, а същият спор с пациент в маниен епизод с идеи за надценяване на собствената си личност може да го накара да стане ядосан и агресивен.

Медицинската сестра може да предложи преместване на разговора вечерта, когато тежестта на афективните разстройства на пациентите обикновено намалява. Също така е препоръчително (в острия период на заболяването) да се използват фрази като: „Наблюдавах много такива пациенти и те се подобриха“ или: „Разбирам вашето състояние, интересно ми е да говоря с вас на следващото ми дежурство (или посещение).“

При събирането на информация от пациенти с афективни разстройства на настроението, трябва ясно да се идентифицира следното:

- Наличието или отсъствието на суицидни мисли или намерения в пациента (при субективна анамнеза);
- Наличието или отсъствието на агресивни тенденции, насочени към техните роднини, други пациенти, медицински персонал;
- Наличие или отсъствие на налудна продукция;
- Наличие или отсъствие на психомоторна възбуда;
- Характера на промяната на настроението;
- Способността на пациента да комуникира продуктивно, като се има предвид промяната в мисленето и двигателната активност;

Степента на загуба на тегло и наблюдаваните тенденции към неговото увеличаване или по-нататъшно намаляване;

- Нарушение на апетита или способност за редовен прием на храна и напитки;
- Наличие на нарушения на съня и естеството на тези нарушения;
- Соматични симптоми, придружаващи афективните разстройства (запек, повишено кръвно налягане, главоболие, липса на менструация, импотентност при мъжете);
- Наличието (или липсата) на дефицит в самообслужването: миене, обличане и др.;
- Наличието или отсъствието на трудови проблеми, свързани с развитието на маниакални и депресивни епизоди;
- Наличието или липсата на проблеми в семейството, както свързани, така и несвързани с болестта. Разбиране от семейството и близките на болестното състояние на пациента.
- Реакцията на пациента към предписаните му психотропни лекарства – тяхната поносимост.

Въз основа на събраната информация се определят проблемите на пациентите, а оттам и необходимите сестрински интервенции.

Проблемите на пациентите (сестринските диагнози) произтичат от описаните по-горе клинични характеристики на разстройствата на настроението и се откриват почти напълно с помощта на горния въпросник.

При депресивните епизоди най-важните проблеми на пациента са *суицидните мисли и намерения*. Агресията към другите е рядкост. При манийни епизоди, *риска от агресия е много висок*.

Намаляването на двигателната активност при тежка депресия може да бъде една от причините за *отказ от храна и дефицит на автогрижи*.

Произтичащи от депресията са: *загуба на тегло; запек; изтощително безсъние*. При манийната фаза психомоторната възбуда е проблем сама по себе си, но също така пречи на правилния прием на храна, адекватната комуникация и води до нарушения на съня.

Антидепресантите, приемани от пациентите, често са силно действащи съединения и могат да породят рискове от зрителни нарушения, нарушения на сърдечния ритъм или влошаващ се запек. Страничните ефекти на лекарствата също могат да бъдат проблем при пациенти с манийни епизоди. Това се отнася за литиевите соли, които се натрупват в тялото и причиняват соматичен дискомфорт, и невролептиците, които причиняват различни прояви на паркинсонизъм: мускулни спазми, неволеви движения.

Планиране на сестрински интервенции.

Сестринските интервенции, трябва да бъдат планирани в зависимост от идентифицираните проблеми на пациента. Необходимо е да се определят спешните и те се ранжират по приоритет. Трябва да се идентифицират членовете на лечебния екип, участващи в решаването на проблемите, на базата на които интервенциите се разделят на независими (решени само от медицинската сестра), взаимозависими (решени в сътрудничество с лекар, социален работник, психолог и др.) и зависими (изпълнение на лекарските предписания). Времето за оценка на интервенциите зависи от спешността на тяхното решение.

Сестрински интервенции за афективни разстройства.

- Управление на поведението на пациенти със суицидни тенденции - стриктно наблюдение в остро състояние, психокорекция при отшумяване на суицидните идеи, специална бдителност в началото на лечението с антидепресанти. Провеждане на чести разговори.

Оценка на дълбочината на депресията, други съпътстващи психотични симптоми, чрез използване на скали (въпросници). Отразяване на резултатите от наблюдението в рапортна тетрадка и/или сестринско досие. Подпомагане на пациента да изрази чувствата си, поощряване на опитите му да общува с другите, установяване на отношения на доверие.

- Управление на поведението на пациента в маниен епизод: строг надзор в разгара на психомоторна възбуда, повишен гняв и агресивност. Психокорекция при затихване на болестния процес.

- Оценка на тежестта на манията, естеството на налудностите и други симптоми, отразяване на резултатите в рапортна тетрадка и/или сестринско досие.

- Наблюдение и отчитане на продължителността и дълбочината на съня.

- Наблюдение на промените в теллото, количеството консумирана вода и храна, физиологичните функции. При необходимост, преминаване към хранене със сонда. При продължителен запек – извършване на очистителни клизми, при задържане на урина – катетеризация с мек катетър.

- Подпомагане на пациентите в самообслужването (хигиената) по време на острия период на заболяването и насърчаване на автогрижите, когато афективните разстройства отшумят.

- При затихване на манийните /депресивните епизоди да се подпомогне пациента в изграждане на правилно самочувствие.

- Обучение на пациента и неговите близки по отношение на естеството на заболяването, признаците на рецидив и с общата прогноза на заболяването.

- Следене на терапевтичните и страничните ефекти на лекарствата.

Оценката на ефективността на интервенциите се извършва по различно време и зависи изцяло от тяхното съдържание – например:

- при определяне на ефективността на грижите или страничните ефекти на лекарствата - ежедневно;

- в помощ при самообслужване или привличане на пациента към активност - седмично.

Клиничен случай:

Пациентка с биполарно афективно разстройство е приета за лечение в Център за психично здраве със съдействие на ЦСМП и полиция по повод проявена агресия към майка и, и диагноза: остър маниен епизод (F30.1)

Анамнестични данни.

Касае се за жена на 50 год., разведена, с висше образование, не работи. Живее с майка си и дъщеря си. Пенсионер поради психичното си заболяване. Заболяването датира от около „изпаднала в дупка“ – била мрачна, потисната, не спяла, не се хранила. Лекувана с антидепресанти. Настроението и се подобрило, сънят се възстановил. След няколко седмици, на фона на лечението, пациентката станала много весела, заговаряла непознати хора, обличала се екстравагантно, скитала по улиците, почти на спяла. Настанена била на болнично лечение, където е диагностицирана с БАР, и терапията с антипсихотици и тимостабилизатори. През последните три години пациентката е хоспитализирана неколккратно, поради лош контрол на терапията след изписване и рецидивирание на заболяването.

Майката страда от съдова деменция, дъщерята е студент по медицина (живее на общежитие и много рядко се прибира в къщи).

От разговора с близките и наблюдение на поведението на пациентката е установено следното:

От няколко седмици след преустановяване на поддържащата терапия пациентката започнала да става "весела" да се облича в крещящи, неподходящи за сезона дрехи, фрапантен грим. Приповдигнатото и настроение бързо се сменяло с раздразнителност, избухливост и дори агресивност, ако сметне че обекта на внимание от нейна страна не я изслушва. Скита се по улиците, проси цигари и дребни суми пари. В деня на хоспитализацията след като не получила пари от майка си за цигари, започнала да крещи, избъскала я пред вратата на

жилището си, чупела и хвърляла вещи. Започнала да блъска по вратите на съседите, при което те извикали полиция. Доведена за хоспитализация със съдействието на ЦСМП и полицаи от РПУ.

Обективно: Пациентката почти не спи, казва, че „чувства прилив на енергия“. Почти не се храни, пие по 5-6 кафета дневно. Изглежда измършавяла. Дрехите и са неподходящи за сезона, тежък грим, ярко червило с размазани контури. Занемарена.

По време на разговора демонстрира сервилност, лепливост, избухва в пристъпи на смях, говори на висок глас. Почти не изслушва провеждащия разговора. Демонстрира раздразнителност ("Не ме прекъсвай!").

Неспокойна е, напрегната, почти не може да стои на едно място, не може да се съсредоточи. Казва, че "няма работа тук" и "иска да си ходи".

Проблеми, които трябва да бъдат решени в процеса на грижи

След диагностициране на състоянието на пациентката от медицинския персонал е започната фармакотерапия, изготвен е терапевтичен план и са идентифицирани проблемите, върху които ще се работи по време на престоя и в отделението.

Проблеми (Сестрински диагнози) на пациента

) Проблем:

Риск от нараняване свързан с хиперактивност, рисково и агресивно поведение. (Забележка: Диагнозата на риска не се доказва от признаците и симптомите, тъй като като проблемът все още не е възникнал и целта на сестринските интервенции е насочена към превенция.)

Цел/ очаквани резултати:

- Пациентката няма да нарани себе си или другите по време на маниен епизод
- Пациентката ще покаже спокойно и поддържано ниво на енергия преди изписване
- Пациентката ще сътрудничи на правилата на отделението без агресия или неподходящо поведение

Планиране. Сестрински интервенции.

- Постоянно наблюдение на пациентката;
- отстраняване на всякакви опасни предмети от пациента и заобикаляща среда;
- ограничаване на силни външни стимули (по възможност самостоятелна стая тиха и със слабо осветление, за да се намали хиперактивността и разсейването);
- осигуряване на постоянна, структурирана среда. Установяване на ясни граници за приемливо поведение;
- даване на прости директни пояснения (напр. за диагностични процедури, тестове и т.н.). Да не се спори с пациентката;
- насърчаване на пациентката да изрази вербално чувства като безпокойство и гняв;
- насърчаване на контролирана физическа активност;
- фармакотерапия по лекарско назначение. Наблюдение за странични ефекти.

Оценка на резултатите.

Към момента на изписването пациентката е подобрила способността си за критична оценка на собственото си поведение и способността за поддържане на междуличностни отношения.

2) Проблем:

Нарушен ритъм сън - бодърстване

Цел/ очаквани резултати:

- Постигане и поддържане на необезпокояван сън. Нормализиране на дневния ритъм.

Планиране. Сестрински интервенции.

- разпознаване на причините за нарушен сън и значителни проблеми със заспиването;
- осигуряване на подходящи условия за спокоен и необезпокояван сън;

- обучение на пациента относно методи за релаксация и успокояване, които допринасят за добър нощен сън;
- информиране на пациента за необходимостта от ограничаване на консумацията на прекомерни количества захар, кофеин и енергизиращи ястия и напитки;
- ограничаване на дневните дрямки (както като честота, така и като продължителност);
- планиране на ежедневни физически дейности;
- създаване на подходящ микроклимат в стаята, температури в диапазона 18–21°C, подходяща влажност и приток на чист въздух;
- прилагане на сънотворни по лекарско предписание и активно наблюдение на реакцията към фармакотерапията.

Оценка на резултатите: Пациентката спи 6-7 часа през нощта. Чувства се по – спокойна и по-малко уморена. Създаването на подходящ микроклимат в стаята на пациентката доведе до това, че тя вече не се нуждае от сънотворни. Пациентката твърди, че разходката преди лягане и помага да заспи. Пациентката спря да пие кафе след 16 часа.

3) Проблем:

Нарушения на храненето

Цел/ очаквани резултати:

- поддържане на подходящо телесно тегло. Предотвратяване на внезапна загуба на тегло.

Планиране. Сестрински интервенции

- наблюдение на храненето, проверка на броя на консумираните хранения, отбелязване на резултатите;
- измерване на витални показатели ежедневно;
- проверка на теглото на пациентката ежедневно;
- осигуряване на правилно балансирана диета, адаптирана към метаболитни нужди на пациентката;
- насърчаване на пациентката да приема храна в съответствие с предложената диета;
- често напомняне на пациентката, че трябва да се храни;
- насърчаване на пациентката да приема достатъчно количество течности според нуждите и.

Оценка на резултатите: Пациентката се храни редовно, задържа теглото си. Допълва диетата си с натурални, неподсладени сокове доставяни от дъщерята, около 500 мл дневно. Няма проблеми с дефекацията.

4) Проблем:

Дефицит на автогрижи

Цел/ очаквани резултати:

- Пациентката ще мие зъбите си два пъти дневно;
- Пациентката ще взема душ поне 2 пъти седмично
- Ще носи чисти и подходящи дрехи

Планиране. Сестрински интервенции

- Насърчаване използването на четка за зъби, кърпа, сапун за миене, и др. тоалетни принадлежности;
- Насърчаване на правилния избор на облекло.
- Осигуряване на напомняния „стъпка по стъпка“ за хигиена и обличане, като например „Измийте дясната страна на лицето си и сега лявата“

Оценка на резултатите: Пациентката полага грижи за личната си хигиена, сама подбира облеклото си.

Планът за сестрински грижи, базиран на идентифицираните проблеми на пациента и сестринските интервенции, заедно с фармакотерапията, повлияха положително на симптомите на биполарно разстройство в представения случай. Към момента на изписването пациентката е подобрила способностите си за критична оценка на собственото поведение и уменията за поддържане на междуличностни отношения. Наблюдава се подобрене в ритъма: сън – бодрстване. Създаването на подходящ микроклимат в стаята на пациентката доведе до това, че тя вече не се нуждае от сънотворни. Чувства се по – спокойна, спи 6-7 часа през нощта. Храни се редовно, задържа топлото си. Няма проблеми с дефекацията. Пациентката полага грижи за личната си хигиена, сама подбира облеклото си.

Заклучение

В процеса на грижи за пациентите с биполарно афективно разстройство ролята на медицинските сестри е изключително важна и незаменима. Те имат способността да повлияят значително на комплексното лечение, чрез оценка на потребностите от психосоциални грижи, идентифициране на проблемите, планиране на грижите и прилагане на подходящи сестрински интервенции. В допълнение към специфичното лекарствено лечение, планът за сестрински грижи и ефективната сестринска намеса ще доведат до намаляване на рецидивите на болестта и подобряване качеството на живот на тези пациенти.

Библиография

1. Бешков, А., В. Акабалиев. Депресивни и биполарни разстройства. Еволюционен поглед и еволюционни аспекти на манията и депресията. Мединфо. 2021, 6, 48-54
2. Добрилова, П., П. Георгиев. Роля на медицинската сестра в предоставянето на интегрирани грижи в общността, Сб. доклади от шеста научна конференция с международно участие «Добри практики в здравните грижи», Враца, 2022, 83-87
3. Драганова, Д., Н. Ангелова-Барболова. Развитие на сестринските грижи в психиатрията. Известия на Съюза на Учените - Варна 2'2013, Том XVIII, 71-75
4. Драганова, Д. Роля на медицинската сестра в екипа за психосоциална рехабилитация. НТ на РУ. 2013, т. 52, сер. 8.3, 96-99
5. Пенчев, Мл., Р. Божилова, и кол. Изследване на когнитивни нарушения при пациенти с биполарно афективно разстройство, шизофрения, техните родственици и връзка с някои генетични маркери. Българско списание за психиатрия, 2021; 6(3):5-15
6. Рандова, М. П. Маринов. Афективни разстройства – биполарно афективно разстройство (БАР). Сестринска диагноза. В: Психиатрия. Уч. за мед. сестри и акушерки и студенти в мед. колежи. Варна. 2019.100-118
7. Чанева, Г., П. Бикова, К. Богданова. Компетенции на медицинските сестри за справяне с насилието и оценка на риска от агресивно поведение. сп. Здравни грижи, 2019,2,18-22
8. Bipolar Disorder. <https://emedicine.medscape.com/article/286342-overview#showall>
9. Kowalewski W., T. Walczak-Kozłowska, E. Walczak, D. Bikun. Nursing care in bipolar disorder – case study. Pomeranian J Life Sci 2021; 67(1):54-61
10. Salcedo S, Gold AK, Sheikh S, et al. Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: current state of the research. J Affect Disord. 2016; 201:203-214.
11. Tell Me All I Need to Know About Bipolar Disorder. <https://www.psycom.net/bipolar-disorder>

H

Y

13. Yankova, G. T., Dobrilova P. P. Degree of applicability of care in practical activities of medical specialists. International medical scientific journal „MEDICUS“. 2017. № 5 (17). 37-41

R

L

Volume XIII, 2023, Number 1: MEDICAL BIOLOGY STUDIES,
CLINICAL STUDIES, SOCIAL MEDICINE AND HEALTH CARE

K

"

14. Zeighami, R., A. Raeisolhagh, M. Ranjbaran. Effect of Home Nursing Care on the Severity of Symptoms in Patients With Bipolar I Disorder: A Randomized Clinical Trial. Home Health Care Management & Practice. 2021. Vol. 33, I.2