

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Zuzana Krátká

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Zuzana Krátká

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROBLEMATIKA DEPRESIVNÍ PORUCHY
V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Zuzana KRÁTKÁ**
Osobní číslo: **Z17B0044P**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Problematika depresivní poruchy v ošetrovatelství**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- TENENBAUM, Sylvie. Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos. Praha: Portál, 2018. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1301-7.
- OLEJÁROVÁ, Zora. Psychiatrie pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2017. ISBN 978-80-7561-047-8.
- OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii: nauka o nemocech duše. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lenka Kroupová**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2021

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Krátká Zuzana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika depresivní poruchy v ošetrovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 78

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: Depresivní porucha – ošetrovatelství – stigmatizace – duševní onemocnění

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou depresivní poruchy v ošetrovatelství. Cílem bakalářské práce je zmapovat informovanost sester o depresivní poruše a o vhodném přístupu k pacientovi s depresivní poruchou.

Teoretická část se dělí na 3 kapitoly. Jsou zde popsány základní informace o depresivní poruše, její léčbě a specifických ošetrovatelské péče.

V praktické části je analýza a interpretace zjištěných výsledků. Výzkum byl proveden pomocí dotazníku. Zjistili jsme, že sestry jsou informované o depresivní poruše a ví, jak k takovému pacientovi přistupovat, ale projevily neznalosti v oblasti příčin a léčebných postupů.

Abstract

Surname and name: Krátká Zuzana

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: The issue of depressive disorder in nursing

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 78

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 34

Keywords: Depressive disorder – nursing care – stigmatization – mental illness

Summary:

This thesis deals with the issue of depressive disorder in nursing. The aim of this thesis is to map nurses' awareness of depressive disorder and appropriate behavior to a patient with depressive disorder.

The theoretical part is divided into 3 chapters. It describes basic information about the depressive disorder, its treatment, and specific nursing care.

In the practical part, there is an analysis and interpretation of the questionnaire survey. The research was done by using a questionnaire. We found out that nurses are informed about the depressive disorder and know how to treat such a patient, but have shown ignorance about the causes and the treatments of depressive disorder.

Předmluva

Dnešní doba na nás klade čím dál vyšší nároky. Zvyšuje se také množství stresorů, jejichž vlivem stoupá i počet nejrůznějších psychických poruch, jako je například depresivní porucha. Ačkoliv žijeme ve vyspělé společnosti, téma psychických poruch je pro někoho stále něčím, o čem se bojí hovořit. Někteří lidé stále nevnímají depresivní poruchu jako nemoc, ale například jako slabost. Bakalářskou práci na toto téma jsem se rozhodla napsat, protože se sama s depresivní poruchou léčím. Často jsem se během své praxe i osobního života setkala s nevhodným přístupem k lidem s touto nemocí.

Nevhodný přístup může stav nemocného zhoršit. Správný přístup může naopak výrazně podpořit motivaci k léčbě. Cílem práce je zjistit, jaké mají praktické a všeobecné sestry informace o depresivní poruše, jak na ni nahlízejí a dále si ověřit, zda k pacientovi s depresivní poruchou dokáží správně přistupovat. Jako výstup z této práce jsem vytvořila edukační materiál pro sestry.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení mé bakalářské práce a poskytování rad. Dále děkuji zaměstnancům Nemocnice Tábor, a. s. za vyplnění dotazníků a mé rodině za podporu během studia.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 DEPRESIVNÍ PORUCHA	14
1.1 Definice.....	14
1.2 Příčiny	14
1.3 Vyšetřovací metody	15
1.4 Druhy	17
1.5 Projevy	17
1.5.1 Porucha nálady	17
1.5.2 Porucha myšlení	18
1.5.3 Depresivní chování	19
1.5.4 Somatické příznaky	19
1.5.5 Vztahy a deprese.....	20
1.6 Bludný kruh depresivního prožívání.....	21
1.7 Riziko sebevraždy	21
1.8 Stigmatizace.....	23
2 LÉČBA DEPRESIVNÍ PORUCHY	25
2.1 Psychiatrická péče.....	25
2.2 Farmakoterapie	26
2.3 Psychoterapie	27
2.3.1 Skupinová psychoterapie	28
2.3.2 Individuální psychoterapie	29
2.3.2.1 Kognitivně behaviorální terapie	29
2.3.3 Rodinná terapie.....	30
2.4 Biologická terapie	30
2.4.1 Elektrokonvulzivní terapie	30
2.4.2 Fototerapie	30
2.4.3 Vagová stimulace	31
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S DEPRESIVNÍ PORUCHOU	32
3.1 Ošetřovatelská péče o pacienta s depresivní poruchou.....	32
3.1.1 Specifika ošetřovatelské péče při elektrokonvulzivní terapii	34
3.2 Komunikace s depresivním pacientem	34

PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	36
4.1 Hlavní cíl.....	36
4.2 Dílčí cíle.....	36
5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY.....	37
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
7 METODIKA PRÁCE	40
8 ANALÝZA A INTERPRETACE ÚDAJŮ	41
DISKUZE.....	67
DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI	76
ZÁVĚR.....	77
SEZNAM LITERATURY.....	79
SEZNAM PŘÍLOH	83
PŘÍLOHY	84
Příloha A - Dotazník.....	84
Příloha B – Souhlas s výzkumným šetřením.....	88
Příloha C – Edukační brožura.....	90

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Délka praxe	41
Obrázek 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání	42
Obrázek 3 - Pracovní pozice.....	43
Obrázek 4 – Pohlaví	44
Obrázek 5 – Oddělení.....	45
Obrázek 6 - Možnost dalšího vzdělávání se	46
Obrázek 7 – Zkušenosti	47
Obrázek 8 – Četnost výskytu pacientů s depresivní poruchou na oddělení	48
Obrázek 9 - Zájem o dohledávání si informací	49
Obrázek 10 – Percepce depresivní poruchy sestrou	50
Obrázek 11 - Definice depresivní epizody	51
Obrázek 12 – Příčiny depresivní poruchy	52
Obrázek 13 - Věk začátku projevů	53
Obrázek 14 – Dědičnost	54
Obrázek 15 - Příznaky depresivní poruchy	55
Obrázek 16 - Přístup k pacientovi s depresivní poruchou	56
Obrázek 17 - Sebevražedné myšlenky pacienta s depresivní poruchou.....	57
Obrázek 18 - Přístup sestry k nespolupracujícímu pacientovi	58
Obrázek 19 - Komunikační dovednosti sestry.....	59
Obrázek 20 - Postoj sestry ke komunikaci s pacientem s depresivní poruchou	60
Obrázek 21 - Možnost úmrtí pacienta	61
Obrázek 22 - Oblast projevů depresivní poruchy	62
Obrázek 23 - Léčba depresivní poruchy.....	63
Obrázek 24 - Působení antidepresiv	64
Obrázek 25 - Antisuicidální smlouva	65
Obrázek 26 - Hodnotící škály a testy.....	66

SEZNAM ZKRATEK

Atd.	A tak dále
CT	Výpočetní tomografie
Č.....	číslo
EEG.....	Elektroencefalografie
EKT.....	Elektrokonvulzivní terapie
fMRI.....	Funkční magnetická rezonance
KMN-10.....	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
Kol.	Kolektiv
MRI	Magnetická rezonance
Např.	Například
NARI	Inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu
ORL	Otorhinolaryngologie
PET	Pozitronová emisní tomografie
Resp.	Respektive
RTG	Rentgen
S.	Strana
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TBC.....	Tuberkulóza
Tzv.	Takzvaně

ÚVOD

Problematika depresivní poruchy provází lidstvo napříč historií. Dříve byli duševně nemocní označováni za blázny a odsunuti na okraj společnosti. Postupně se postavení duševně nemocných zlepšuje, ale stále cítíme určitou míru stigmatizace, která podle nás pramení z neznalosti. Konkrétně u depresivní poruchy se můžeme setkat s tím, že se lidé bojí, aby na ně depresivní náladu nemocný nepřenesl. Často pak omezí kontakt a nechají nemocného, ať se s tím vypořádá sám. Toto je jen jeden z mnoha možností chybného přístupu k nemocnému s depresivní poruchou. Nicméně věda se stále rozvíjí, proto vnímáme, že bychom měli udělat maximum, aby se míra stigmatizace zmenšovala. Nejčastěji přichází do styku s nemocnými lidmi zdravotníci. V naší práci jsme se zaměřili konkrétně na sestry a na to, jestli jsou informované o depresivní poruše a umí s takto nemocným člověkem správně komunikovat. Sestra neposkytuje pouze ošetrovatelskou péči, ale zastupuje spousty rolí. V oblasti duševních onemocnění může skvěle najít uplatnění svých dovedností v roli edukátorky. Pokud bude sama dobře informovaná, může vysvětlit nejen pacientovi, ale i jeho rodině, co takto nemocný právě prožívá a jak mu můžeme pomoci, či naopak nechtěně ublížit.

Téma duševních onemocnění je čím dál více frekventované napříč společností. Momentálně se nacházíme v době pandemie koronaviru, jejímž vlivem se markantně zvýšila četnost výskytu depresivní poruchy, ale také sebevražd. Lidé se cítí osaměle, izolovaně, což může být jeden ze spouštěčů duševního onemocnění.

Tato bakalářská práce se dělí na dvě části. Rešerše byla provedena Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje. Teoretická část se dělí na tři oddíly. V prvním se věnujeme depresivní poruše, konkrétně popisujeme její příčiny, druhy, vyšetřovací metody a její projevy. V tomto oddílu věnujeme prostor i pro informace o bludném kruhu depresivního prožívání, riziku sebevraždy a stigmatizaci. V druhém a třetím oddílu se zabýváme léčbou a specifiky ošetrovatelské péče o pacienta s depresivní poruchou.

V praktické části jsme chtěli zmapovat informovanost sester o depresivní poruše a vhodném přístupu k takovému pacientovi. Vlastní výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, kde jsme se zaměřili na praktické a všeobecné sestry lůžkových oddělení v Nemocnici Tábor, a. s. Záměrně jsme vynechali sestry, které pracují na psychiatrickém oddělení, protože u nich předpokládáme větší informovanost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEPRESIVNÍ PORUCHA

1.1 Definice

Depresivní porucha neboli deprese se řadí do skupiny afektivních poruch. „*Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační potíže a sociální selhávání.*“ (Vágnerová, 2014, s. 351)

„*Deprese se projevuje především změnou nálady, ale i odlišným způsobem uvažování a poklesem energie a aktivity. Hlavním příznakem je patologická depresivní nálada, která neodpovídá životní situaci nemocného. Nebývá vázaná na konkrétní události, resp. její intenzita a délka trvání nejsou přiměřené případné aktuální zátěži. Ani emoční reakce depresivních lidí nebývají zcela standardní. Často jsou podivně a nepochopitelně lhostejní i k významnému dění.*“ (Vágnerová, 2014, s. 357)

Depresivní porucha je duševní onemocnění. Nejedná se pouze o samotnou patologickou náladu, ale i o nemoc celého organismu. Pokles nálady je v celé řadě životních situací zcela normální. Pokud však trvá déle než 2 týdny bez zjevné příčiny, je vhodné vyhledat lékaře. Tento stav vyžaduje péči odborníka, protože není projevem slabé vůle, ale jedná se o onemocnění, které vyžaduje adekvátní léčbu. Depresivní porucha je u řady nemocných léčitelné onemocnění, ale je zapotřebí začít k poruše přistupovat jako k opravdové nemoci a nezlehčovat ji. Od normálního smutku se liší hned v několika kritériích. Depresivní porucha trvá výrazně déle, narušuje každodenní činnost, je intenzivnější a hlubší než smutek. Objevit se může v jakémkoliv věku. Dvakrát častěji postihuje ženy než muže. Často se objevuje v návaznosti na procítěnou ztrátu v různých etapách života. (Praško a kol., 2015)

1.2 Příčiny

Ačkoliv o depresivní poruše bylo při výzkumu zjištěno mnoho informací, dosud nebyla vědecky zjištěna přímá příčina vzniku deprese. Známe ovšem mnoho faktorů, které dokáží pravděpodobně v různých kombinacích, ale i samostatně, přispět ke vzniku onemocnění. Dělíme je na biologické, genetické a psychosociální. (Svoboda, 2012)

Biologické neboli somatické faktory tvoří triáda. Jde o rovnovážný stav nervové, hormonální a imunitní soustavy. Ty jsou navzájem pevně propojeny a ovlivňovány. Pokud dojde k vychýlení norem u jedné soustavy, pozorujeme odlišnosti i v ostatních. Proto duševní porucha může být způsobena například poruchou štítné žlázy a produkcí hormonů. Tento fakt také vysvětluje, jak na nás může negativně působit stres, obzvláště pokud má jedinec genetickou predispozici. Biologické faktory lze dělit na endogenní a exogenní. Endogenní faktory jsou zejména onemocnění mozku, jako například nádor, hypoxie či ischemie. Mezi exogenní faktory řadíme například jedy, léky, úrazy a infekce. (Orel, 2016)

Vzhledem k pokroku vědy se povedlo prozkoumat kompletní lidský genom. Díky tomu můžeme dojít k závěru, že stavba genetické informace stojí za vznikem predispozic k některým psychickým poruchám. Na vzniku této predispozice se podílí větší počet genů. Nicméně manifestace konkrétního onemocnění nezáleží jen na genetické výbavě jedince, ale na celkovém působení genetického základu spolu s působením vnějších podnětů. Vlohy k duševní poruše se tedy vůbec nemusí projevit. (Orel, 2016)

Psychosociální faktory jsou významné především v iniciální fázi. Často se jedná o nadměrný a dlouhotrvající stres, zhoršení somatického stavu, ztrátu blízké osoby, práce nebo jiných životních jistot. Pokud se depresivní fáze opakují, nehraje tento faktor již tak výraznou roli. Psychosociální problematika se uplatňuje, i pokud pohlížíme na poruchu z genetického hlediska. Genetické predispozice se totiž projevují obvykle, pokud člověk během svého vývoje prodělával opakovaně nadměrně stresové situace. Může se jednat o týrání, zneužívání nebo odloučení od rodiny. (Svoboda, 2012)

1.3 Vyšetřovací metody

Psychiatrické vyšetření je poměrně náročné. Velkou roli v něm hrají osobnostní předpoklady zdravotníka a cit pro jeho práci. Základní vyšetřovací metodou je rozhovor s nemocným a jeho pozorování. Klíčovým momentem vyšetření je první setkání. Nesmíme podcenit důkladnou přípravu. Pro rozhovor je vhodné zvolit klidné a ničím nerušené prostředí. Například zvonící telefony vedou ke ztrátě soustředění nemocného. Neméně důležité je také vyhrazení dostatečného času. Pro první vyšetření se doporučuje hodina času. Primárně informace sbíráme přímo od nemocného. Pokud je nemocný ve stavu, kdy nedokáže komunikovat nebo hrozí záměrné zkreslení informací, můžeme se obrátit na sekundární zdroje informací. Ty představují příbuzní, přátelé nebo jiní členové zdravotnického týmu, kteří se podíleli na jeho předchozím ošetřování. Kontakt začínáme zpravidla před-

stavením se a podáním ruky, čímž přestáváme být pro nemocného pouze anonymním zdravotníkem a získáváme větší důvěru. Dbáme také na zásady neverbální komunikace. Ideálně nemocného posadíme tak, aby oči byly přibližně ve stejné úrovni. Nedáváme tak najevo náš autoritativní přístup, jako kdybychom stáli nad pacientem. (Petr, 2014)

Nejdříve přistupujeme k psychiatrickému vyšetření, tedy lékařské anamnéze. Probíhá podobně jako standardní odebrání lékařské anamnézy v somatických oborech. Nicméně je kladen mnohem větší důraz na zjišťování psychického stavu a jeho patologických odchylek. Po důkladném rozboru a diagnostice se určí také terapeutický plán. (Petr, 2014)

Mezi doplňující vyšetření můžeme zařadit psychologické a laboratorní vyšetření, případně zobrazovací metody. Psychologické vyšetření provádí většinou klinický psycholog. Cílem je zjistit o pacientovi a jeho životě co nejvíce informací. Mimo rozhovor může provádět test kognitivních funkcí, sebehodnocení nemocného nebo osobnostní testy. Součástí mohou být i dotazníky a posuzovací stupnice. Úlohou sestry je poskytnutí dostatečného času a klidu při vyplňování dotazníků. (Petr, 2014)

Zobrazovací metody dělíme na strukturální a funkčně zobrazovací. Jejich hlavním cílem je získat informace o morfolonii a funkčních vlastnostech mozkové tkáně. Do strukturálních metod řadíme rentgenografické vyšetření (RTG), počítačovou tomografii (CT) a magnetickou rezonanci (MRI). Pokud je použita kontrastní látka pro přesnější zobrazení mozkových struktur, sestra zavede intravenózní vstup a pečuje o něj. Při použití kontrastní látky musíme myslet i na možnou alergickou reakci. Do funkčních zobrazovacích metod řadíme elektroencefalografii (EEG), funkční magnetickou rezonanci (fMRI) nebo pozitronovou emisní tomografii (PET). Tato vyšetření nám poskytují informace o funkčních parametrech mozkové tkáně. (Petr, 2014)

Další pomocnou metodou je laboratorní vyšetření, které samo o sobě nevede ke stanovení diagnózy, ale může vést ke zjištění příčiny některých příznaků. Kromě rutinálních laboratorních vyšetření se u depresivní poruchy může vyšetřovat hladina tyreoidální hormonů nebo odběr na toxikologii. Z laboratorních vyšetření můžeme také zjistit podle hladiny léčiva v krvi, zda pacient užívá antidepresiva v předepsané míře. Hlavní úlohou sestry není jen provést profesionálně odběr krve nebo moči, ale také příprava na tyto ošetrovatelské intervence. Sestra by měla ideálně večer před odběrem informovat pacienta o vlastním odběru. Pokud pacient nespolupracuje, nevynecháváme tento krok. Obvykle

vede dobrá informovanost k lepší spolupráci. U odběru moči se často vyžaduje, aby byla sestra přímo u pacienta, aby nedošlo k záměrné výměně vzorku. (Petr, 2014)

1.4 Druhy

Depresivní porucha patří do skupiny afektivních poruch. Ty se dále dělí na podskupiny. V tomto ohledu docházelo během vývoje psychiatrie k opakovanému přejmenování jednotlivých diagnóz, jejich obsah je ale stejný. Dnes se orientujeme podle MKN-10, která každé diagnóze přiřazuje abecední a číselné označení. Tato klasifikace dělí afektivní poruchy na bipolární poruchu (F31), depresivní fázi (F32), periodickou depresivní poruchu (F33) a perzistentní afektivní poruchu (F34). (Raboch, 2014)

Bipolární porucha se vyznačuje střídáním manických a depresivních epizod, kdy depresivní část převládá. Během mánie člověk prožívá povznesení, ztrácí zábrany, má zvýšené sebevědomí a sníženou potřebu spánku. Mohou být přítomny i psychotické příznaky, jako jsou bludy a halucinace. Za depresivní fázi se považuje stav, který trvá alespoň dva týdny. Depresivní projevy jsou popsány ve stejnojmenné kapitole. Depresivní fázi můžeme dále rozdělit podle intenzity na mírnou, střední, těžkou a těžkou fázi s psychotickými příznaky, kdy jsou také přítomny bludy a halucinace. Periodická depresivní porucha označuje případy, kdy pacient neprodělá jen jednu depresivní fázi. Onemocnění má tendenci k chronicitě. Udává se, že během pěti let od vyléčení depresivní fáze, dojde u poloviny případů k rozvoji další epizody. Jedna depresivní epizoda se vyskytuje jen vzácně. Perzistentní afektivní porucha je taková porucha nálady, která trvá minimálně dva roky. Její intenzita však nenabývá takových rozměrů jako u ostatní afektivních poruch. Rozděluje ji na cyklotymii a dystymii. Cyklotymie zahrnuje deprese a hypomanie. Nedosahují však takových intenzit, aby byly diagnostikovány samostatně. Při dystymii se projevují výrazněji trvalé či rekurentní depresivní stavy, které jsou opět v nižší intenzitě než depresivní fáze. (Svoboda, 2012)

1.5 Projevy

1.5.1 Porucha nálady

Mezi příznaky poruchy nálady patří déletrvající smutná nálada, plačtivost, zlost, podrážděnost, úzkost, sebelítost a mnoho dalších. Depresivní nálada se značí přetrvávajícím smutkem, který ale nemusí být v návaznosti na nějakou nepříjemnou událost. Snížené sebevědomí přispívá k vlně sebeobviňování za vše, co člověk udělal nebo naopak neudělal. Psychomotorické tempo se výrazně zpomalí. Nemocným dělá velké potíže i rozhodování

o zdánlivě banálních věcech a jejich řešení se pro ně stává nemožné. Hlavním důvodem nerozhodnosti je pocit, že ať se rozhodne jakkoliv, jeho volba bude špatná. (Dušek a kol., 2010)

Nejvýraznějším příznakem je ovšem anhedonie neboli neschopnost cítit radost. Okolí se často v dobré víře snaží nemocného rozveselit nebo donutit k příjemným aktivitám. Nicméně tato snaha se mívá účinkem a nemocnému je ještě hůř. Člověk s depresivní poruchou si totiž uvědomuje, že by chtěl cítit radost, ale jeho tělo mu to neumožní. Dostává se tedy do dalších trýznivých pocitů a obviňuje se i za to, že mu nejde cítit radost z něčeho, co ho dříve těšilo. Anhedonie nesouvisí pouze s nedostatkem neurotransmiterů v mozku, ale i se samotným nedostatkem energie. (Praško a kol., 2015)

Mnoho nemocných pociťuje úzkost, která na rozdíl od strachu nemá konkrétní obsah. Očekává, že se stane něco nepříjemného, ale neví co, tudíž se neumí tomuto pocitu adekvátně bránit. Zažívají i strach, jehož objektem je např. strach ze ztráty partnera, zaměstnání, společenského postavení, ale třeba i nesplnění svých snů. Obavy ovšem narůstají do mnohem větších rozměrů a intenzity než u zdravého člověka. Z uvedeného důvodu může pociťovat i vztek na sebe, protože se cítí za vše vinen a chce se potrestat. Což může vyvrcholit až pokusem o sebevraždu. (Praško a kol., 2015)

1.5.2 Porucha myšlení

Depresivní myšlenky se vkrádají samy. Nemocný na ně nechce myslet, ale nejde mu je odstranit. Přijímá je tedy takové, jaké jsou, a neuvažuje nad tím, zda jsou pravdivé či nikoli. Neprochází žádnou logickou kontrolou a plně jim věří. Myšlenky se postupně automatizují a přispívají k dalšímu snížení sebedůvěry a sebehodnocení. Hodnocení všeho, co se kolem děje, je zkreslené. Objektivně neutrální události jsou pro nemocného negativní a plné obav. Neustálé negativní myšlenky odrazují od jakékoliv potencionální činnosti, neboť v nich vidí budoucí selhání. (Praško a kol., 2015)

Typicky vyhledává všechny situace v minulosti, současnosti i budoucnosti a hodnotí je negativně. Svět vnímá katastroficky. Někdy ho dokáže vidět v lepším světle, ale odmítá, že by byl pro takový svět vhodný. Hromadí se autoakuzační myšlenky, pro něž je typické nadměrné sebeobviňování se i za věci, které neovlivňuje. Porucha exekutivních funkcí (např. plánování, rozhodování a vykonávání činností) tyto myšlenky jen přživuje. Celkový útlum psychické i fyzické aktivity se nazývá bradypsychismus. Nemocný má velké problémy s rozhodováním a plánováním čehokoliv. Výrazná je také porucha soustředění

a učení. Takový člověk si velmi těžko vybavuje souvislosti, hůř se mu přemýšlí, protože jeho myšlení je stereotypní. Kromě autoakuzací se mohou vzácněji vyskytovat i bludy (kvalitativní porucha myšlení, kdy člověk nekriticky vnímá jevy, které nemají reálný podklad). Ty opět v člověku utvrzují, že jeho bytí je bezvýznamné. (Vágnerová, 2014)

1.5.3 Depresivní chování

Porucha myšlení se navenek odráží v chování nemocného. Opět je hlavním znakem zpomalení. Pokud už se nemocný odhodlá k nějaké činnosti, nevydrží u ní dlouho. Již po chvíli se mu začnou hromadit negativní myšlenky a tím se pro něj činnost stává velice obtížná a vysilující. Postupně se odpoutává i od svých dřívějších zájmů, které ho teď již nenaplňují nebo naopak mu přináší utrpení, protože ani z těchto aktivit nemá radost a dobře si to uvědomuje. Veškerá jeho činnost se omezuje jen na nejzákladnější úkony, neboť ostatní pro něj ztrácejí smysluplnost. Často se vyhýbá lidem. Nejdříve známým, později i rodinným příslušníkům. Pokud se nemocný se svými obtížemi již někomu svěřil, mohlo se stát, že se mu nedostalo pochopení. Automaticky tak předpokládá, že ho už nepochopí nikdo a všichni na něj budou pohlížet zvláště. To vede ke stále většímu uzavírání se do sebe s pocitem, že selhal i na úrovni mezilidských vztahů a je na vše sám. (Praško a kol., 2015)

Chování ovlivňuje také samotná vůle, za jejíž fungování zodpovídají řídicí centra prefrontální mozkové kůry. Často se vyskytuje úbytek vůle, až abulie (úplné chybění). Nemocný si uvědomuje, že by měl vykonat konkrétní činnost, ale nedovede se k ní přinutit. Což vede k dalšímu sebeobviňování a pocitu selhání. (Vágnerová, 2014)

1.5.4 Somatické příznaky

Tělesný i duševní systém tvoří navzájem úzce propojený komplex. Pokud začne selhávat jeden, odrazí se to i na druhém. Většina pacientů s depresivní poruchou pociťuje nejrůznější tělesné příznaky a často mají vlivem negativních myšlenek obavy, že se jedná o vážnou nemoc. Konkrétní příznaky jsou velmi individuální a zahrnují široké spektrum potíží. Společnými znaky jsou zpomalení, útlum, bolest, nedostatek energie, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku atd. Somatické projevy mohou depresivní poruše předcházet. Souvislost s duševní poruchou se často objeví až později, protože z běžných vyšetření nic neodpovídá jasné somatické příčině obtíží. Psychické problémy se ovšem mohou dostavit i v návaznosti na somatické onemocnění (např. u pacientů s metabolickými či endokrinními chorobami). Poté hovoříme o tzv. sekundární depresivní poruše. (Vágnerová, 2014)

Poruchy spánku přispívají k pocitu únavy. Setkáváme se s hypersomnií (nadměrnou spavostí). Nemocný se snaží svých pocitů zbavit spánkem, nicméně ten nedosahuje dostatečné kvality a nedodává mu dostatek energie. Častější je dyskoimesie (nemožnost usnout), časté buzení během noci a brzké ranní probouzení, bez možnosti znovu usnout. Porucha spánku je mnohdy příznak, který vede k diagnostice poruchy nálady. (Dušek a kol., 2010)

Dalším somatickým příznakem, který odkazuje na možnost psychické poruchy, jsou gastrointestinální potíže. Projevují se zejména bolestí břicha, zvracením, zácpou a ztrátou chuti, až odporem k jídlu. Jejich důsledkem často dochází ke zřetelnému úbytku váhy. Méně často dochází k nadměrné chuti k jídlu. (Dušek a kol., 2010)

Duševní porucha se může odrazit ve kterémkoliv systému. Nemocný cítí například svíravou bolest na hrudi, palpitaci, problémy s močením nebo svalovou ochablost. Značná je také pomalá skleslá chůze a strnulá mimika. Řeč bývá tichá, pomalá s latencí až mutismem (nemluvnost). Výjimečný není ani intenzivní pláč, který nemocný mnohdy neumí odůvodnit. (Dušek a kol., 2010)

Jako larvovaná deprese se označuje stav, kdy se depresivní porucha projevuje zejména v somatické oblasti. Nemocný buď své pocity odsouvá do pozadí, nebo je vůbec nepocituje. Na zdánlivě somatické problémy účinně zabírá léčba antidepressivy. (Praško a kol., 2015)

1.5.5 Vztahy a deprese

Depresivní projevy nemocného nepůsobí jen na něj, ale mohou deformovat vztahy s jeho nejbližší rodinou a okolím. Šíření negativních myšlenek a chování často způsobuje velkou psychickou zátěž pro všechny, kdo jsou do situace zahrnuti. Pokud okolí není seznámeno s faktem, že jde o projevy duševní choroby, může si chování nemocného vykládat mylně. Laická veřejnost si nepřipouští, že by se v jejím okolí mohl opravdu vyskytovat někdo s duševní poruchou, a tak si chování, které je spojené s depresivní poruchou, vykládají jako lenost, vypočítavost, lhostejnost a zbytečnou přecitlivělost. Hypoaktivita u depresivní poruchy dráždí ostatní členy rodiny. Z jejich pohledu se totiž nemocnému objektivně nic neděje, nemá tedy důvod být skleslý a nepracovat. Povinnosti na sebe obvykle převezme jiný člen rodiny, ale nemocný se poté stává terčem výčitek, což vede k dalšímu narušování vzájemných vztahů. Nemocný se postupně ještě více uzavírá do sebe, cítí se vinný za vše, co se děje, protože nezvládá ani běžné úkony, čímž se dostává do dalších bludných

kruhů deprese. V takových situacích je ideální vyhledat pomoc psychoterapeuta nebo lékaře, kteří by dokázali rodině vysvětlit, co jejich blízký právě prožívá a jak je vhodné k němu přistupovat. (Vágnerová, 2014)

1.6 Bludný kruh depresivního prožívání

Bludný kruh se vyznačuje automatickými depresivními myšlenkami. U nemocného se projevuje již při samotné představě určité činnosti, která je pro něj problematická. Ačkoliv k situaci ještě ani nedošlo, nemoc vyvolává myšlenky na selhání a neschopnost člověka udělat cokoli správně. Tato představa dokáže vyvolat vegetativní prožitky a emoce ve stejné intenzitě, jako kdyby k situaci došlo a nemocný ji nezvládl. Následkem je prohloubení depresivních myšlenek, výraznější somatické projevy, které zesilují depresivní chování a zhoršení celkového stavu. (Praško a kol., 2015)

1.7 Riziko sebevraždy

V oblasti psychických poruch je nezbytné pomýšlet i na možnost sebevražedného chování (suicida). Z celkového počtu sebevražd je totiž velká část spáchána lidmi, kteří mají nějaké psychické onemocnění. Musíme tedy brát tento fakt na vědomí a aplikovat ho do denní praxe při péči o takové pacienty. Pokud nemocný dochází na vyšetření k lékaři na psychiatrické oddělení nebo ambulanci, měl by pátrat po myšlenkách nemocného na sebevraždu. Vzhledem k tomu, že téma sebevraždy je značně tabuizováno, mnoho takto smýšlejících lidí se bojí o tématu a problémech, které je dovádí k takovému řešení, otevřeně mluvit. Mají strach, že budou odsouzeni a nikdo je upřímně nevyslechne. (Látalová, 2015)

Lékař, jiný odborník nebo zdravotník by měl poskytnout bezpečný prostor pro vyjádření a vyslechnutí myšlenek. Především se musí vyvarovat bagatelizování sdělených informací. Takový přístup by mohl vyvolat urychlený proces, který by vedl k vykonání suicida. Můžeme se setkat s tím, že se zdravotník bojí přímo zeptat na suicidální myšlenky. Přitom pacienti mívají potřebu se se svými problémy svěřit někomu, kdo je neodsoudí a poskytne možnosti řešení. Pokud nemocný vyjadřuje zásadní nespokojenost se životem bez vidiny řešení, je na místě položit přímou otázku, zda pomýšlí na to, že by už nechtěl být. Pokud ano, je potřeba dále empaticky pátrat, zda myslí na sebevraždu, případně, jestli má nějaký plán. Můžeme tak zjistit, zda je bezprostřední riziko sebevražedného pokusu. Zároveň se mu ve chvíli, kdy se problém pojmenuje nahlas, otevírá možnost otevřeně o všem mluvit. (Látalová, 2015)

Rizikových faktorů existuje celá řada. Existují důkazy o tom, že pokud byl sebevražedný pokus v rodině, je vyšší riziko takového jednání i u potomků. Prožití traumatické situace v dětství může mít mnohem vážnější dopad při prožívání podobné situace v dospělosti. Objevuje se i poměrně značné zastoupení jedinců se sebevražednými pokusy v období dospívání, které se vyznačuje vyšší emoční labilitou a impulzivním chováním. Dalšími stresovými faktory jsou životní situace spojené se změnou či ztrátou. Jedná se především o ztrátu blízké osoby, zaměstnání, zdraví nebo bydlení. Na tyto události mohou navazovat životní změny, jako například změna prostředí, sociální izolace nebo přechod do jiné životní etapy (odchod do důchodu). (Látalová, 2015)

Některé zdroje uvádějí, že myšlenkami na sebevraždu trpí každý depresivní pacient. Většina lidských rozhodnutí prochází vývojem. V tomto případě mluvíme o suicidálním vývoji. Na počátku se objevují myšlenky bez konkrétního obsahu. Člověk se je snaží racionálně vytěsnit. Další fází jsou suicidální tendence. Nemocný se již myšlenkám nebrání, ale má k nim rozličný postoj. Postupně myšlenku přijme za svou a věří, že je to ideální řešení. Přistoupí tedy k plánování vlastního suicidálního aktu. V tuto chvíli je potřeba nemocnému věnovat maximum pozornosti. Navenek se může zdát, že se jeho stav lepší. Dochází totiž k útlumu hlavních pozorovatelných příznaků. Jde o mylnou interpretaci. Plánování suicidálního aktu přinese nemocnému uklidnění. Sebevraždu totiž vnímá jako pozitivní řešení, úlevu a východisko ze svých problémů. (Praško a kol., 2015)

Rozpoznat sebevražedné myšlenky nemusí být vždy jednoduché. Někteří pacienti jsou otevřenější a své pocity přímo verbalizují. V takových případech je potřeba je brát vážně. Jde o velice choulostivé téma, a pokud se nám rozhodl pacient svěřit, nesmíme tuto důvěru zklamat. Naopak u některých pacientů se projevuje ironie a agresivita. Pokud je využit empatický přístup, je možné i s takovými lidmi pracovat. Projev nemocného ovšem nemusí přímo naznačovat jeho plán. Podezření by u nás měly vyvolat situace, kdy pacient začne mluvit o budoucnosti, jíž už nebude součástí nebo pokud začne bezdůvodně rozdávat svůj majetek. Pokud pacient již v anamnéze má suicidální pokus, riziko opakování je oproti běžné populaci vyšší. Nejrizikovější je první rok po pokusu. (Látalová, 2015)

Mezi rizikové faktory patří pohlaví. Ženy se sice častěji pokusí o sebevraždu, nicméně muži ji častěji dokonají. Významné riziko nastává u lidí, kteří trpí psychickou chorobou jako je například deprese nebo schizofrenie. Pokud užívají i psychoaktivní látky nebo trpí závažným fyzickým onemocněním, jsou mnohem více ohroženi sebevražedným

chování. Nemocní často požádají o odbornou pomoc těsně před rozhodnutím spáchat sebevraždu. Zde je nesmírně důležité, aby se jim dostala správná odborná pomoc, byla nasazena adekvátní a dostatečně dlouhá léčebná opatření. Naopak mezi protektivní faktory řadíme sociální oporu v rámci rodiny nebo různých spolků, zaměřených na tuto problematiku. Pacienti čin často nespáchají, pokud mají dítě. Cítí k němu totiž zodpovědnost a od činu je odrazuje, jaké by zanechal následky na dítěti. Dalším faktorem je schopnost hledat pomoc při důležitých životních rozhodnutích, pozitivní sebehodnocení a naplnění smyslu života. (Látalová, 2015)

Jestliže lékař vyhodnotí riziko sebevraždy jako vysoké, musí okamžitě přistoupit ke krokům, které mají za cíl maximálně ochránit pacienta. K jednotlivým omezením se přistupuje na základě vyhodnocení závažnosti myšlenek a celkového vyšetření. Záleží tedy na tom, zda jde jen o rozvahy bez jasné motivace k činu nebo zda nemocný již má přesně daný plán a připravené pomůcky k vykonání sebevraždy. Pokud je již pacient připraven čin vykonat, lékař má právo ho omezit na osobní svobodě proti jeho vůli, neboť svým jednáním přímo ohrožuje vlastní zdraví. Následuje farmakoterapie spojená s psychoterapií. Cílem léčby během hospitalizace je vytvořit důvěrný psychoterapeutický vztah, ve kterém je nutné poskytnout prostor pro řešení problémů, které k takovému jednání vedly. Součástí je i příprava pro navrácení se do běžného života po zvládnutí akutních příznaků. Délka takové hospitalizace je individuální, ale obvykle trvá 2-4 týdny s možnostmi navazující péče. (Látalová, 2015)

V klinické praxi se často užívá tzv. antisuicidální smlouva. Jde o formu dohody v terapeutickém vztahu, kdy se nemocný zaváže osobě, které důvěřuje, že sebevraždu nespáchá, dokud nevyhledá odbornou pomoc. Nejde o legální akt. Dohoda se zakládá jen na důvěře. Nedoporučuje se v ambulantních podmínkách a u nově přijatých osob, kde ještě vztah není vybudován. (Látalová, 2015)

1.8 Stigmatizace

Pacienti s depresivní poruchou se v běžném životě setkávají s řadou překážek. Jednou z nich je pohled na samotné onemocnění. Mluvíme o sebestigmatizaci nebo o stigmatizaci z okolí. Veřejnost se i v dnešní době drží určitých názorových stereotypů ohledně deprese z dřívějších dob. Nyní je tato nemoc poměrně dobře prozkoumána, ale její znalost se stále nerozšířila do populace, což vede právě ke stigmatizaci lidí s psychickou poruchou. Vybrali jsme proto pár příkladů typické stigmatizace. (Ocisková, 2015)

Mezi nejčastější výrok okolí nemocného patří, že deprese se dá zvládnout vůlí. Argument k této větě může být komplikovaný. Pravdou je, že lehká forma deprese se dá zvládnout bez farmakologických přípravků. Nicméně je důležité vyhledat odbornou pomoc nebo psychoterapii. Většinou ovšem mluvíme o středně těžké nebo těžké depresi, která se samotnou vůlí zvládnout nedá. Podstatou deprese je úbytek neurotransmiterů, jejichž tvorba nezáleží na vůli jedince. Tento fakt vyvrací výrok o zvládnutí nemoci vůlí, protože je nutné nasadit farmakologickou léčbu pro doplnění hladiny neurotransmiterů. (Ocisková, 2015)

Dalším stigmatizujícím prvkem je mínění o tom, že depresí trpí slabí a neschopní jedinci. Nejsou důkazy, které by jasně prokázaly, že vznik onemocnění se váže na osobní úspěch v životě. Životní neúspěch může být považován za jeden ze spouštějících faktorů u předem zranitelného jedince, ale depresí trpí i slavní a úspěšní lidé. Pokud má okolí tendenci poukazovat u depresivního pacienta na jeho neschopnost a neúspěchy, výrazně se podílejí na zhoršení stavu nemocného. (Ocisková, 2015)

Často se pacienti i okolí snaží najít někoho, kdo depresi zavinit. Nikdo nedokáže zavinit depresi. Existuje spousta spouštějících faktorů, které u predisponovaného člověka dokážou ve vzájemné kombinaci depresi vyvolat. Depresi lze takto přirovnat k mnoha somatickým onemocněním, na jejichž vzniku se podílí například stres. Nicméně označit konkrétního viníka nelze. (Ocisková, 2015)

Velice rozšířeným prvkem stigmatizace je celkové téma psychiatrie. Lidé se bojí vyhledat odbornou pomoc, protože nechtějí získat označení „psychiatrický pacient“. Cítí by se tak ve společnosti méněcenní a odsuzovaní. Snaží se své problémy co nejdéle řešit sami svépomocí a odborníka vyhledají až v době, kdy už tíhu onemocnění nedokážou unést. Pokud jim jsou předepsána antidepresiva, snaží se je sami co nejdříve vysadit. Obvykle k tomu dochází ve fázi první úlevy. Mají pocit, že se cítí dobře a léky již nepotřebují. Během užívání antidepresiv se postupně titruje požadovaná hladina neurotransmiterů. Pokud je pacienti náhle vysadí, rapidně klesne tato hladina a dochází ke zhoršení stavu. Nemocný se poté může zdráhat znovu antidepresiva užívat, protože z jeho pohledu nefungují a má strach z návykovosti. Většina dnes užívaných antidepresiv není návyková, pokud se pacient cítí minimálně 6 měsíců dobře, může po poradě s lékařem začít snižovat po dobu několika měsíců dávku, až léky zcela vysadí. (Ocisková, 2015)

2 LÉČBA DEPRESIVNÍ PORUCHY

2.1 Psychiatrická péče

Za správnou léčbou duševních onemocnění stojí komplexní síť psychiatrické péče. Skládá se z ambulantních, intermediárních (přechodných) a lůžkových zařízení. Hlavním úkolem je takovou péči zprostředkovat všem, kdo ji potřebují, tedy zajistit dostatečnou dostupnost. V některých regionech České republiky není zajištěná dostatečná psychiatrická péče, kromě velkých regionálních měst. Česká psychiatrie postupně prochází reformou, která vedle ambulancí, psychiatrických oddělení a nemocnic bude zahrnovat i centra duševního zdraví. Cílem reformy je mimo jiné destigmatizace a deinstitucionalizace. Kvůli stálému nárůstu psychiatrických pacientů se snaží přesunout multidisciplinární péči z institucí do přirozeného prostředí pacientů. To by mělo napomáhat i destigmatizaci, snazšímu zapojení do běžného života a zároveň snížit náklady na zdravotní péči. (Petr, 2014)

Téměř každý duševně nemocný člověk přichází do prvního kontaktu s psychiatrií přes psychiatrickou ambulanci, která funguje buď samostatně nebo jako součást nemocničního zařízení. Ambulance slouží k diagnostice a léčbě psychických poruch. Mohou být specializované, např. dětské psychiatrické ambulance. Pokud stav nevyžaduje hospitalizaci, dochází pacient na pravidelné kontroly, případně se upravuje medikace. Ambulantní péče u zhoršujících se pacientů předchází hospitalizaci. Pokud byla péče zahájena prvotně na lůžkovém oddělení, obvykle následuje ještě ambulantní léčba. (Orel, 2012)

Intermediární péče představuje oblast mezi ambulantní a lůžkovou péčí, která usnadňuje návrat do běžného života. Zahrnuje například krizová centra, denní stacionáře, chráněné bydlení a svépomocné skupiny. (Malá, 2010)

Některá onemocnění či akutní stavy vyžadují hospitalizaci v lůžkových zařízeních. Dělíme je na lůžka specializovaná, lůžka akutní a následné péče. Specializovaná lůžková péče se soustředí na léčbu konkrétních duševních poruch. Akutní lůžková péče se zabývá bezprostředním zhoršením nebo vznikem psychické poruchy. Součástí musí být okamžité zajištění vyšetřovacích a laboratorních metod, na jejichž základě může být rychle stanovena diagnóza a následně poskytnut adekvátní léčebný plán. Následná lůžková péče může navazovat na akutní lůžkovou péči. Soustředí se na pacienty, kteří mají nastavenou léčbu, ale jejich stav neumožňuje domácí léčení. (Petr, 2014)

Hospitalizaci poskytují psychiatrická oddělení, psychiatrické kliniky nebo léčebny. Psychiatrická oddělení dělíme na uzavřená a otevřená. Uzavřená omezují možnost svévolného odchodu pacienta. Na tomto typu oddělení nacházíme dezorientované pacienty a ty, kteří jsou nebezpeční sobě nebo okolí. Otevřená oddělení se starají o pacienty, kteří nevyžadují přísný dohled personálu. Obě oddělení můžeme dále dělit na mužská, ženská, smíšená, případně specializovaná (např. se zvýšeným dohledem, dětská, akutní). (Orel, 2012)

2.2 Farmakoterapie

Depresivní porucha je léčitelné onemocnění, i když může docházet k opakovanému obnovení příznaků nebo mohou přetrvávat reziduální symptomy. Pro maximální účinnost léčby je třeba dodržet komplexní přístup. Ideální je proto kombinace více druhů terapií. Základem jsou psychofarmaka (antidepresiva), doplněná např. psychoterapií či socioterapií. Ke každému jedinci se musí přistupovat individuálně s ohledem na jeho osobnost a aktuální stav. Většinou postačuje ambulantní léčba. Nicméně pokud jde o závažný stav, doporučuje se hospitalizace především u těžkých depresivních poruch, kdy je u nemocného riziko suicidálního jednání. (Vágnerová, 2014)

Antidepresiva jsou lékem první volby. Během depresivní poruchy nastává v mozku chemická nerovnováha. Úbytkem neurotransmiterů, zejména noradrenalinu, serotoninu a dopaminu, dochází k poruše psychických funkcí. Cílem léčby je zvýšit dostupnost těchto látek. Během farmakoterapie podáváme léky, které regulují zpětné vychytávání nebo biodegradaci neurotransmiterů. Jelikož nejde o přímé dodání těchto látek, efekt léčby se projevuje nejdříve za tři týdny od zahájení farmakoterapie. (Praško a kol., 2015)

V dnešní době je k dispozici široká nabídka antidepresiv. Volba vhodného preparátu by měla být zvolena po konzultaci s psychiatrem. Ten dokáže najít vhodný lék pro konkrétního nemocného. Výběr se provádí na základě rychlosti nástupu účinku, předchozí zkušenosti s lékem, možnými nežádoucími účinky, pohodlnosti dávkování, věku, dalšího onemocnění a cenové dostupnosti léku. Nežádoucí účinky jsou u nejnovějších generací antidepresiv minimální. Nicméně se mohou vyskytnout v podobě útlumu, únavy, nesoustředěnosti, sucha v ústech, zácpě, rozmazaného vidění, a dalších. Většina těchto projevů ustoupí po čase užívání. Důležité je vytrvat v léčbě dostatečně dlouhou dobu při dostatečně vysoké dávce. Nemocní mají často tendenci léčbu přerušit během prvních 14 dnů, protože se cítí mnohem hůře. I v těchto případech je důležité vytrvat, protože nežádoucí účinky odezní většinou do 3 týdnů. Psychické zlepšení obvykle nastoupí až po tomto období.

Po třech týdnech obvykle následuje kontrola u psychiatra. Ten posoudí, zda léčba probíhá adekvátně, případně vybere jiný lék nebo zvolí vhodnou kombinaci více přípravků. (Praško a kol., 2015)

Pro léčbu antidepresivy platí několik zásad, které je potřeba striktně dodržovat. V užívání antidepresiv by se mělo pokračovat minimálně šest měsíců po odeznění příznaků, pokud šlo o první depresivní epizodu. V případě, že jde o opakovanou epizodu, je vhodné tuto dobu prodloužit na dva roky. Udržovací léčba je velice důležitá. Pokud by došlo k vysazení léku předčasně, je vysoké riziko rychlého návratu onemocnění. Při udržovací léčbě platí pravidlo, že dávka léku se nemá snižovat po určitou dobu od chvíle, kdy bylo dosaženo zlepšení. (Praško a kol., 2015)

Při užívání psychofarmak se nedoporučuje konzumace alkoholu nebo užívání psychoaktivních látek a drog. Tyto látky totiž mohou v kombinaci s léčivem výrazně snižovat nebo dokonce anulovat účinek léku. U některých skupin psychofarmak se také nedoporučuje řídit vozidlo nebo vykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost.

Volbu psychofarmak ordinuje psychiatr nebo praktický lékař. Pro přehled o farmakologické léčbě uvádíme základní dělení. Antidepresiva rozdělujeme do 2 základních skupin. První skupinou jsou tzv. inhibitory vychytávání monoaminů, které se dále dělí na 4 generace. Spadají sem například selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu (NARI). Druhou skupinou jsou inhibitory biodegradace. Ty se dále dělí na dvě generace a ostatní nezařazené, kam patří například extrakt z třezalky. (Dušek a kol., 2010)

2.3 Psychoterapie

Psychoterapie má v léčbě depresivní poruchy nezastupitelnou roli. U lehčích forem dokáže samotná psychoterapie pomoci i bez léků. Její hlavním cílem je podpora a upevnění zdravých částí osobnosti. Pomáhá nemocnému porozumět onemocnění. Rozlišuje, co je zdravé prožívání a co se považuje za patologické. Podporuje ho na cestě léčbou, poskytuje pocit bezpečí, pochopení a motivaci. Učí nemocného srovnat si životní hodnoty a najít cesty k řešení současných problémů. (Praško a kol., 2015)

V rámci komplexní terapie se podílejí všeobecné sestry na organizaci jednotlivých terapeutických postupů. Podle vzdělání se mohou účastnit jako koterapeuti skupinových

sezení. Pokud mají psychoterapeutický výcvik, mohou provádět i krizové intervence, včetně pracovišť linky důvěry. (Petr, 2014)

U těžkých depresí má psychoterapie malou účinnost. Své uplatnění rozvine při překonání akutní fáze a v době, kdy příznaky začínají odeznívat. Právě v těchto chvílích mnoho nemocných uvažuje o suicidálním aktu, protože jejich psychický stav je stále neuspokojivý, ale již mají více fyzické síly. Zde je správnou volbou začlenit do procesu podpůrnou psychoterapii. Terapeut neléčí, ale doprovází na cestě léčbou. Nejdůležitější roli hraje motivace a spolupráce nemocného k uzdravení. V léčbě vystupuje především jako průvodce, který mimo jiné poskytuje cenné rady, rozebírá s nemocným jeho prožívání a přijímá ho takového jaký je. (Praško a kol., 2015)

Psychoterapii můžeme rozdělit na skupinovou a individuální. Skupinová psychoterapie sdružuje nemocné, kteří mezi sebou nemají vzájemné vazby, ale pojí je společný problém. Individuální psychoterapie se zaměřuje na potíže nemocného jedince. Rodinná terapie je na hraně obou. Z jednoho hlediska ji lze vnímat jako skupinovou, protože se jí účastní více členů, nicméně mezi sebou mají sociální vazby, což má povahové rysy individuální psychoterapie. Z tohoto důvodu jsme ji nezařadili ani do jedné skupiny, ale pohlížíme na ni jako na samostatný celek. Existuje celá řada psychoterapeutických směrů. Zkušený psychoterapeut dokáže posoudit, který přístup je pro pacienta nejvhodnější. Vždy záleží, jaký je cíl psychoterapie. V rámci depresivní poruchy se zaměřuje na redukci příznaků této nemoci. V následujícím textu uvádíme kognitivně behaviorální a rodinnou terapii, které jsou pro depresivní poruchu nejčastější.

2.3.1 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie skýtá nesmírnou výhodu, pokud se nemocný cítí se svými problémy sám. Dělí se na otevřenou a uzavřenou skupinu. Nejčastěji ji vedou 2 psychoterapeuti (ideálně žena a muž). Do otevřené skupiny se přijímají noví členové. V uzavřené skupině je obvykle 8-12 lidí a obsazení se nemění. Uzavřená skupina nabízí důvěrnější prostředí. Členové odkrývají své problémy a pocity. Postupně se mezi sebou poznávají, to prohlubuje důvěru a schopnost mluvit otevřeně. Jednotlivým členům poskytuje jiný náhled na řešení nesnází pohledem ostatních. Pomáhá nemocnému cítit, že i ostatní mají podobné prožitky a není na ně sám. Cílem skupinové terapie je, aby nemocný sám rozpoznal chyby v naučených vzorcích chování a s ním související problémy. Tím si uvědomí sám,

co by chtěl ve svém chování a přístupu změnit a dále na nich pracovat. (Praško a kol., 2015)

Tento typ terapie není vhodný pro nemocné, kteří jsou v akutní fázi onemocnění nebo s příznaky těžké depresivní poruchy. Mnoho stimulů z okolí by mohlo zapříčinit zhoršení stavu a stala by se neúčelnou. Pro lehčí formy je to ovšem optimální účinná podpůrná terapie. (Praško a kol., 2015)

2.3.2 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je často vyhledávaná především kvůli intimitě, kterou nabízí. Psychoterapeut poskytuje prostor, kde se nemocný cítí bezpečně, kde může mluvit o čemkoliv, co ho trápí, ale zároveň ví, že za myšlenky nebude nijak odsuzován. Do ničeho není nucen, ale může s psychoterapeutem probrat veškeré své obavy a pocity. Společně se snaží najít vhodnou cestu v řešení těchto problémů. (Praško a kol., 2015)

2.3.2.1 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie se využívá zejména u lehkých, středně těžkých depresivních poruch a u pacientů s reziduálními příznaky. Jak již název napovídá, tato terapie se skládá ze dvou složek. Kognitivní složka se zaměřuje na myšlení a poznávání, které se odráží z hlubších postojů, představ a automatického hodnocení pohledu na okolní dění. Behaviorální souvisí s následnou reakcí na okolní události, tedy vlastní chování. Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na čtyři základní složky, které tvoří komplex a jsou na sebe úzce navázány. Jde o emoce, myšlení, tělesné reakce a chování. Pokud se změní jedna ze složek, ovlivní tím i ostatní. (Pešek a kol., 2013)

Samotná terapie se soustředí na různé složky psychiky a od toho se odvíjí i její náplň. Často se zaměřuje na myšlenky, které u nemocného vyvolávají nepříjemný pocit. Terapeutickým přístupem se snaží racionálně přeměnit postoj k těmto, mnohdy automaticky negativním myšlenkám. Emoční složka může souviset i s vnímáním okolních vjemů. Má na ní vliv i poslech hudby nebo aromaterapie. Tělesné příznaky lze ovlivnit řadou relaxačních cviků a zklidňujícího dýchání. V rámci chování se uplatňuje tzv. expoziční léčba. Pokud člověku působí určitá situace obtíže, opakovaně se jí sám vystaví a jeho úzkost se postupem času snižuje. U depresivních pacientů je možné využít i postupné zvyšování aktivit, které jim na začátku léčby dělaly potíže. (Pešek a kol., 2013)

2.3.3 Rodinná terapie

Podstatou rodinné terapie není najít někoho, kdo je vinný za stav pacienta. Jde o další podpůrnou metodu, jejímž základem je podpora pochopení rodinných příslušníků nemoci samotné, ale i snaha o pochopení toho, co nemocný právě prožívá. Často totiž i nejbližší rodina v dobré vůli dokáže slovy velice uškodit. Cílem této terapie by mělo být zasvěcení okolí do podstaty problému. Vysvětlit jim, že nemocný si příznaky nevymýšlí, že nejde o lenost nebo slabou vůli. Naopak je vhodné členy rodiny podpořit ve vytváření nekonfliktní, příjemné atmosféry bez hádek a obviňování během léčby. Kvalitní psychoterapeut pomáhá obnovit, zlepšit a upevnit vztahy v rodině. (Praško a kol., 2015)

2.4 Biologická terapie

Mimo klasické metody, jako je psychoterapie a farmakoterapie, existuje také řada biologických možností léčby. Nejedná se o léčbu první volby, protože je více invazivní a má mnohá úskalí. Ačkoliv nefarmakologické léčby duševních poruch se využívají již více než sto let, stále se potýkají s řadou etických problémů. (Dušek a kol., 2010)

2.4.1 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) se řadí mezi nejefektivnější terapeutické metody v psychiatrii. Zejména pro její široké spektrum využití a rychlý nástup účinku. V současné době není tato metoda první volbou v léčbě jakéhokoliv duševního onemocnění. Indikace k elektrokonvulzivní terapii vyplývá zejména ze zhodnocení celkového stavu nemocného. Bere se ohled na předchozí léčbu jinými způsoby a jejich úspěšnost. K této metodě se přistupuje například u farmakorezistentních poruch. Dále v případech, kdy je symptomatika natolik závažná, že jsou přítomny bludy u pacienta a vysoká sebevražednost. Terapie je účinná pro všechny druhy depresivních poruch. Nicméně je nezbytné zvážit všechna rizika a zisk z elektrokonvulzivní terapie musí nad nimi převažovat. (Dušek a kol., 2010)

Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří nevolnost, zmatení, bolest hlavy a svalů. Většina těchto příznaků je reverzibilní a měla by odeznít do 72 hodin od výkonu. (Dušek a kol., 2010)

2.4.2 Fototerapie

Fototerapie se využívá zejména při léčbě sezónních afektivních poruch. Ty se vyznačují především zvýšenou únavou, poruchou spánku, nálady a zvýšenou chutí k jídlu. Nespornou výhodou je minimum nežádoucích účinků a možnost využití u všech věkových kategorií, včetně dětí. Výjimečně jsou popisovány stavy hypománie, které po pár fototer-

peutických sezeních odezní. Princip spočívá v nahrazení denního světla umělým světlem. To musí vyzařovat co nejpodobnější spektrum světelného záření, jako denní světlo. Napomáhá tak snížit únavu, zlepšit kvalitu spánku, nálady, pozornosti a úpravu denního rytmu. K fototerapii se využívá speciální lampa. Pacient se léčí ambulantně nebo si může přístroj pořídit domů. Někdy je tato terapie podpořena psychofarmaky na základě aktuálního stavu. (Dušek a kol., 2010)

2.4.3 Vagová stimulace

Vagová stimulace byla primárně vyvinuta pro léčbu rezistentní epilepsie. Později se ukázalo, že má vliv i na další onemocnění, jako jsou rezistentní depresivní poruchy, poruchy paměti u Alzheimerovy choroby, poruchy spánku a redukuje sebevražedné chování. Metoda spočívá v chirurgické implantaci pulzního generátoru v krční oblasti, který se napojí na levou větev nervus vagus. Elektronické zařízení, které připomíná kardiostimulátor, se voperuje pod levou klíční kost. Z něj vede podkožím elektroda až k nervus vagus. Zařízení se dá transkutánně programovat pomocí speciální jednotky, propojené s počítačem. (Dušek a kol., 2010)

Dosavadní studie jednoznačně prokazují pozitivní efekt v léčbě depresivních poruch. Bylo zjištěno, že vagová stimulace ovlivňuje koncentraci neurotransmiterů v centrálním nervovém systému a působí na funkci limbického systému stejně jako antidepressiva. Ovšem i vagová stimulace má svá negativa a nežádoucí účinky. Můžeme se setkat s chirurgickými komplikacemi, nevolnostmi, chrapotem, bolestí, zvracením atd. (Dušek a kol., 2010)

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S DEPRESIVNÍ PORUCHOU

3.1 Ošetřovatelská péče o pacienta s depresivní poruchou

Ošetřovatelská péče je poskytována formou ošetřovatelského procesu. Na počátku stojí sběr informací o nemocném, následuje stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování ošetřovatelské péče, realizace a následné zhodnocení efektu ošetřovatelské péče. Sestra odebírá ošetřovatelskou anamnézu, provádí základní vyšetření psychických a fyziologických funkcí. Podle stavu a onemocnění pacienta využívá hodnotící škály. Hodnotí například stav výživy, hydratace, sebekpěče nebo spánku a odpočinku. Může obsahovat kromě standardního spektra hodnocení i speciální hodnotící škály, které se vztahují přímo na duševní onemocnění. Díky nim dokáže lépe individualizovat plánování ošetřovatelské péče a její efektivitu. Hodnotících škál se využívá u nemocných s depresivní poruchou mnoho. Můžeme zmínit například Screening pro určení zvýšeného rizika pádu, Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku), Hodnocení rizika sebevražedného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk), stupnici hodnocení psychického zdraví a Geriatrickou škálu deprese dle Yesavage. (Petr, 2014)

Na každého pacienta musíme pohlížet individuálně a především holisticky. Takovou péči zajišťuje multidisciplinární tým. O psychiatrické pacienty se stará široká škála pracovníků. Jedná se o lékaře, sestry, ošetřovatele, psychoterapeuty, psychology, ergoterapeuty i nutriční terapeuty. Sestra v ošetřovatelské péči o duševně nemocné pacienty zastává nepostradatelnou roli. S pacientem tráví nejvíce času z celého ošetřujícího týmu, a proto je její pozice klíčová pro získávání informací o pacientovi. Bývá prvním členem týmu, na kterého se pacient obrátí, pokud ho trápí určitý problém a zároveň je mu vždy oporou. Veškeré získané informace zaznamenává do zdravotnické dokumentace, která je dostupná i dalším členům týmu. Průběžné sledování informací a jejich vyhodnocování pomáhá systematicky vytvářet optimální terapeutický plán. (Petr, 2014)

Práce sestry na psychiatrickém oddělení má svá specifika. Velký důraz je kladen na povahové vlastnosti. Musí umět využívat specifické komunikační dovednosti, kontrolovat a ovládat své emoce. Péče o pacienta s depresivní poruchou je vysoce specifická, individuální a náročná. Sestra by měla mít znalosti o projevech duševních poruch. Schopnost včasné identifikace projevů nemoci je klíčová pro komplexní léčbu. Musí znát léčebné postupy

a způsoby účinků psychofarmak. Sestra je pacientovi oporou při zvládnání těžké životní situace. Využívá pozorování a neverbální komunikaci, umí naslouchat, nehodnotí pacientovy myšlenky, hledá s ním vhodné řešení prožívané situace. Sestra se podílí i na psychoterapeutické péči. Vede relaxační terapie, účastní se skupinových psychoterapií, ale především dokáže působit psychoterapeuticky při osobním kontaktu s pacientem. Pokud se na oddělení dostane pacient s akutní depresivní fází, hlavním úkolem sestry je zajistit bezpečnost pacienta. S takovým stavem se obvykle pojí suicidální pokusy, které musí sestra pečlivě monitorovat a nesmí podcenit jakýkoliv jejich náznak. Sestra nesmí tyto signály nikdy ignorovat nebo bagatelizovat. Pokud se u pacienta takový náznak projeví, následuje hospitalizace na uzavřeném oddělení. Optimálně nemocného uloží na pokoj, který se nachází co nejbližně sesterně, aby bylo možné zajistit maximální dohled. Při přijetí na psychiatrické oddělení kontroluje osobní věci pacienta. Do úschovy odebere veškeré potenciálně nebezpečné předměty (např. pásek, tkaničky, ostré, skleněné předměty, holení a chemikálie). Dohlíží na užívání léčiv. V případě perorálních léků musí přímo dohlížet na spolknutí léku a následně zkontrolovat obsah dutiny ústní. Pacient se sebevražednými tendencemi by si mohl léky schovávat a využít je následně při pokusu o sebevraždu. Zvýšenou pozornost musí věnovat i při podávání stravy. Po každém jídle přepočítá příbory, aby si pacient nemohl ostrý předmět schovat. Cílem kvalitní péče je i příprava pacienta pro návrat do vlastního sociálního prostředí. Spolupráce a podpora rodiny má výrazně efekt v zapojení nemocného zpět do běžného života. Na léčbu v lůžkovém zařízení může navazovat komunitní péče. Sestra edukuje nemocného i rodinu například v oblasti prevence návratu onemocnění nebo kam se obrátit pro pomoc v případě zhoršení stavu. (Petr, 2014)

Depresivní stavy provází celá řada ošetrovatelských problémů. Sestra má nezastupitelnou úlohu v možnosti pozorování řady somatických problémů, o kterých nám pacient nepoví. Pomýšlíme na možné gastroenterologické potíže, problémy se spánkem nebo rozvinutí imobilizačního syndromu. Můžeme mezi ně řadit například sníženou chuť k jídlu, úbytek na váze nebo deficit v sebepéči. Depresivní pacient bývá unavený, nemá zájem o činnost, proto jeho tělo snižuje energetické nároky. Nemocný je natolik uzavřený do sebe, že ztrácí zájem o cokoli, včetně jídla. Pokud se donutí najíst, nemá z jídla požitků. Proto většina těžších depresivních stavů je spojena s úbytkem váhy. U lehčích forem se můžeme setkat naopak i se zvýšeným příjmem potravy. Sestra proto dohlíží a motivuje pacienta k návratu k běžným stravovacím návykům. Stejná situace nastává i v oblasti sebepéče. Takto nemocní lidé často nemají sílu k činnostem denních potřeb. Neprovádí tedy

hygienu tak jako dříve, protože nemají dostatečnou motivaci. I zde sestra u těžkých případech motivuje, případně pomáhá s hygienickou péčí. (Petr, 2014)

3.1.1 Specifika ošetrovatelské péče při elektrokonvulzivní terapii

U nejtěžších případů depresivní poruchy, která nereaguje na farmakologickou terapii, využíváme elektrokonvulzivní terapii (EKT). Role sestry při výkonu spočívá v přípravě pacienta, monitorování během výkonu, který probíhá v celkové anestezii a také v následné péči. Před samotným výkonem zodpovídá sestra za podání premedikace, lačnění, zajistí vyprázdnění močového měchýře, vyjmutí umělého chrupu a kontaktních čoček u pacienta. Dále změní fyziologické funkce, které monitoruje i během a po výkonu. Zajistí žilní vstup a očistu míst, kam budou přikládány elektrody. Sestra provádí přípravu všech pomůcek k výkonu (včetně pomůcek k oxygenotripii), kontrolu přístrojů a vedení dokumentace. Po výkonu plní ordinace lékaře, sleduje u pacienta po dobu 1 hodiny dech, puls, stav vědomí a případné komplikace. (Dušek a kol., 2010)

3.2 Komunikace s depresivním pacientem

Samotná péče o pacienta bývá velice psychicky náročná pro personál i rodinu. Rodina má tendence pro nemocného udělat vše, co je v jejich silách. Zkouší ho rozveselit věcmi, které dříve rád dělal. Snaží se ho donutit do aktivit, které ho bavily. Nemocný to sice vnímá, ale nedokáže na takový impulz dostatečně reagovat. To vyvolává u druhé strany často frustraci, protože si myslí, že se jejich blízký dostatečně nesnaží. Opak je pravdou. Takový člověk si přeje dokázat vše prožívat tak jako dříve, ale je si dobře vědom, že mu to něco v jeho těle neumožňuje. Vínou tedy nachází opět u sebe. Výsledkem tohoto přístupu je, že se nemocný cítí ještě hůř, protože opět něco nedokázal. V těchto situacích je vhodné, aby sestra působila nejen na pacienta, ale také na jeho rodinné příslušníky. Dokáže preventivně působit v roli edukátorky a zamezit tak zhoršování stavu vlivem nevhodného přístupu. (Slezáková, 2013)

Sestra by měla znát a ovládat správný přístup k depresivním pacientům. Nevhodným přístupem totiž může pacientovi velice ublížit. Hlavní schopností je empatie, trpělivost, vlídnost a schopnost naslouchat. Tito pacienti jen velmi těžko navazují hovor. Mají totiž pocit, že to je zbytečné, protože jim nikdo nemůže rozumět a pochopit je. Pokud již sestra získá pacienta ke spolupráci, většinou je to díky důvěře v ní. Musí se proto vyvarovat odsuzování, hodnocení nebo bagatelizování všeho, co jí pacient svěří. Naopak může správným přístupem výrazně zlepšit stav pacienta. Sestra by měla být tím, kdo bude proje-

vovat zájem a první se pokouší navázat kontakt. Není vhodné pacienta do čehokoliv nutit. Za vhodnější se považuje nabízení jednotlivých nenáročných činností. Pokud i ty jsou pro pacienta příliš náročné, ocení i jen pokud u něj sestra stráví nějaký čas. Projeví tím účast a pochopení. Při zlepšení stavu se může nemocný účastnit různých aktivit. Netrváme na tom, aby u nich vydržel co nejdéle. Zpočátku se může účastnit jen pasivně na krátkou dobu, kterou postupně sám prodlužuje a více se zapojuje. Pacienta za každý dílčí úspěch chválíme. Zvyšujeme a upevňujeme tím jeho sebevědomí. Skupinové aktivity také napomáhají resocializaci. (Petr, 2014)

Depresivní pacient má také problémy s myšlením, pamětí a rozhodováním. V takovém případě na nemocného nespěcháme, vše klidně a vlídně opakujeme. Při potížích s rozhodováním nerozhodujeme za pacienta, ale konstruktivně s ním hovoříme o výhodách a nevýhodách daných rozhodnutí. U pacientů se opakovaně objevuje ztráta víry v uzdravení. V takovou chvíli k němu přistupujeme trpělivě, vyslechneme ho a snažíme se poukázat na úspěchy v jeho léčbě. Nezlobíme se na něj, pokud o této myšlence mluví opakovaně, ale znovu s ním vše probereme. (Slezáková, 2013)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

4.1 Hlavní cíl

Zmapovat informovanost sester o depresivní poruše a o vhodném přístupu k pacientovi s depresivní poruchou.

4.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda se sestry vzdělávají v problematice depresivní poruchy.
2. Zjistit, zda sestry mají povědomí o zásadách správné komunikace s pacienty s depresivní poruchou.
3. Zmapovat, zda sestry mají znalosti o depresivní poruše.
4. Zjistit, zda se sestry setkávají s pacienty s depresivní poruchou.

5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Duševní zdraví začíná být často skloňované téma napříč populací. Dříve byli duševně nemocní silně stigmatizováni a odsunuti do ústraní. V dnešní době přibývá počtu nemocných, kteří se dostávají do psychiatrické péče s různými duševními poruchami. Odborná veřejnost se snaží o destigmatizaci a zařazení duševně nemocných zpátky do běžného života. V této práci nás zajímá, zda sestry disponují znalostmi a komunikačními dovednostmi pro poskytování kvalitní péče pacientům s depresivní poruchou. Vzdělávají se sestry v této problematice? Mají dostatek informací o depresivní poruše? Setkávají se na svých odděleních s pacienty s touto poruchou?

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda se sestry vzdělávají v problematice depresivní poruchy.

1. **Výzkumný problém:** Mají sestry zájem o získávání dalších informací o depresivní poruše?

Otázka č. 2, 6, 9

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda sestry mají povědomí o zásadách správné komunikace s pacienty s depresivní poruchou.

2. **Výzkumný problém:** Disponují sestry komunikačními dovednostmi u pacientů s depresivní poruchou?

Otázka č. 10, 16, 18, 19, 20

Dílčí cíl 3: Zmapovat, zda sestry mají znalosti o depresivní poruše.

3. **Výzkumný problém:** Mají sestry povědomí o projevech depresivní poruchy?

Kritérium: Pokud sestry odpoví alespoň na 3 otázky správně, bude hodnoceno, že mají povědomí o projevech depresivní poruchy.

Otázka č. 11, 13, 14, 15, 22

4. **Výzkumný problém:** Mají sestry povědomí o příčinách a léčebných postupech u depresivní poruchy?

Kritérium: Pokud sestry odpoví alespoň na 3 otázky správně, bude hodnoceno, že mají povědomí o příčinách a léčebných postupech u depresivní poruchy.

Otázka č. 11, 12, 23, 24, 26

5. **Výzkumný problém:** Uvědomují si sestry riziko sebevraždy u depresivního pacienta?

Kritérium: Pokud sestry odpoví alespoň na 2 otázky správně, bude hodnoceno, že si uvědomují riziko sebevraždy u pacienta s depresivní poruchou.

Otázka č. 17, 21, 25

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda se sestry setkávají s pacienty s depresivní poruchou.

6. **Výzkumný problém:** Mají sestry zkušenosti s pacienty s depresivní poruchou?

Otázka č. 1, 7, 8

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Cílovou skupinou našeho Kvantitativního výzkumného šetření byly praktické a všeobecné sestry standardních lůžkových oddělení a různého stupně vzdělání. Jednalo se o záměrný výběr respondentů. Z dotazníkového šetření byly vynechány sestry z psychiatrického oddělení, u kterých se předpokládá větší informovanost o depresivní poruše. Zaměřili jsme se na sestry právě proto, že tráví s pacientem nejvíce času a jsou tak klíčovým pracovníkem pro detekci příznaků depresivní poruchy. Svým přístupem k pacientovi dokážou výrazně ovlivnit duševní stav nemocného. Sestry byly informovány, že dotazníky jsou zcela anonymní a poslouží k vypracování bakalářské práce.

Cílem bylo oslovit nejméně 100 respondentů. Celkem jsme rozdali 140 dotazníků. Vrátilo se nám 115 dotazníků (návratnost 82,14 %). Bylo vyřazeno 7 dotazníků pro neúplně uvedené údaje a řádně vyplněných bylo 108 kusů, což bereme pro další analýzu jako 100 %.

7 METODIKA PRÁCE

K výzkumu byla použita kvantitativní metoda sběru dat. „Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů.“ (Kutnohorská, 2009, s. 21)

Zvolili jsme polostrukturovaný anonymní dotazník vlastní konstrukce. Skládá se celkem z 26 otázek, z nichž je 24 otázek uzavřených a 2 polouzavřené. Na všechny otázky byla možná vždy pouze jedna odpověď. První část dotazníku obsahuje rozřazovací otázky, kde respondenti odpovídají na otázku délky praxe, nejvyššího dosaženého vzdělání, pracovní pozici, pohlaví a pracoviště na kterém pracují. V navazujících otázkách zjišťujeme, zda mají sestry zájem o vzdělávání se v problematice, jaká je jejich informovanost o depresivní poruše, jaké mají komunikační dovednosti a přístup k duševně nemocnému a zda mají s pacientem s depresivní poruchou nějaké zkušenosti.

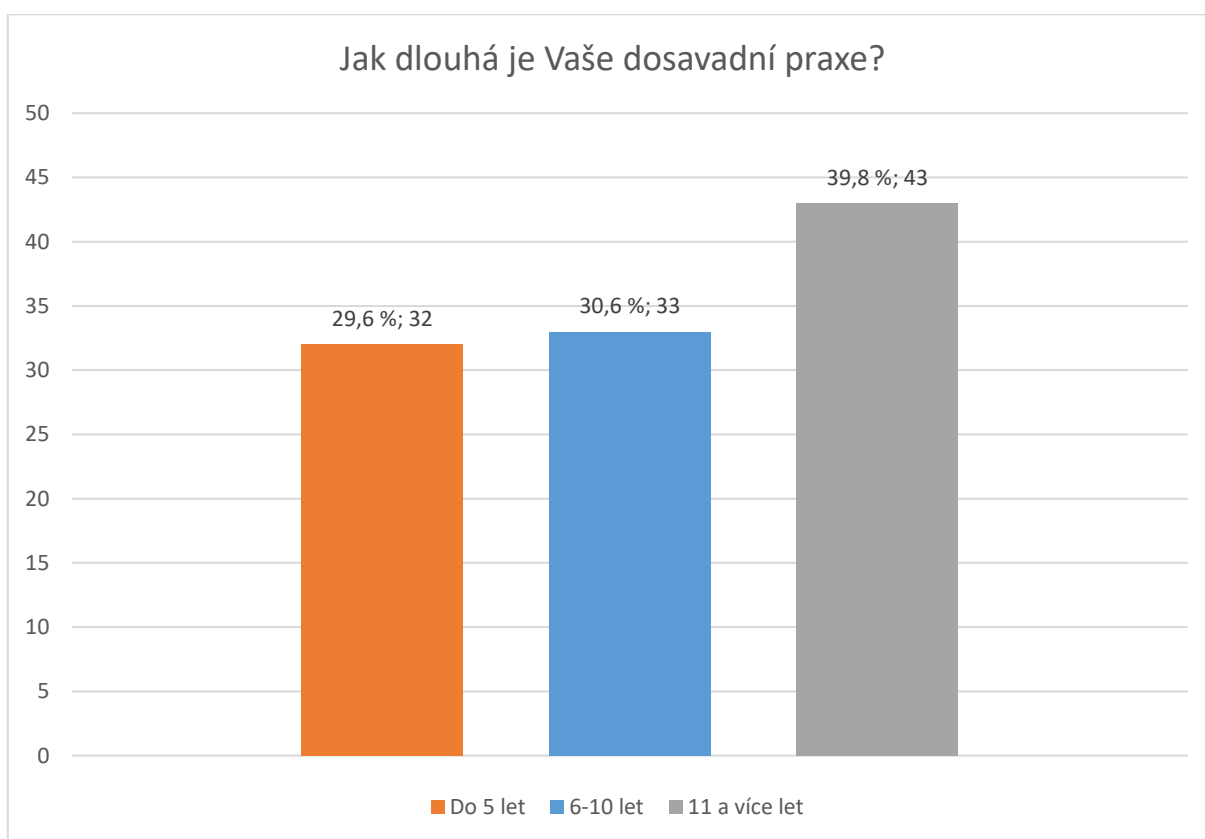
Organizace výzkumu: Dotazníkové šetření proběhlo v únoru 2020 po schválení hlavní sestrou Nemocnice Tábor, a. s. Po předchozí domluvě byly dotazníky předány vrchním a staničním sestřím jednotlivých pracovišť. Výzkum probíhal na lůžkových odděleních: gynekologie, neurologie, gastroenterologie, kardiologie, plicní a TBC, onkologie, chirurgie, ORL, urologie a ortopedie.

Zpracování dat: Dotazník byl vytvořen v programu Microsoft Word. Výsledky jsme zpracovali pomocí programu Microsoft Excel do grafů, kde byla data vyjádřena v absolutní a relativní četnosti. Výsledky byly pod grafy podrobně popsány.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE ÚDAJŮ

Otázka č. 1 Jak dlouhá je Vaše dosavadní praxe?

Obrázek 1 – Délka praxe

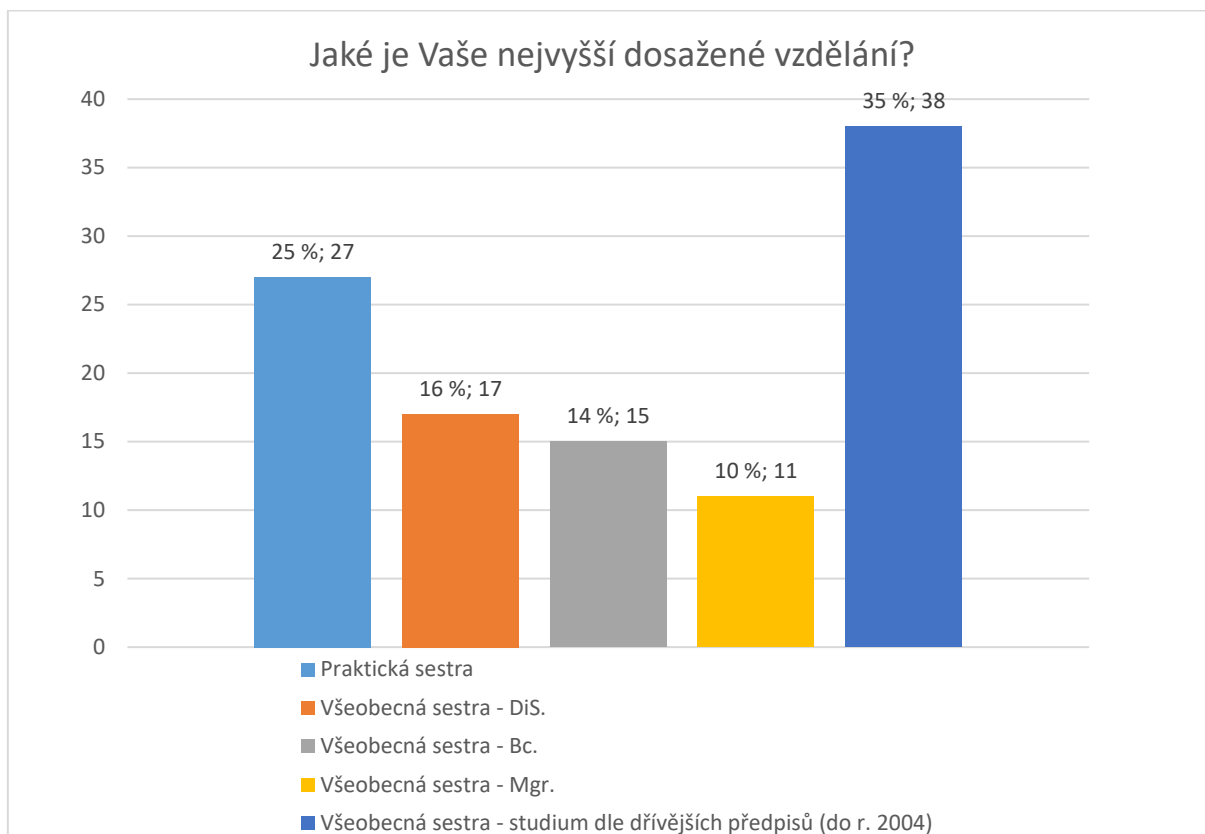


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 108 (100 %) dotázaných uvedla nejčetnější skupina 43 (39,8 %) respondentů 11 a více let praxe, 6-10 let uvedlo 33 (30,6 %) respondentů a 32 (29,6 %) dotázaných uvedlo praxi do 5 let.

Otázka č. 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Obrázek 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

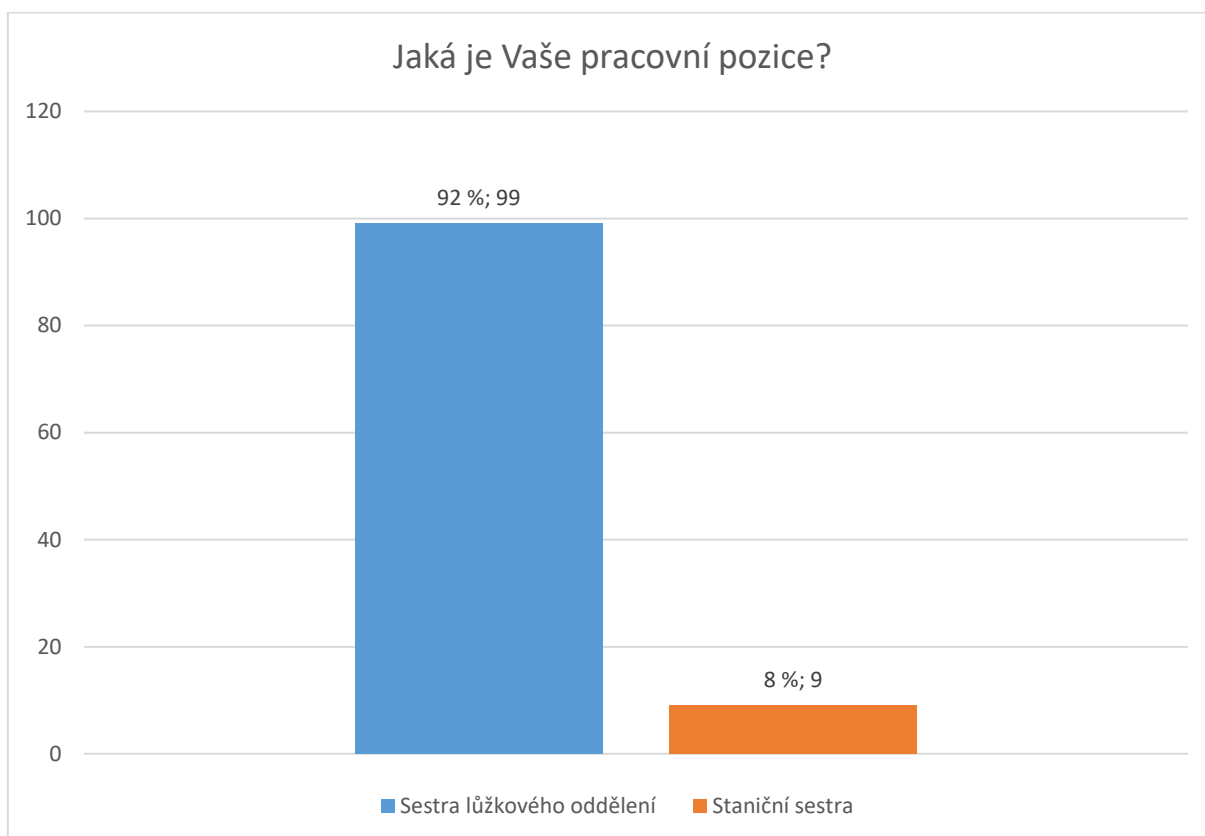


Zdroj: vlastní

Ze 108 (100 %) respondentů uvedlo 38 (35 %) odpovídajících středoškolské vzdělání dle dřívějších předpisů v oboru Všeobecná sestra. Dále byla nejvíc zastoupená praktická sestra v počtu 27 (25 %) a Všeobecná sestra v počtu 17 (16 %). Vysokoškolské vzdělání bylo zastoupeno v počtu 15 (14 %) pro bakalářský stupeň a 11 (10 %) pro magisterský stupeň.

Otázka č. 3 Jaká je Vaše pracovní pozice?

Obrázek 3 - Pracovní pozice

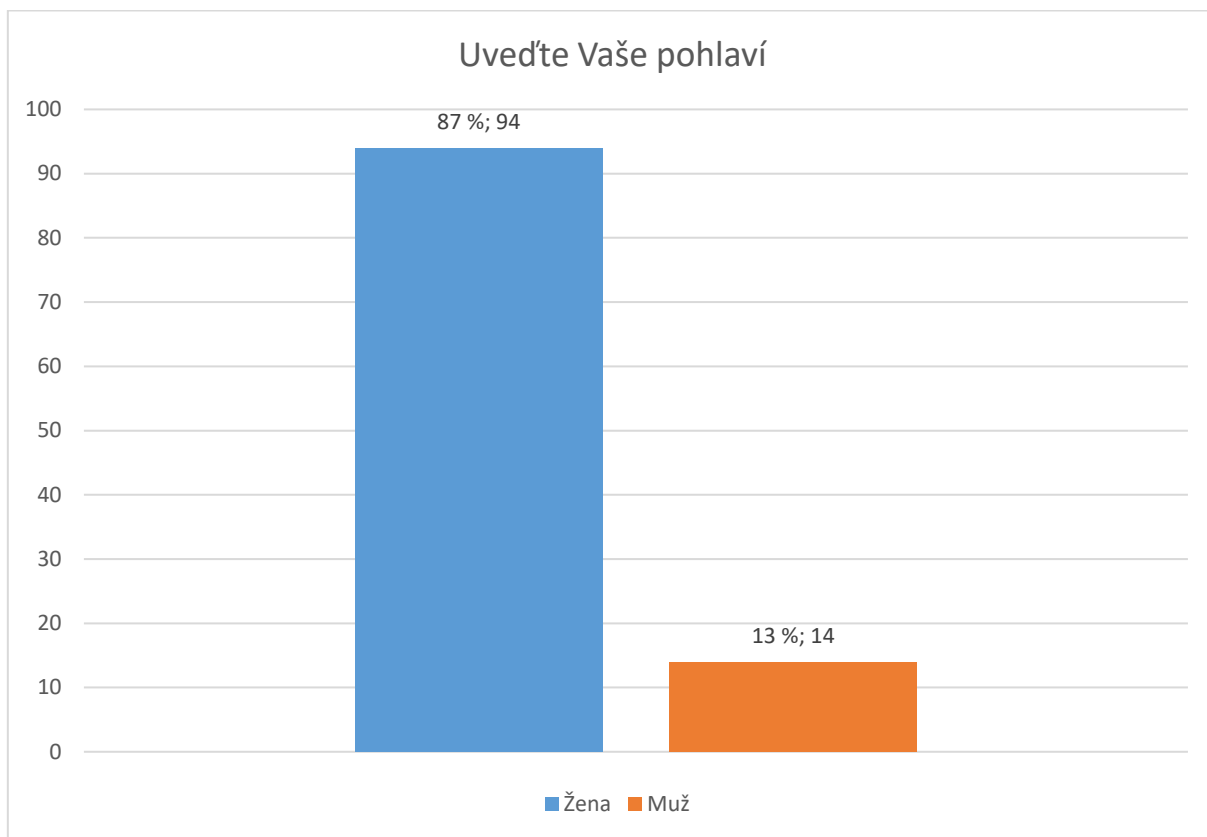


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 108 (100 %) odpovídajících uvedlo 99 (92 %) sester, že pracují na pozici sestry lůžkového oddělení a 9 (8 %) na pozici staniční sestry.

Otázka č. 4 Uved'te Vaše pohlaví

Obrázek 4 – Pohlaví

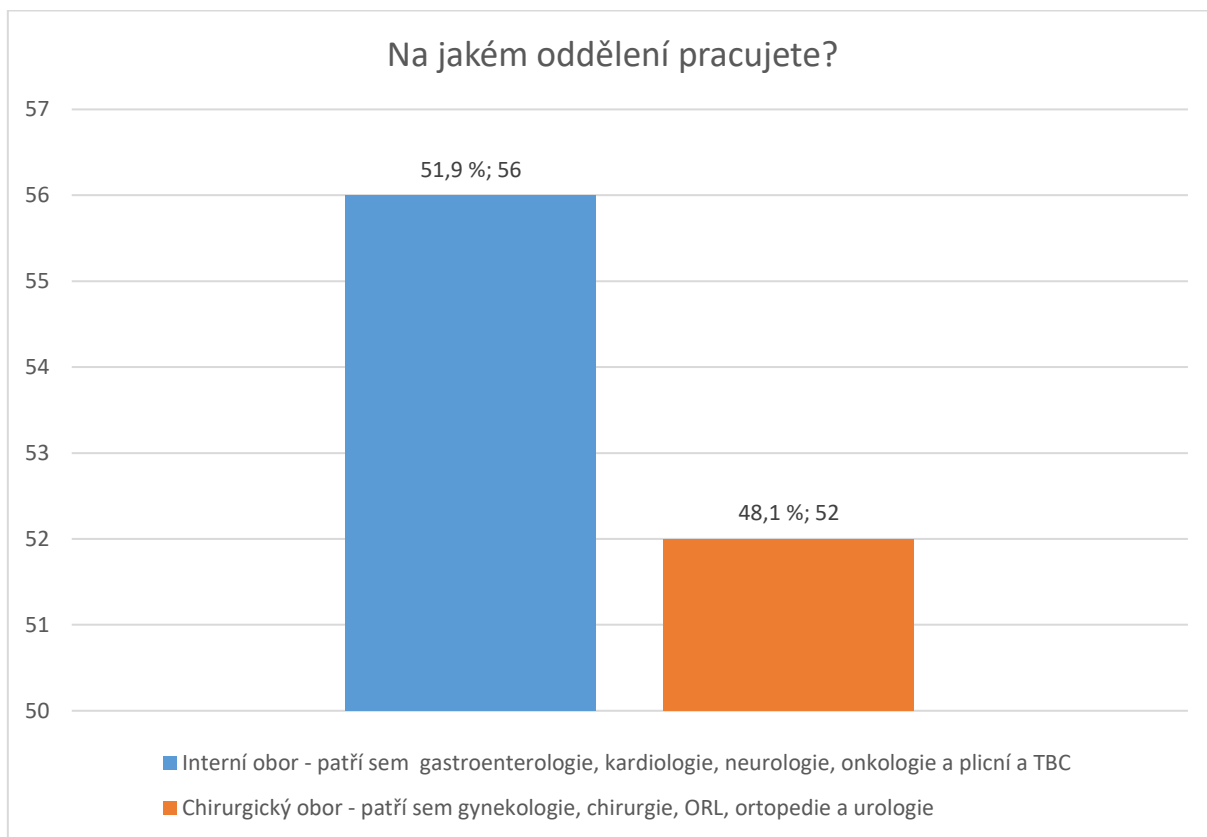


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 108 (100 %) bylo 94 (87 %) žen a 14 (13 %) mužů.

Otázka č. 5 Na jakém oddělení pracujete?

Obrázek 5 – Oddělení

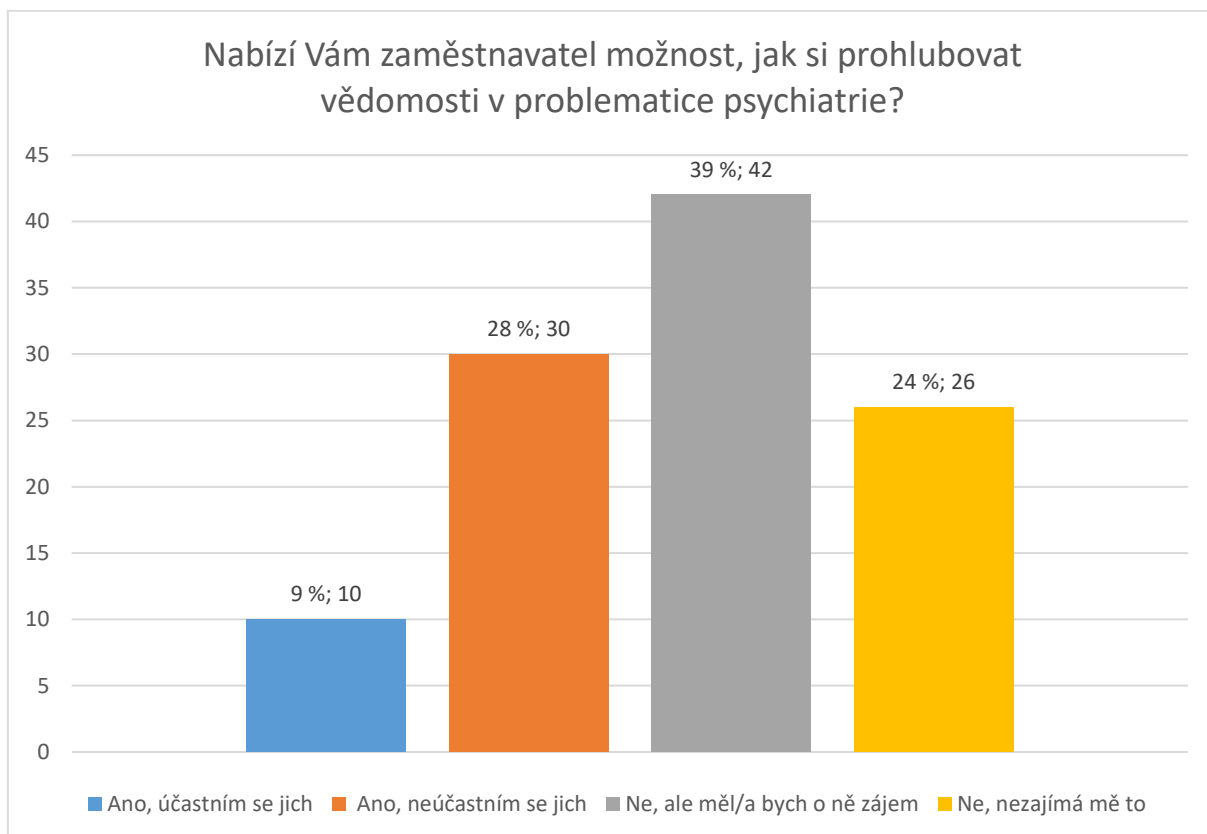


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 108 (100 %) pracuje 56 (51,9 %) sester v interním oboru a 52 (48,1 %) sester v chirurgickém oboru.

Otázka č. 6 Nabízí Vám zaměstnavatel možnost, jak si prohlubovat vědomosti v problematice psychiatrie?

Obrázek 6 - Možnost dalšího vzdělávání se

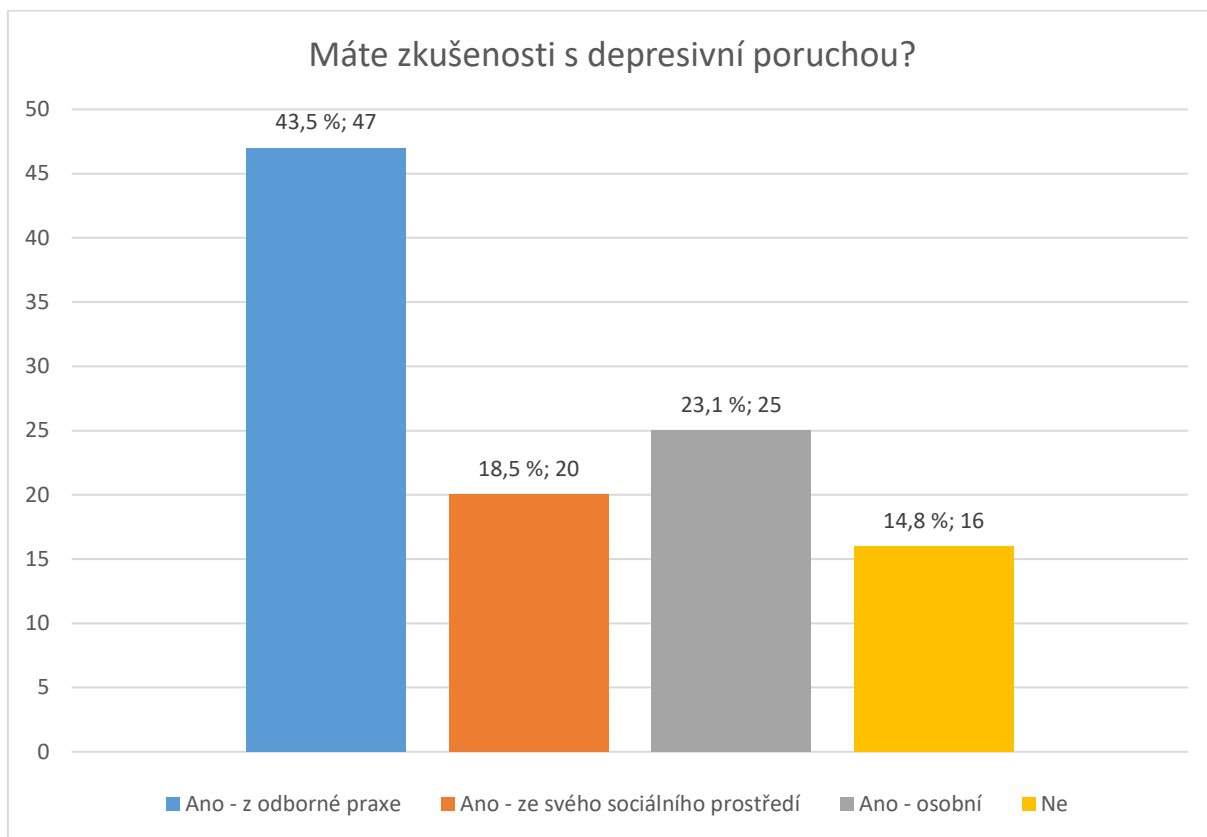


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda sestřám nabízí zaměstnavatel možnost vzdělávání v problematice psychiatrie, uvádí 42 (39 %) respondentů, že zaměstnavatel nenabízí vzdělávání v tomto směru, ale měli by o něj zájem. Druhá nejzastoupenější skupina v počtu 30 (28 %) uvedla, že možnost vzdělávání mají, ale neúčastní se jich. Problematika nezajímá 26 (24 %) sester. Možnosti prohlubovat své vědomosti využívá pouze 10 (9 %) respondentů.

Otázka č. 7 Máte zkušenosti s depresivní poruchou?

Obrázek 7 – Zkušenosti

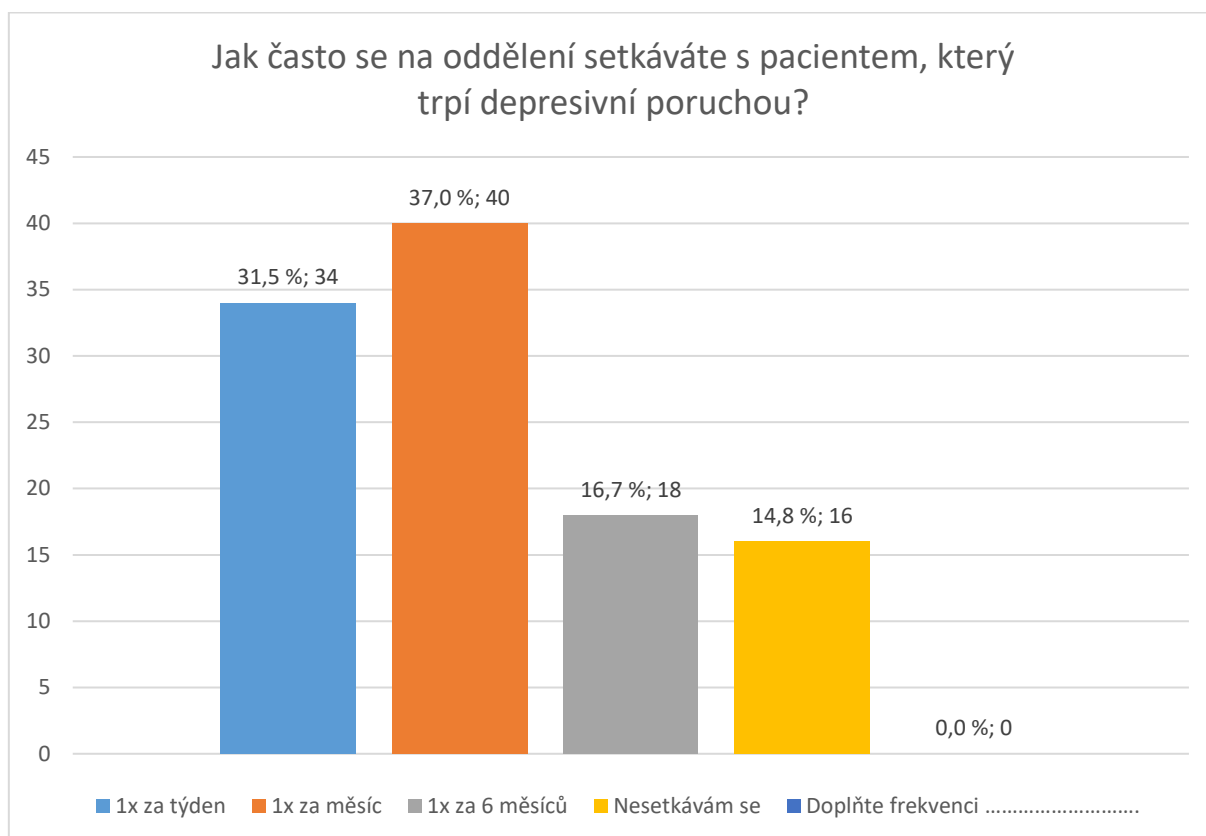


Zdroj: vlastní

Z odborné praxe má zkušenost s depresivní poruchou 47 (43,5 %) sester. Osobní zkušenost uvedlo 25 (23,1 %) sester a zkušenost ze svého sociálního prostředí má 20 (18,5 %) respondentů. Zkušenost nemá 16 (14,8 %) dotázaných.

Otázka č. 8 Jak často se na oddělení setkáváte s pacientem s depresivní poruchou?

Obrázek 8 – Četnost výskytu pacientů s depresivní poruchou na oddělení

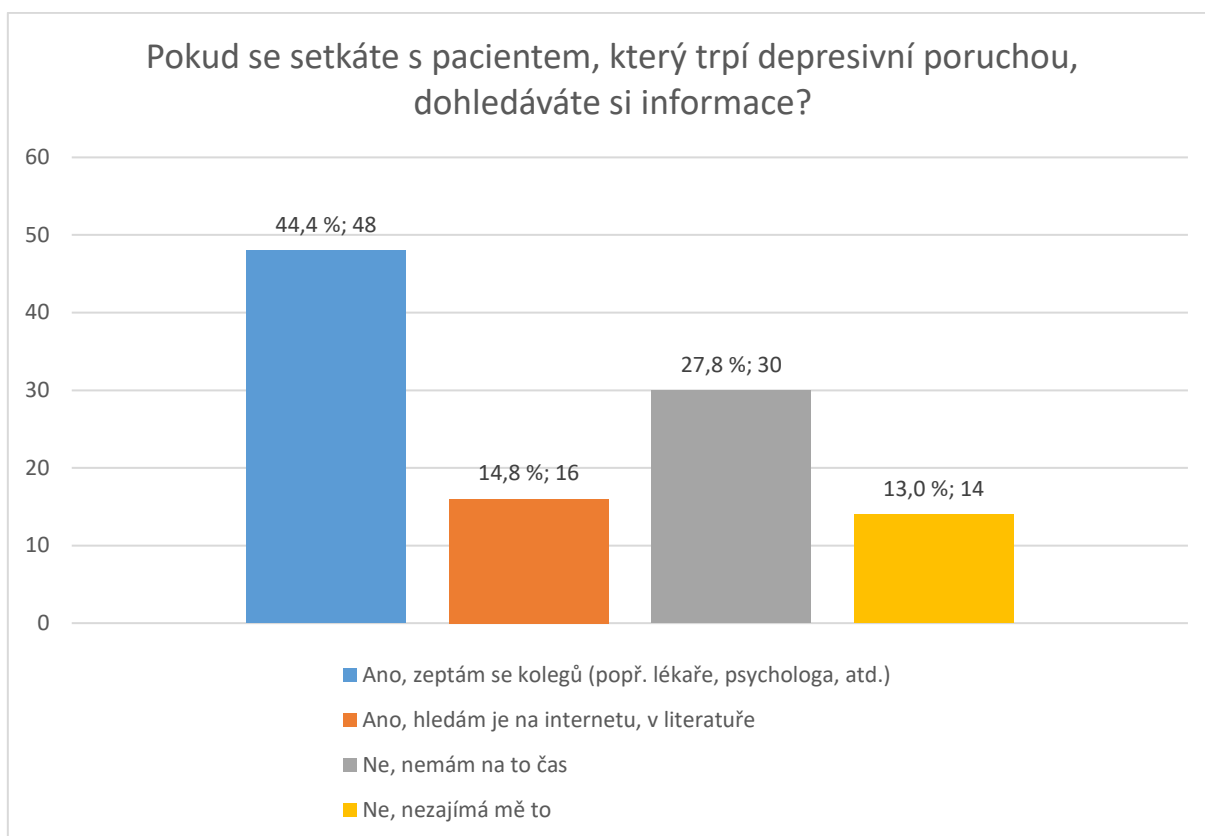


Zdroj: vlastní

Nejčetnější skupina odpověděla na tuto otázku 1x za měsíc v počtu 40 (37 %). Druhá nejčastější odpověď byla 1x za týden v počtu 34 (31,5 %) a 1x za 6 měsíců se s pacientem s depresivní poruchou setkává 18 (16,7 %) respondentů. Vůbec se s pacientem s depresivní poruchou nesetkává 16 (14,8 %) odpovídajících. Tato otázka bylo polouzavřená, ale poslední možnost „doplníte frekvenci“ nevyužil nikdo z respondentů

Otázka č. 9 Pokud se setkáte s pacientem, který trpí depresivní poruchou, dohledáváte si informace?

Obrázek 9 - Zájem o dohledávání si informací

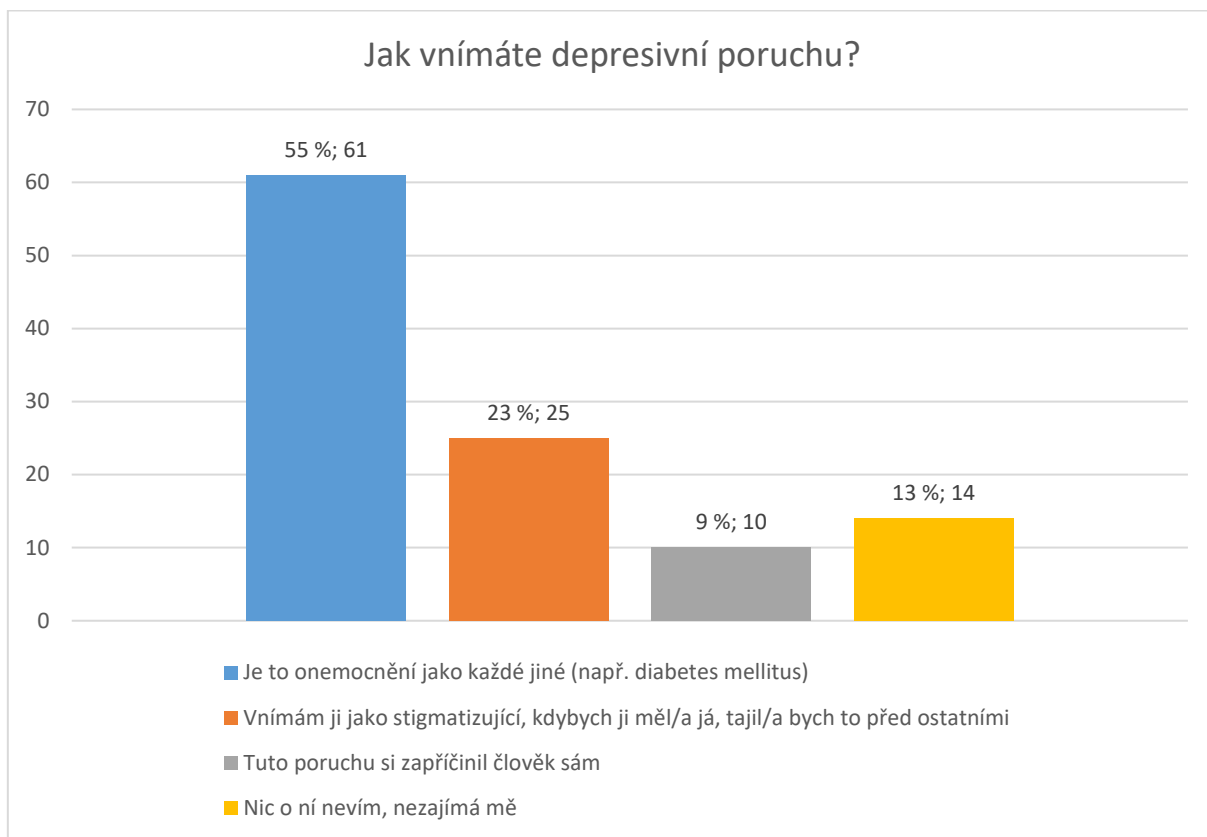


Zdroj: vlastní

Na otázku ohledně dohledávání si informací odpovědělo 48 (44 %) respondentů, že informace zjišťuje u svých kolegů. Nedostatek času na hledání informací uvedlo 30 (27,8 %) odpovídajících. V literatuře hledá 16 (14,8 %) dotázaných a 14 (13 %) respondentů si informace nedohledává, protože nemají zájem.

Otázka č. 10 Jak vnímáte depresivní poruchu?

Obrázek 10 – Percepce depresivní poruchy sestrou

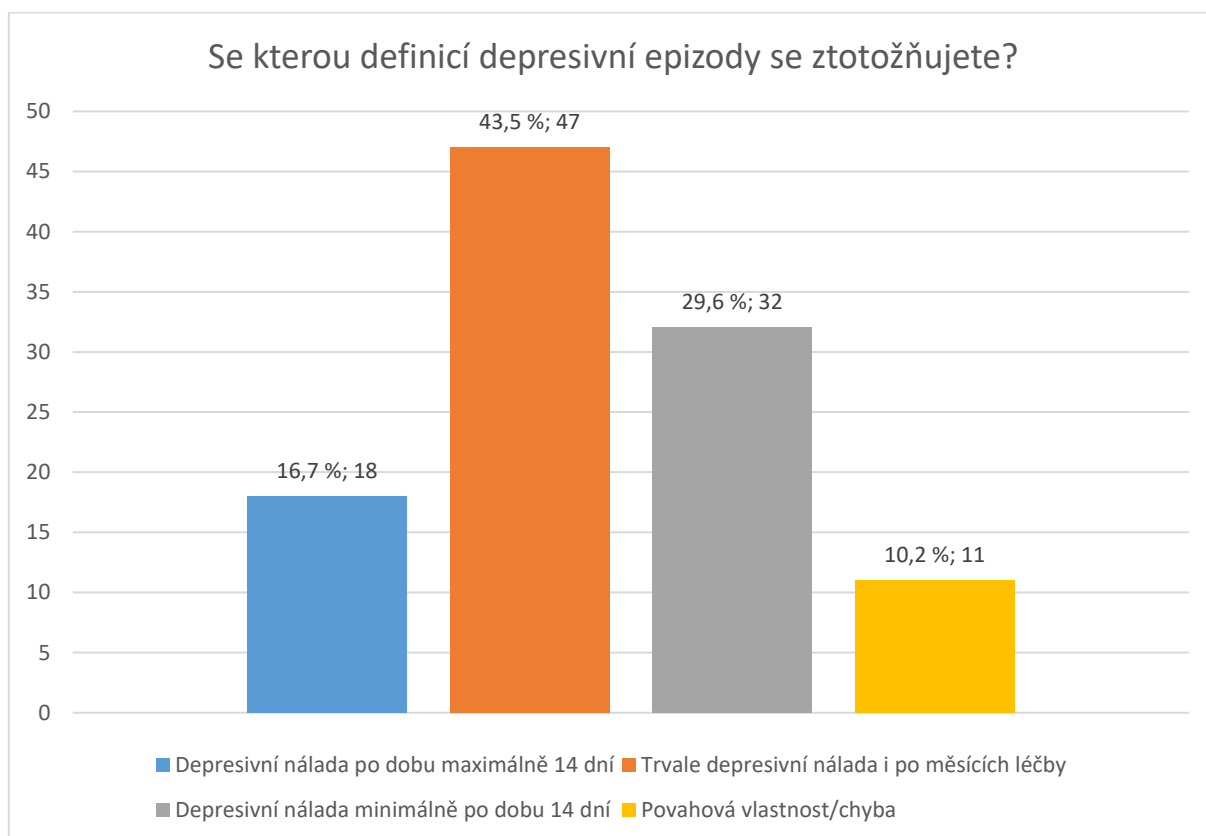


Zdroj: vlastní

Depresivní poruchu vnímá jako každé jiné onemocnění 61 (55 %) respondentů. Pocit stigmatizace uvádí 25 (23 %) dotázaných. O depresivní poruše nic neví a nejví zájem 14 (13 %) odpovídajících a zapříčinění nemocným zvolilo 10 (9 %) respondentů.

Otázka č. 11 Se kterou definicí depresivní epizody se ztotožňujete?

Obrázek 11 - Definice depresivní epizody

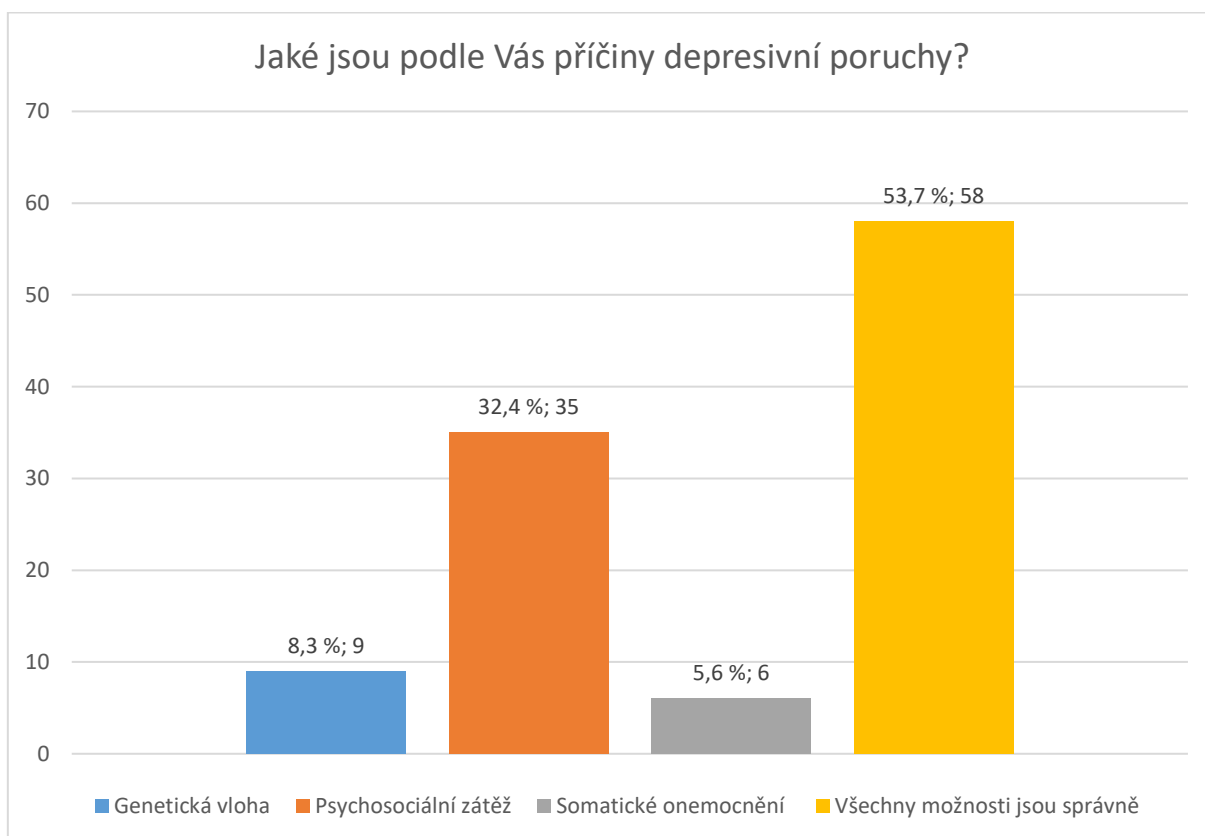


Zdroj: vlastní

Jako definici depresivní epizody zvolilo 47 (43,5 %) odpovídajících trvale depresivní náladu i po měsících léčby. Druhá nejčetnější skupina uvedla jako definici depresivní náladu minimálně po dobu 14 dní v počtu 32 (29,6 %) respondentů. Depresivní náladu po dobu maximálně 14 dní uvedlo 18 (16,7 %) dotázaných a 11 (10,2 %) ji označuje za povahovou vlastnost/chybu.

Otázka č. 12 Jaké jsou podle Vás příčiny depresivní poruchy?

Obrázek 12 – Příčiny depresivní poruchy

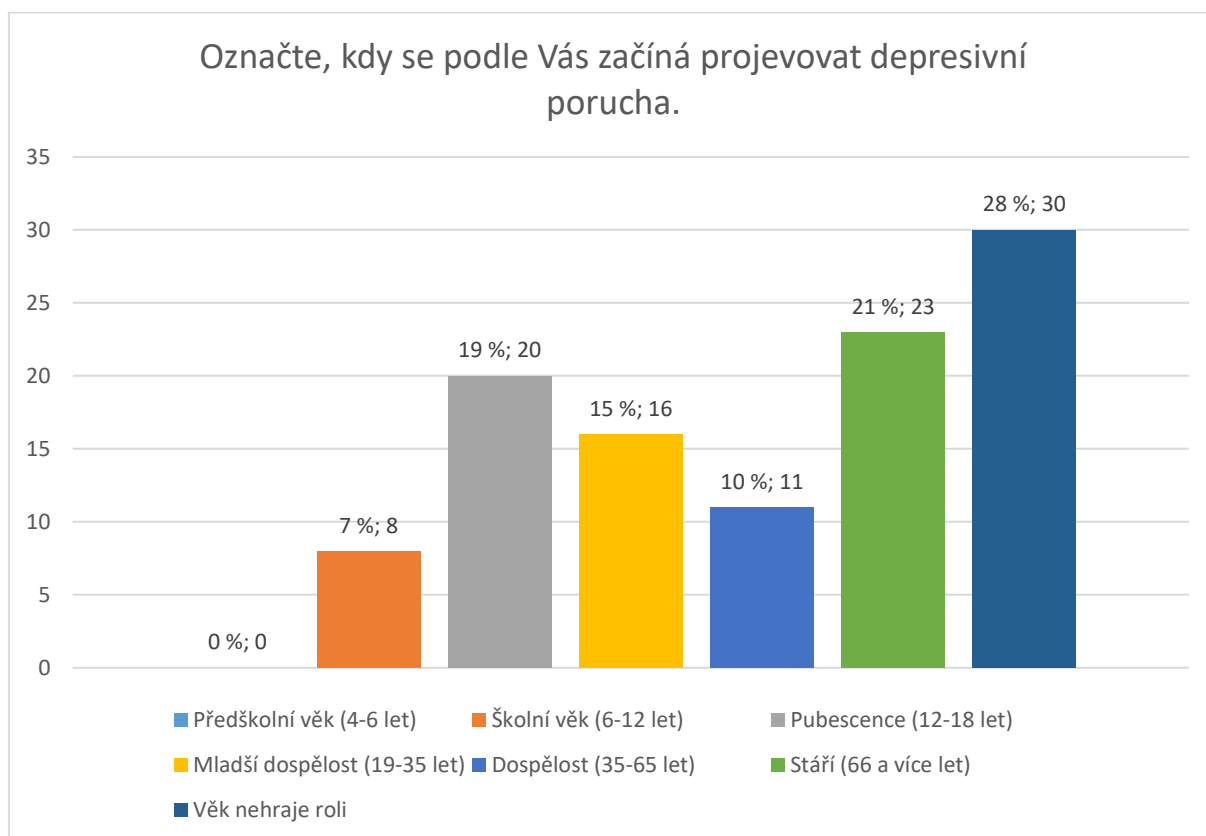


Zdroj: vlastní

Všechny odpovědi označilo za správné 58 (53,7 %) respondentů. Za příčinu depresivní poruchy označilo 35 (32,4 %) odpovídajících psychosociální zátěž. Genetickou zátěž uvedlo 9 (8,3 %) dotázaných a 6 (5,6 %) respondentů uvedlo somatické onemocnění.

Otázka č. 13 Označte, kdy se podle Vás začíná projevovat depresivní porucha.

Obrázek 13 - Věk začátku projevů

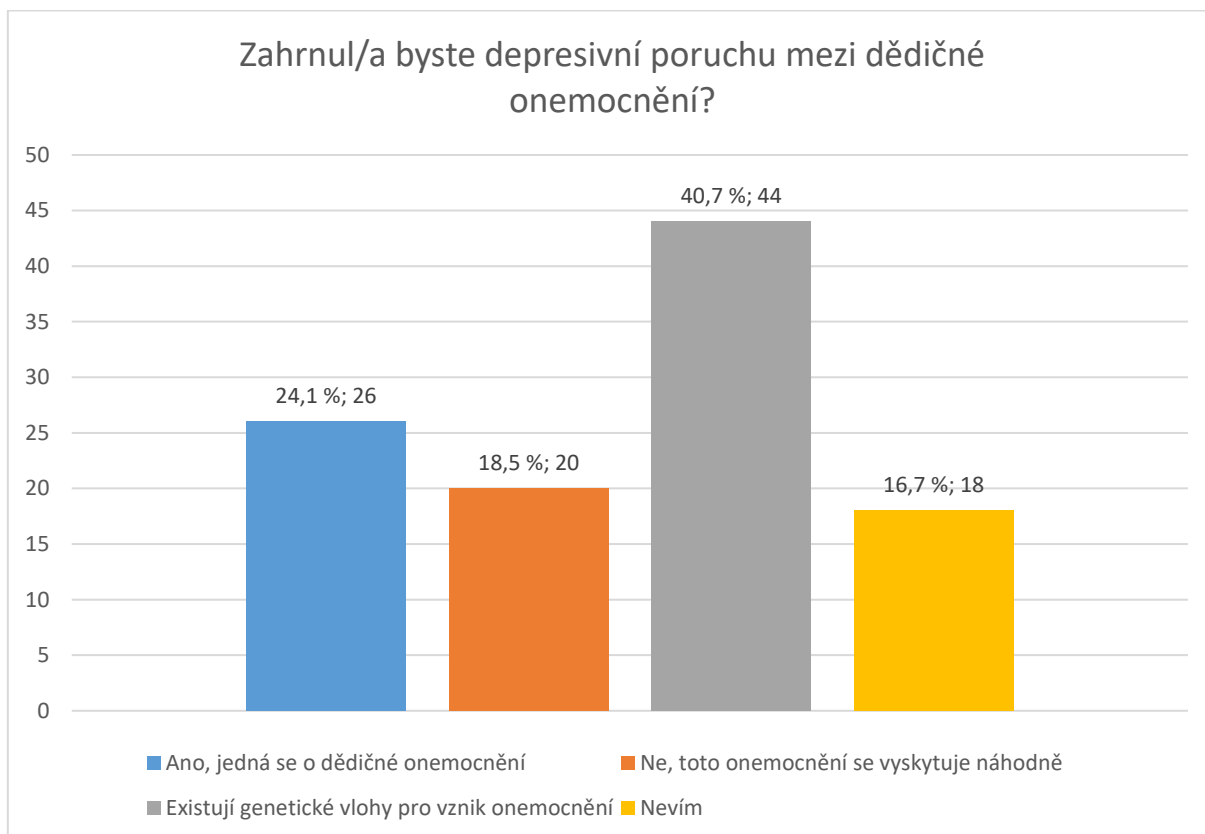


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů uvedlo 30 (28 %) dotázaných, že věk nehraje roli pro rozvoj depresivní poruchy. Dále 23 (21 %) dotázaných označilo jako počátek projevů depresivní poruchy stáří. Pubescenci uvedlo 20 (19 %) respondentů, mladší dospělost 16 (15 %) respondentů, dospělost 11 (10 %) respondentů a 8 (7 %) respondentů uvedlo školní věk. Nikdo nezvolil možnost předškolního věku.

Otázka č. 14 Zahrnul/a byste depresivní poruchu mezi dědičné onemocnění?

Obrázek 14 – Dědičnost

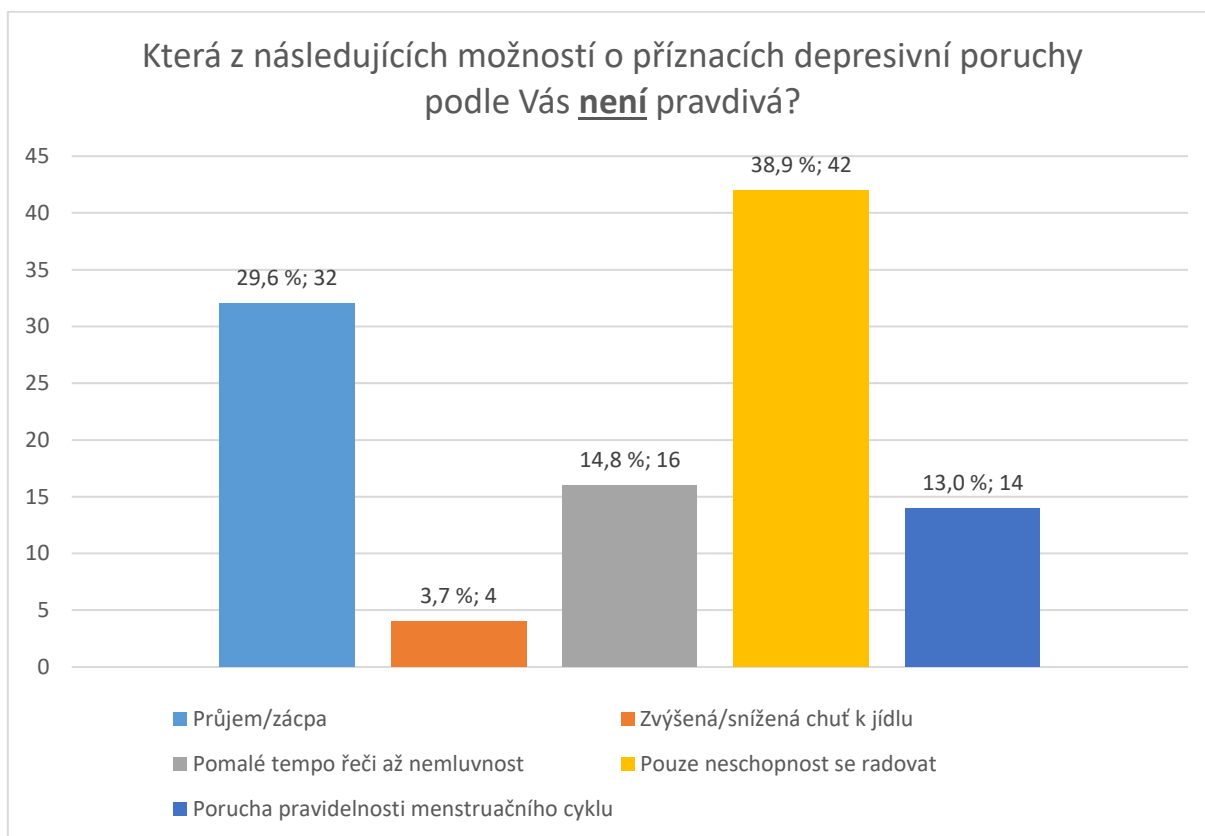


Zdroj: vlastní

Na otázku ohledně dědičnosti depresivní poruchy odpovědělo, že existují genetické vlohky pro vznik onemocnění 44 (40,7 %) respondentů. Za dědičné onemocnění ji považuje 26 (24,1 % respondentů), za náhodně se vyskytující 20 (18,5 %) respondentů a 18 (16,7 %) dotázaných neví.

Otázka č. 15 Která z následujících možností o příznacích depresivní poruchy podle Vás není pravdivá?

Obrázek 15 - Příznaky depresivní poruchy

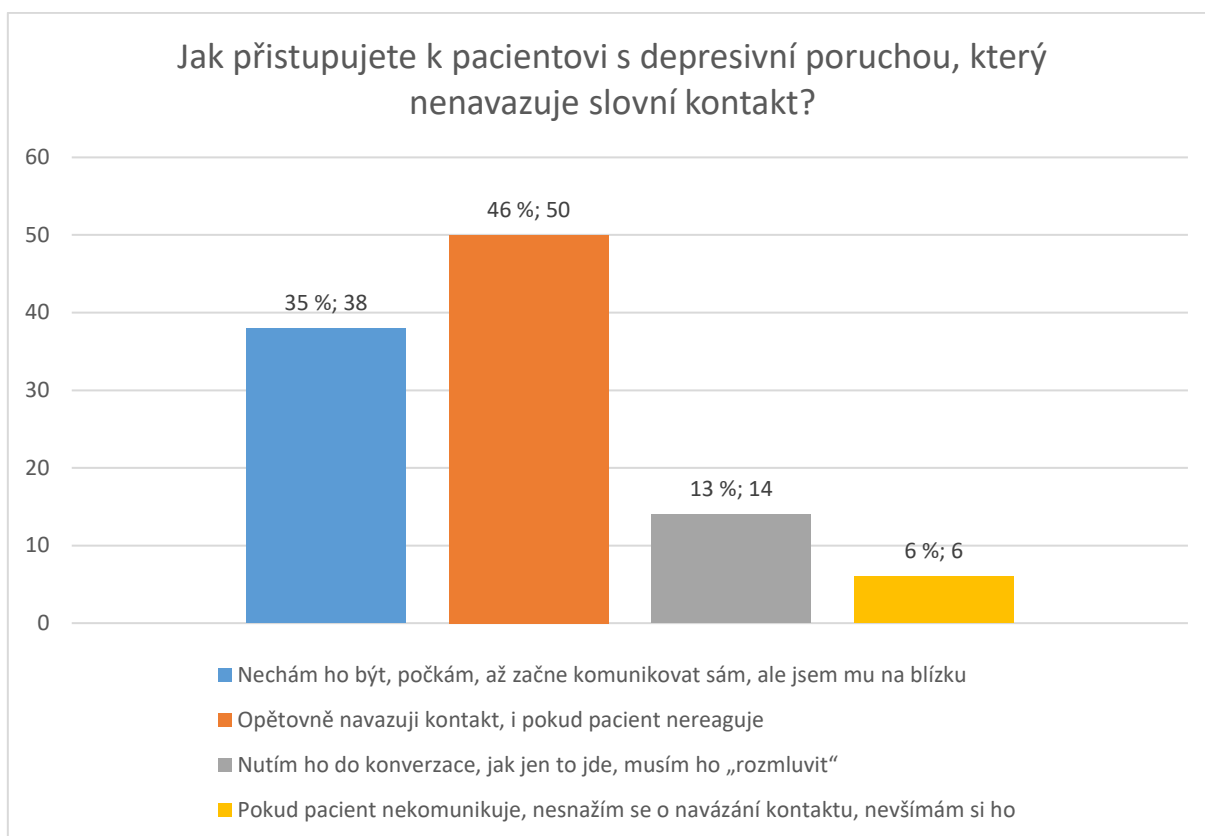


Zdroj: vlastní

Pouze schopnost neradovat se, označilo za nesprávnou 42 (38,9 %) odpovídajících. Průjem/zácpu označilo za nepravdivou 32 (29,6 %) dotázaných. Pomalé tempo řeči až nemluvnost uvedlo 16 (14,8 %) respondentů. Poruchu pravidelnosti menstruačního cyklu označilo jako nepravdivou 14 (13 %) dotázaných a 4 (3,7 %) respondenti uvedli zvýšenou/sníženou chuť k jídlu.

Otázka č. 16 Jak přistupujete k pacientovi s depresivní poruchou, který nenavazuje slovní kontakt?

Obrázek 16 - Přístup k pacientovi s depresivní poruchou

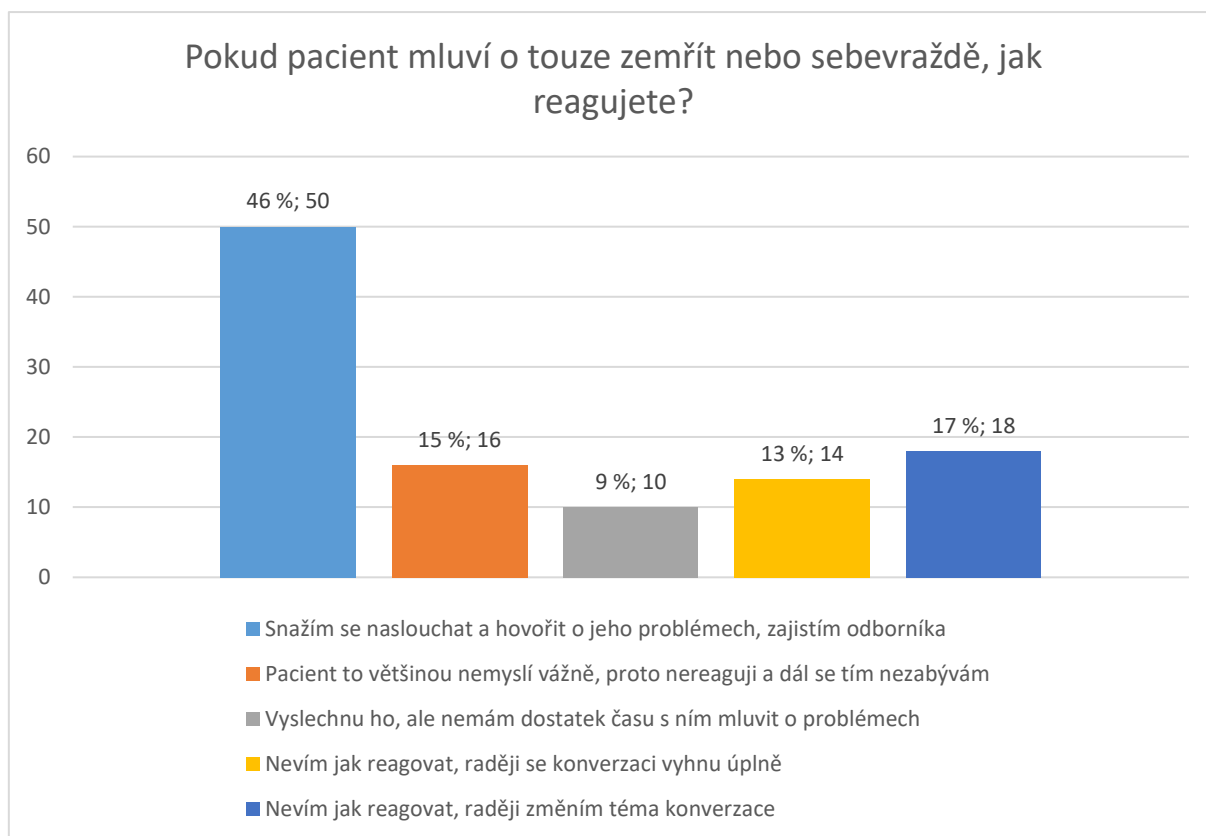


Zdroj: vlastní

Opětovně navazuje kontakt, i pokud pacient nereaguje 50 (46 %) respondentů. Druhá nejpočetnější skupina v počtu 38 (35 %) uvádí, že pacienta nechá být, počká až začne komunikovat sám, ale je mu na blízku. Do konverzace, za účelem ho „rozmluvit“, ho nutí 14 (13 %) respondentů. O navázání kontaktu, pokud pacient nekomunikuje, se nesnaží 6 (6 %) respondentů.

Otázka č. 17 Pokud pacient mluví o touze zemřít nebo sebevraždě, jak reagujete?

Obrázek 17 - Sebevražedné myšlenky pacienta s depresivní poruchou

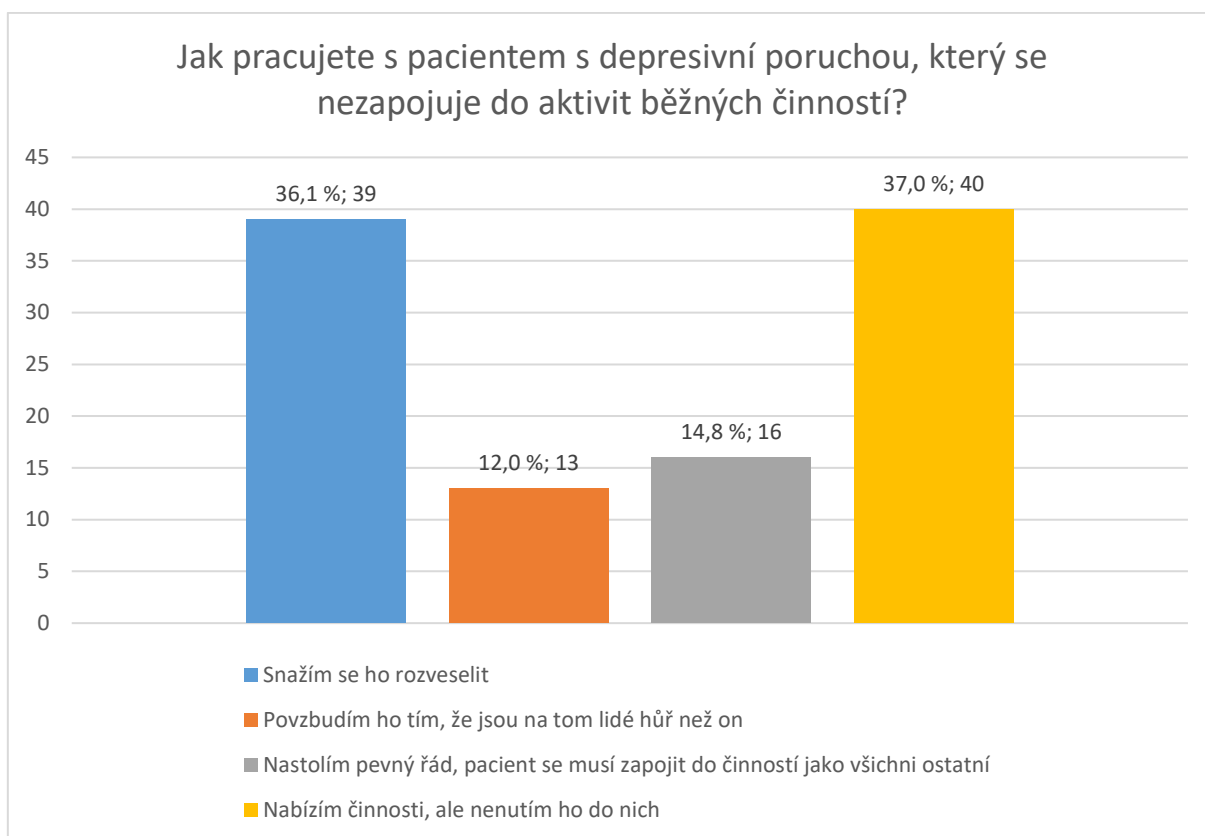


Zdroj: vlastní

Pokud pacient mluví o touze zemřít, 50 (46 %) respondentů se mu snaží naslouchat a hovořit o jeho problémech, případně zajistí odborníka. Raději změni téma 18 (17 %) dotázaných, protože neví, jak reagovat. Další skupina 16 (15 %) respondentů uvádí, že pacient sebevražedné myšlenky většinou nemyslí vážně, proto nereagují a dál se tím nezabývají. Poslední 2 skupiny neví, jak reagovat, proto se konverzací vyhnou úplně v 14 (13 %) případech nebo změni téma konverzace v 10 (9 %) případech.

Otázka č. 18 Jak pracujete s pacientem s depresivní poruchou, který se nezapojuje do aktivit běžných činností?

Obrázek 18 - Přístup sestry k nespolupracujícímu pacientovi

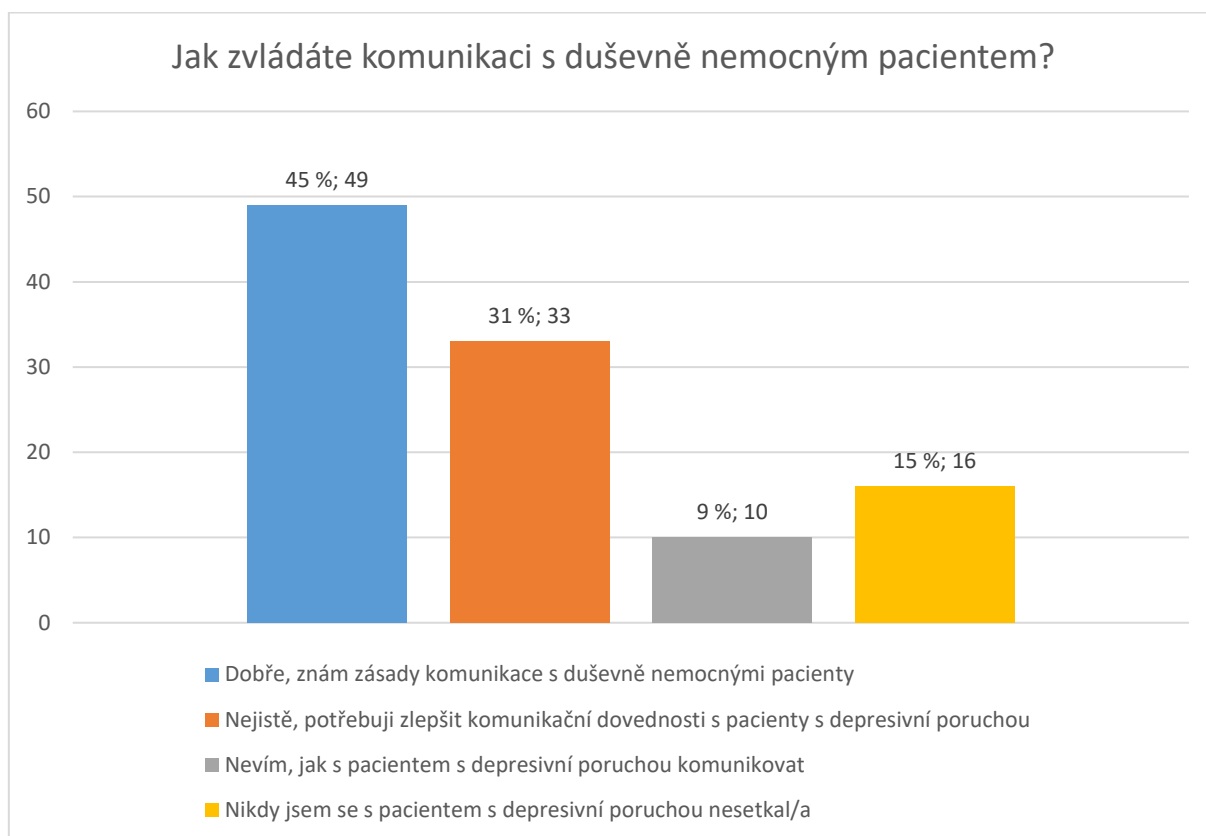


Zdroj: vlastní

Pokud se pacient nezapojuje do činností, 40 (37 %) respondentů mu nabízí činnosti, ale nenutí ho do nich. Pacienta se snaží rozveselit 39 (36,1 %) respondentů. Dále 16 (14,8 %) respondentů nastolí pevný řád a pacient se musí zapojit do činností jako všichni ostatní. Poslední skupina 13 (12 %) dotázaných povzbudí nemocného tím, že jsou na tom lidé hůř než on.

Otázka č. 19 Jak zvládáte komunikaci s duševně nemocným pacientem?

Obrázek 19 - Komunikační dovednosti sestry

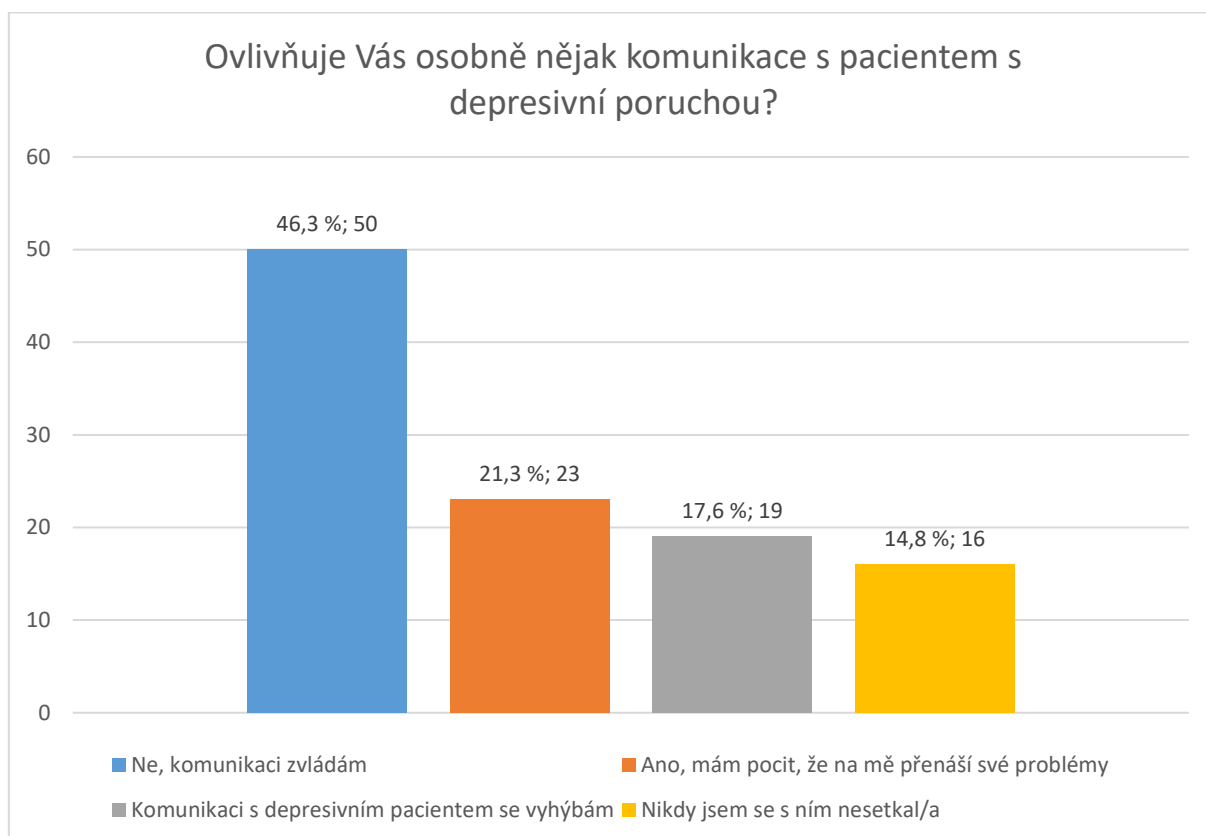


Zdroj: vlastní

Dobře zná zásady komunikace s duševně nemocnými pacienty 49 (45 %) respondentů. Nejistě se cítí 33 (31 %) respondentů a potřebovali by zlepšit komunikační dovednosti s pacienty s depresivní poruchou. Dále 16 (15 %) respondentů se s pacientem s depresivní poruchou nikdy nesetkalo a 10 (9 %) uvádí, že neví, jak s pacientem s depresivní poruchou komunikovat.

Otázka č. 20 Ovlivňuje Vás osobně nějak komunikace s pacientem s depresivní poruchou?

Obrázek 20 - Postoj sestry ke komunikaci s pacientem s depresivní poruchou

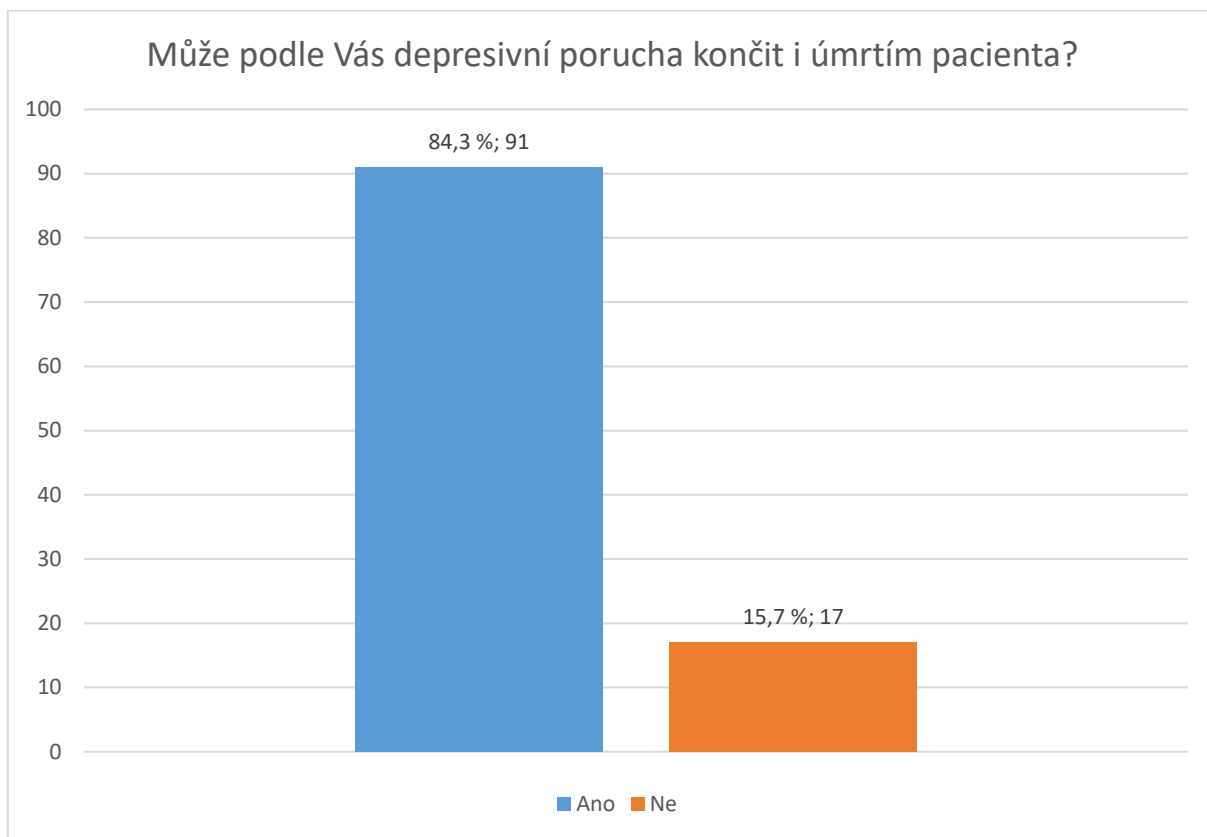


Zdroj: vlastní

Komunikaci dobře zvládá a nijak je neovlivňuje 50 (46,3 %) dotázaných. Komunikace ovlivňuje 23 (21,3 %) dotázaných, protože mají pocit, že na ně pacient přenáší své problémy. Komunikaci s depresivním pacientem se vyhýbá 19 (17,6 %) respondentů a 16 (14,8 %) dotázaných se s ním nikdy nesetkalo.

Otázka č. 21 Může podle Vás depresivní porucha končit úmrtím pacienta?

Obrázek 21 - Možnost úmrtí pacienta

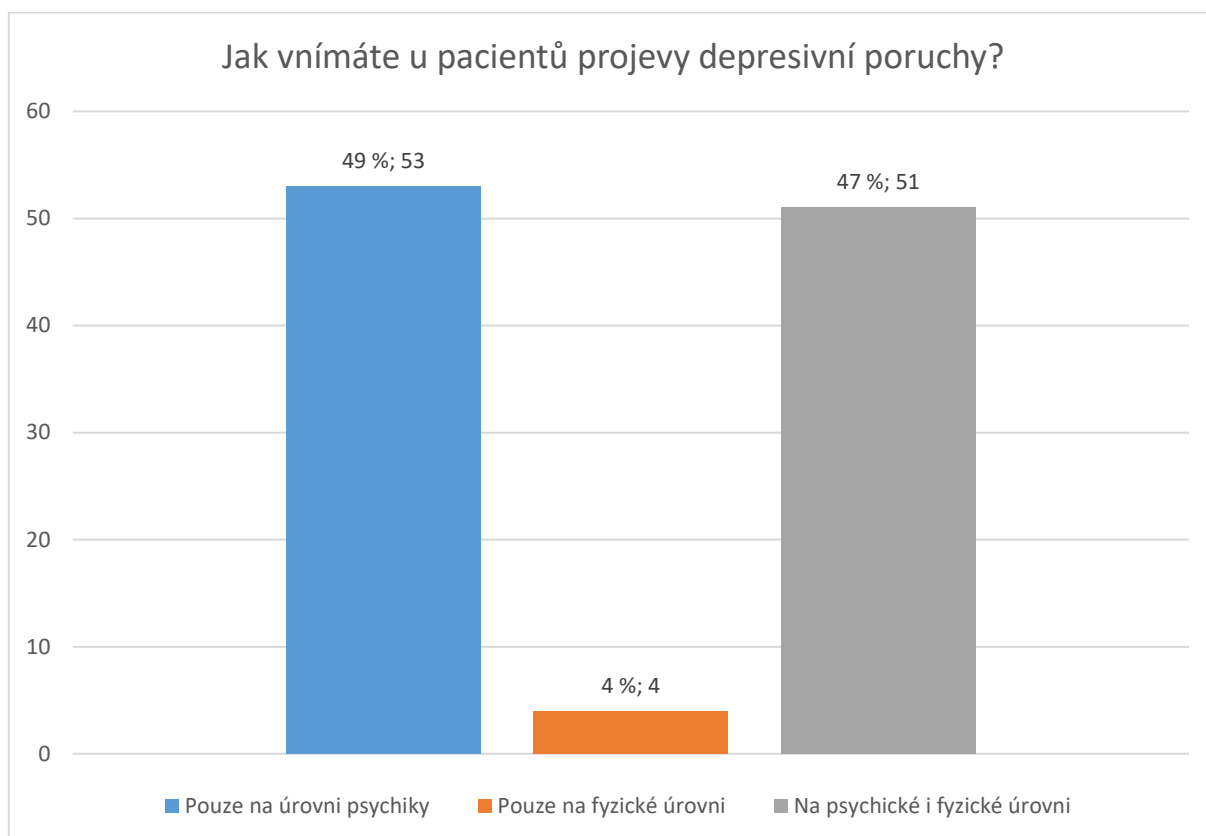


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda může depresivní porucha končit úmrtím pacienta, odpovědělo 91 (84,3 %) kladně a 17 (15,7 %) záporně.

Otázka č. 22 Jak vnímáte u pacientů projevy depresivní poruchy?

Obrázek 22 - Oblast projevů depresivní poruchy

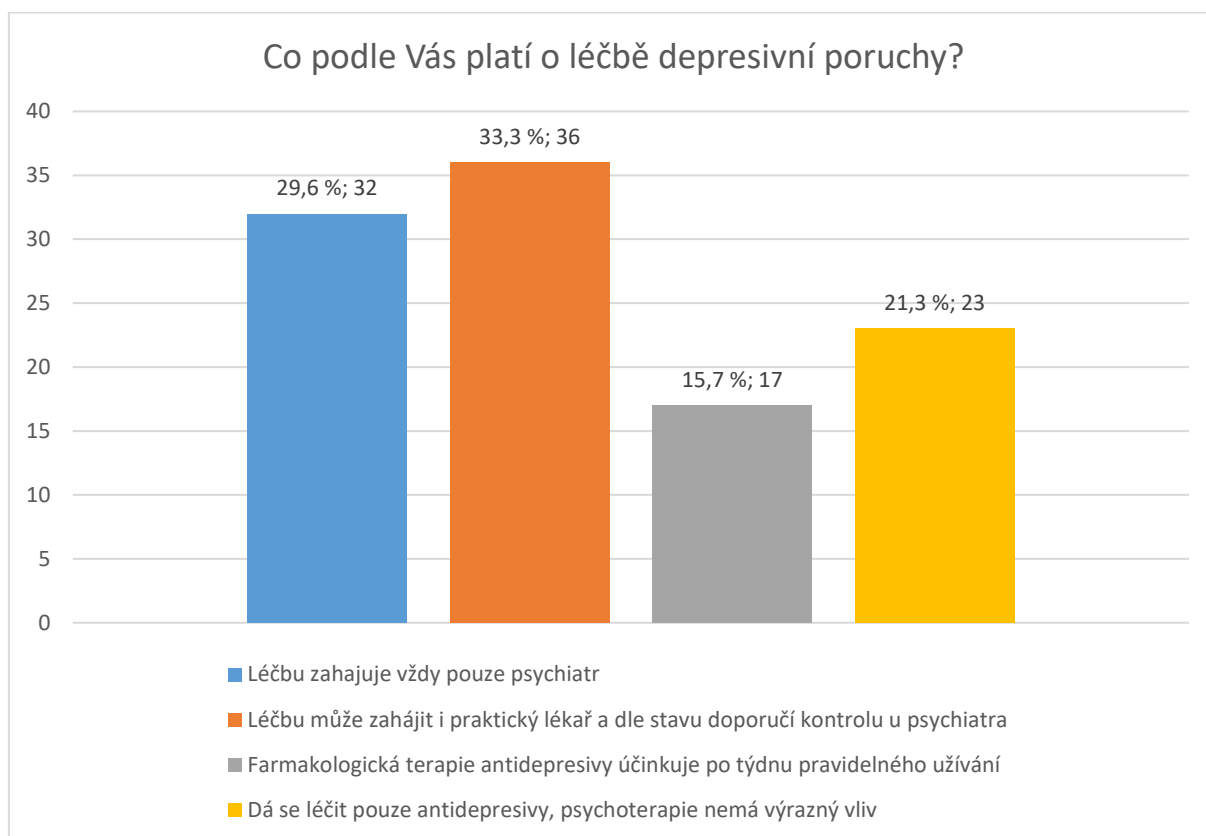


Zdroj: vlastní

Z celkových 108 (100 %) respondentů uvedlo 53 (49 %) respondentů, že depresivní porucha se projevuje pouze na úrovni psychiky. Na psychické i fyzické úrovni se projevuje dle 51 (47 %) dotázaných a 4 (4 %) respondenti uvedli, že se projevuje pouze na fyzické úrovni.

Otázka č. 23 Co podle Vás platí o léčbě depresivní poruchy?

Obrázek 23 - Léčba depresivní poruchy

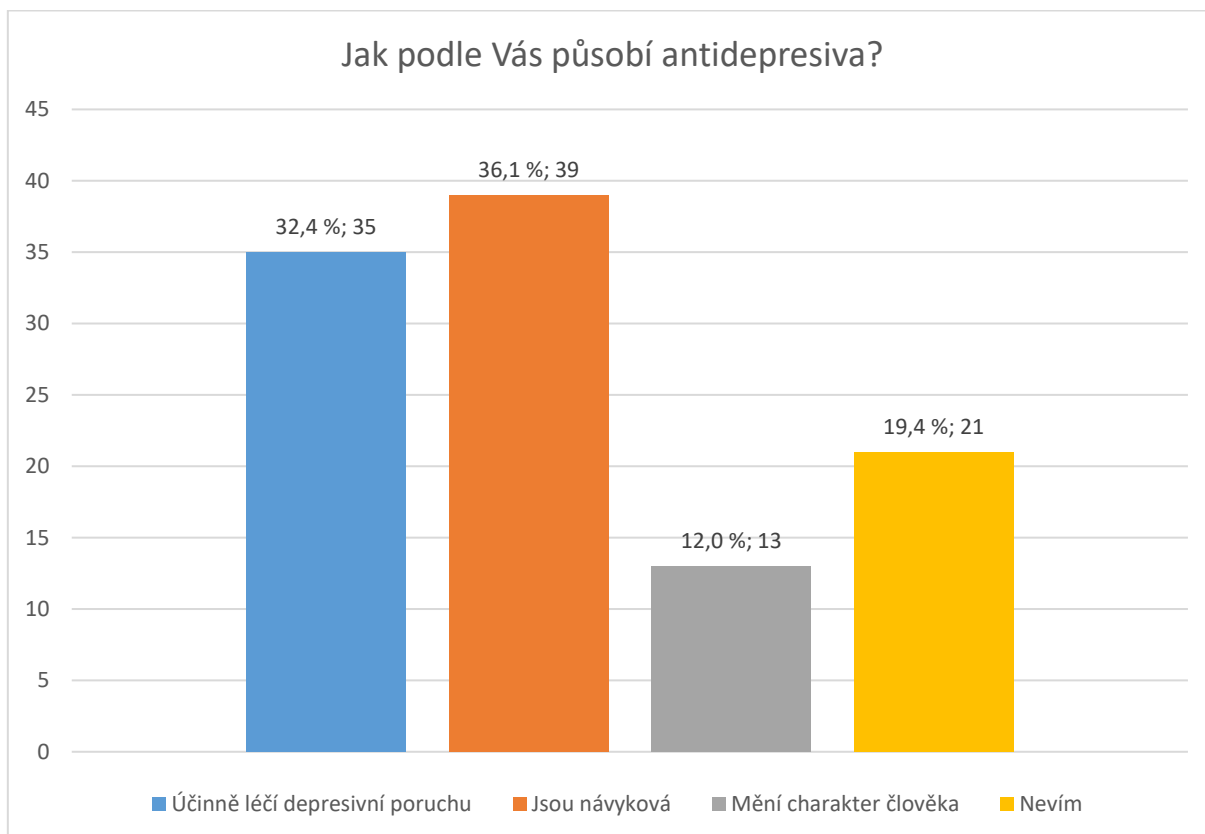


Zdroj: vlastní

Ohledně léčby depresivní poruchy uvedlo 36 (33,3 %) respondentů, že léčbu může zahájit i praktický lékař a dle stavu doporučí kontrolu u psychiatra. Dle 32 (29,6 %) dotázaných léčbu zahajuje vždy pouze psychiatr. Dále 23 (21,3 %) respondentů uvedlo, že se depresivní porucha dá léčit pouze antidepresivy a psychoterapie nemá výrazný vliv. Poslední skupina 17 (15,7 %) respondentů uvedla, že farmakologická terapie antidepresivy účinkuje po týdnu pravidelného užívání.

Otázka č. 24 Jak podle Vás působí antidepresiva?

Obrázek 24 - Působení antidepresiv

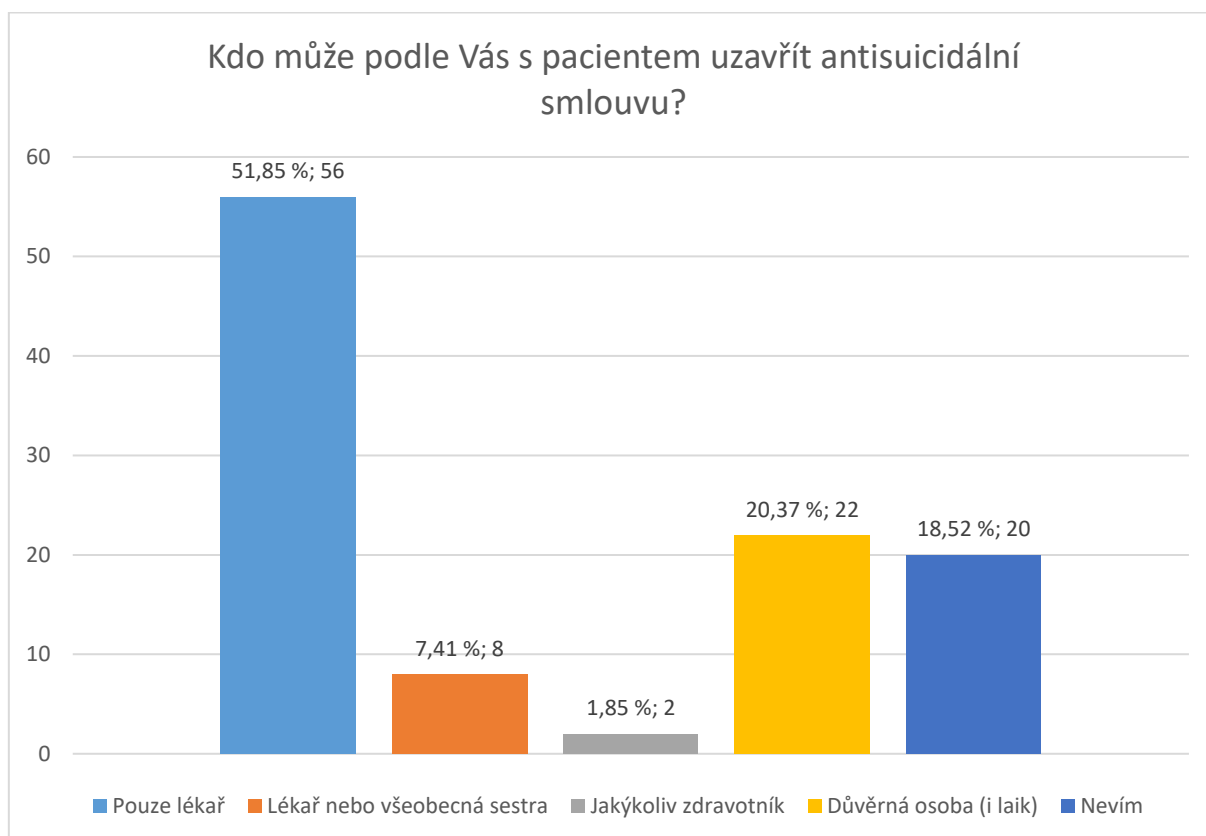


Zdroj: vlastní

Skupiny 39 (36,1 %) dotázaných považuje antidepresiva za návyková. Účinnou léčbu depresivní poruchy jim připisuje 35 (32,4 %) respondentů. Znalosti ohledně působení antidepresiv nemá 21 (19,4 %) odpovídajících a 13 (12 %) respondentů si myslí, že antidepresiva mění charakter člověka.

Otázka č. 25 Kdo může podle Vás s pacientem uzavřít antisuicidální smlouvu?

Obrázek 25 - Antisuicidální smlouva

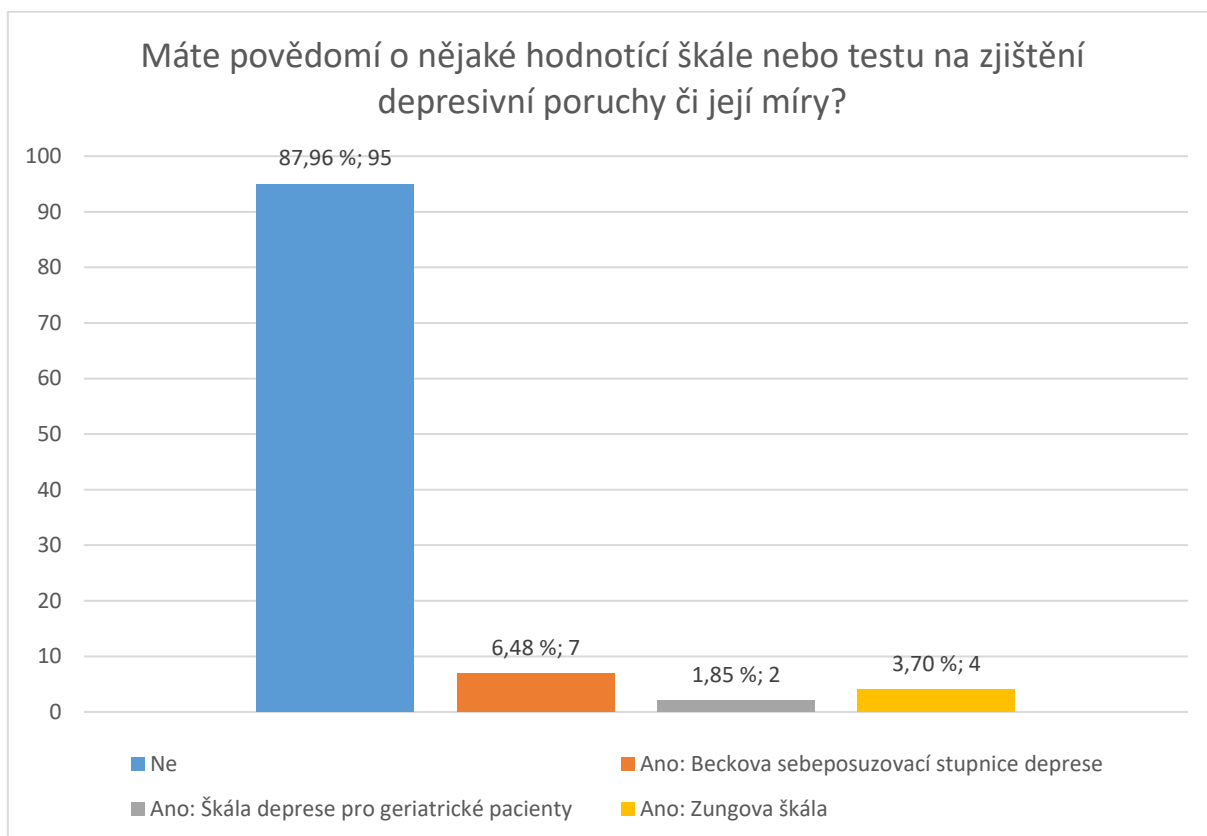


Zdroj: vlastní

Antisuicidální smlouvu může s pacientem dle 56 (51,85 %) dotázaných uzavřít pouze lékař. Důvěrná osoba (i laik) ji může uzavřít podle 22 (20,37 %) respondentů. Kdo může antisuicidální smlouvu uzavřít, neví 20 (18,52 %) dotázaných. Dále uvedlo 8 (7,41 %) respondentů, že ji může uzavřít lékař nebo všeobecná sestra a 2 (1,85 %) dotázaní uvedli jakéhokoliv zdravotníka.

Otázka č. 26 Máte povědomí o nějaké hodnotící škále nebo testu na zjištění depresivní poruchy či její míry?

Obrázek 26 - Hodnotící škály a testy



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda respondenti mají nějaké povědomí o hodnotící škále nebo testu ohledně depresivní poruchy mohli dotázaní zvolit možnost ne. Pokud nějakou znali, zaškrtili ano a vypsali konkrétní škálu či stupnici. Žádnou škálu nezná 95 (87,95 %) dotázaných. Beckovu sebesuzovací stupnici deprese uvedlo 7 (6,48 %) respondentů, Zungovu škálu zaznamenali 4 (3,7 %) respondenti a 2 (1,85 %) uvedli škálu deprese pro geriatrické pacienty.

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou depresivní poruchy v ošetrovatelství. Naším hlavním cíle je především zmapovat informovanost sester, a to, zda umí k takto nemocnému přistupovat. Teoretická část práce je rozdělena na 3 hlavní kapitoly. První kapitola se zabývá depresivní poruchou obecně. Druhá část se soustředí na druhy léčby a třetí část pojednává o ošetrovatelské péči.

V praktické části bakalářské práce jsou znázorněna data, které jsme získali z dotazníkového šetření. Nejprve jsme sestavili cíle a následně výzkumné problémy, na základě nichž jsme sestavili dotazník pro praktické a všeobecné sestry na standardních lůžkových odděleních interních a chirurgických oborů. Záměrně jsme z šetření vynechali sestry z oboru psychiatrické péče, u kterých jsme očekávali vyšší informovanost o depresivní poruše. Vlastní šetření probíhalo v Nemocnici Tábor, a. s. v únoru 2020. Celkem jsme rozdali 140 dotazníků. Vrátilo se 115 dotazníků (návratnost byla 82,14 %). Vyřadili jsme 7 dotazníků pro neprávne vyplněné údaje. Řádně vyplněných bylo 108 dotazníků, což je považováno za 100 % při výzkumném šetření.

Výsledky byly porovnány s dostupnou literaturou a kvalifikačními pracemi, které se zabývají podobnou tematikou. Bohužel se informovaností sester mimo psychiatrická oddělení nezabývá mnoho prací. Obsahově se našemu cíli výzkumu věnuje bakalářská práce Jany Dejčmarové (Dejčmarová, 2008) s názvem *Deprese – problematika onemocnění a informovanost sester*, dále bakalářská práce Eleny Divecké (Divecká, 2012) s názvem *Komunikace s pacientem s depresivní epizodou* a okrajově práce Hany Foltýnové Dohnalové (Foltýnová Dohnalová, 2015) s názvem *Deprese z pohledu psychiatrické sestry*. Srovnávali jsme výsledky také s dostupnou literaturou na dané téma s názvem *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději, Ošetrovatelství v psychiatrii, Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie, Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy a Současná psychopatologie pro pomáhající profese*.

V první části dotazníku jsme se zaměřili na demografické údaje. Konkrétně se jednalo o pracovní pozici, pohlaví a na jakém oddělení respondenti pracují. Z celkového počtu 108 dotázaných pracuje 99 (92 %) respondentů na pozici sestry standardního lůžkového oddělení a 9 (8 %) zastává pozici staniční sestry. Na dotazník odpovědělo 94 (87 %) žen

a 14 (13 %) mužů. V interních oborech pracuje 56 (51,9 %) a v chirurgických oborech 52 (48,1 %) dotázaných. Těší nás, že své zastoupení v roli sestry mají i muži. Našeho výzkumu se zúčastnilo 13 % mužů z celkového počtu respondentů, což je srovnatelné číslo s bakalářskou prací Dejčmarové (Dejčmarová, 2008). Jejím výzkumu se účastnilo 15 % mužů z celkového počtu respondentů.

Prvním dílčím cílem je: Zjistit, zda se sestry vzdělávají v problematice depresivní poruchy. Pro tento dílčí cíl byl vytvořen 1 výzkumný problém.

Prvním výzkumným problémem zjišťujeme: Mají sestry zájem o získávání dalších informací o depresivní poruše? K analýze výzkumného problému byly v dotazníku vytvořeny otázky č. 2, 6, 9. Z dotazníkového šetření vyplývá, že v našem souboru respondentů jsou nejvíce zastoupeny všeobecné sestry (35 %), které studovaly dle dřívějších předpisů (do r. 2004) a praktické sestry (25 %). Sestry s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním byly zastoupeny v menším počtu, konkrétně sester s titulem DiS. bylo 16 %, s titulem Bc. 14 % a s titulem Mgr. bylo 14 % respondentů. Myslíme si, že pro sestry není získávání dalšího vzdělávání prioritou, protože ho po nich zaměstnavatel v okresní nemocnici pravděpodobně nepožaduje. Nicméně Foltýnová Dohnalová (Foltýnová Dohnalová, 2015) ve své bakalářské práci uvádí, že vzdělávání ošetrovatelského personálu je základním předpokladem pro kvalitně provedenou ošetrovatelskou péči o duševně nemocné pacienty. Dále jsme se ptali, jaké mají sestry možnosti vzdělávání v problematice psychiatrie. Nejvíce respondentů (39 %) uvádí, že nemají možnost, ale měli by o něj zájem. Pozoruhodné je, že druhá nejzastoupenější skupina (28 %) uvedla, že možnost vzdělávání mají, ale neúčastní se jich. Alarmující je, že z celkového počtu respondentů se vzdělávání účastní jen 9 % sester a 24 % sester toto téma vůbec nezajímá. Popírají tím fakt, že máme nemocného vnímat jako celistvou osobnost. Plevová (Plevová, 2019) totiž ve své publikaci uvádí, že ošetrovatelství vychází z holistické teorie pohledu na nemocného. Tento výsledek je také v rozporu s publikací Petra (Petr, 2014), který poukazuje na fakt, že každého nemocného je potřeba vnímat holisticky. Pokud tedy 24 % sester nezajímá psychický stav pacienta, nemohou odvádět kvalitní ošetrovatelskou péči jen péčí o fyzický stav. Dejčmarová (Dejčmarová, 2008) ve své bakalářské práci také zkoumala, zda se sestry vzdělávají nebo o vzdělávání mají zájem. Z jejího šetření vyplývá, že se vzdělávacích akcí účastní 45 % respondentů a zájem o vzdělávání projevilo pouze 21 % dotázaných. Zde se výsledky našeho výzkumu liší. Pokud sečteme respondenty, kteří nemají zájem o vzdělávání

(24 %) a kteří mají možnost, ale nemají zájem (28 %), dojdeme k výsledku, že celkem 52 % dotázaných nemá potřebu se vzdělávat v této problematice.

Zajímavé je, že téměř polovina (44,4 %) dotázaných si další informace hledá u kolegů. V návaznosti na předchozí otázku ohledně zájmu získávání informací by bylo vhodné, aby se respondenti dotazovali kolegů z řad odborníků v oblasti psychiatrie. Na internetu nebo v literatuře hledá informace 14,8 % respondentů. Bohužel si nedohledává informace 27,8 % dotázaných z důvodu nedostatku času a 13 % z důvodu nezájmu. Dejčmarová (Dejčmarová, 2008) taktéž zkoumala, kde si hledají informace o duševním onemocnění. Zde se naše výsledky liší, protože její respondenti si informace hledají celkem v 95 % na internetu nebo v odborné literatuře.

Dílčí cíl 1 byl splněn. Našeho výzkumu se zúčastnilo nejvíce všeobecných sester, které studovaly dle dřívějších předpisů do r. 2004. Sestry nejčastěji uváděly, že jim zaměstnavatel nenabízí vzdělávání v oblasti duševních poruch, ale měly by o něj zájem. Informace si zjišťují u svých kolegů. Sestry se tedy během své odborné praxe ve většině případů nevzdělávají.

Druhým dílčím cílem chceme: Zjistit, zda sestry mají povědomí o zásadách správné komunikace s pacienty s depresivní poruchou? Pro druhý dílčí cíl byl formulován 1 výzkumný problém.

Druhým výzkumným problémem zjišťujeme: Disponují sestry komunikačními dovednostmi u pacientů s depresivní poruchou? K analýze výzkumného problému byly využity otázky č. 10, 16, 18, 19 a 20 v dotazníku. Více jak polovina (55 %) respondentů zaujímá postoj, že depresivní porucha je onemocnění jako každé jiné. Tento fakt hodnotíme velmi pozitivně. Na depresivní poruchu jako vážnou nemoc poukazuje i Praško (Praško, 2015). Bohužel se ukazuje, že depresivní porucha vyvolává u části respondentů určité stigma. Onemocnění by tajilo 23 % dotázaných a 9 % uvádí, že si poruchu zapříčinil člověk sám. Nezájem o depresivní poruchu a její absolutní neznalost uvedlo 13 % dotázaných. Je tedy zjevné, že část respondentů (dohromady 22 %) stále nemá dostatek informací nebo by se cítila stigmatizována a onemocnění u sebe by tajila (23 %). Pokud by byla informovanost větší, mohlo by dojít ke zmírnění stigmatizace.

Dále jsme zkoumali v otázce č. 16, jaký přístup volí sestry k pacientovi, který ne navazuje slovní kontakt. Nejvíce respondentů (46 %) uvádí, že kontakt opětovně navazuje,

i pokud pacient nereaguje. Druhá nejpočetnější skupina (35 %) by pacienta nechala být a vyčkávala by, dokud nemocný nezačne komunikovat sám. Toto řešení volí pravděpodobně proto, že neví, jak k pacientovi s depresivní poruchou přistupovat. Pokud je pacient nucen do konverzace, vyvíjíme na něj přílišný tlak, který mu může uškodit. V případě, že se ani nesnažíme o navázání kontaktu a pacienta si nevšímáme, upevňujeme tím jeho pocit méněcennosti a bezvýznamnosti, což není cílem kvalitní ošetrovatelské péče. Petr (Petr, 2014) uvádí, že není vhodné pacienta do čehokoliv nutit, ale je vhodnější mu aktivně nabízet kontakt či jednoduchou činnost. Odmítání komunikace ze strany pacienta řešila ve své práci i Divecká (Divecká, 2012). Z výsledků jejího výzkumu vyplývá, že 57,4 % respondentů komunikaci aktivně nezahajuje. O zahájení konverzace se pokouší 29,7 % sester. Zde se naše výsledky liší. V otázce č. 18 nás zajímalo i to, jak sestry pracují s pacientem, který se nezapojuje do činností. Téměř ve stejném počtu byly nejvíce frekvencovány 2 odpovědi. Nejčetnější skupina (37 %) nabízí nemocnému činnosti, ale nenutí ho do nich. Druhá nejzastoupenější skupina (36,1 %) by se ale nemocného snažila rozveselit. Zajalo nás, že právě tyto 2 odpovědi se pomyslně dělí o první příčku nejčastějších odpovědí. První možnost znázorňuje správný přístup, ale druhá (snaha o rozveselení) je často uváděna jako nejčastější chyba v komunikaci s pacientem s depresivní poruchou, na což poukazuje i Slezáková (Slezáková, 2013). Chybný přístup, tedy povzbudit pacienta tím, že jsou na tom lidé hůř než on, zvolilo v našem výzkumu 12 % respondentů, což je srovnatelné s výsledkem 6,5 % v bakalářské práci Divecké (Divecká, 2012).

V navazující otázce jsme si chtěli ověřit, jak sestry pohlíží samy na svou úroveň komunikačních dovedností s pacientem s depresivní poruchou. V otázce č. 19, kde jsme se ptali, jak zvládají sestry komunikaci s duševně nemocným, uvedlo 45 % sester, že znají zásady správné komunikace s duševně nemocnými. Ostatní připouštějí, že se cítí nejistě (31 %) nebo neví, jak s pacientem komunikovat (9 %). V otázce č. 20 nás zajímalo, zda komunikace s duševně nemocným pacientem sestry osobně nějak ovlivňuje. Potěšující je, že 46,3 % uvádí, že komunikaci zvládají a nijak je neovlivňuje. Dále sestry uvádějí, že je komunikace negativně ovlivňuje (21,3 %), vyhýbají se jí (17,6 %) nebo se s takovým pacientem nikdy nesetkaly (14,8 %). Divecká (Divecká, 2012) ve své práci uvádí, že komunikace s depresivním pacientem má určitý vliv na 77 % respondentů. Dále zkoumá, jaké mají sestry pocity po ukončení komunikace s depresivním pacientem. Negativně ovlivňuje náladu u 59,4% respondentů a nijak ji neovlivňuje pouze u 9%. Zde se naše výsledky výzkumu liší.

Dílčí cíl 2 byl splněn. První 3 otázky zkoumaly, jak sestry aplikují své komunikační schopnosti. Posledními 2 otázkami jsme chtěli zjistit, jak sestry samy reflektují své komunikační dovednosti. Z nejčtetnějších odpovědí vyplývá, že sestry mají povědomí o zásadách komunikace s takto nemocným pacientem a své komunikační schopnosti hodnotí kladně.

Třetím dílčím cílem chceme: Zmapovat, zda sestry mají znalosti o depresivní poruše. Ke třetímu dílčímu cíli byly zformulovány 3 výzkumné problémy a celkem se mu věnuje 13 otázek z dotazníku. Tato část dotazníku byla sestavena pro zjištění znalostí. V kapitole o výzkumných problémech byla stanovena kritéria. Abychom si na otázku mohli odpovědět kladně, požadujeme, aby respondenti uvedli v rámci nejčtetnějších odpovědí alespoň 2 ze 3 nebo 3 z 5 odpovědí správně, což je podle nás pro účel naší bakalářské práce dostačující.

Třetím výzkumným problémem chceme zmapovat: Mají sestry povědomí o projevech depresivní poruchy? Analýze třetího výzkumného problému se věnují otázky č. 11, 13, 14, 15 a 22.

Pro zjištění informovanosti sester bylo vytvořeno několik otázek o depresivní poruše. V otázce č. 11 uvedlo nejvíce respondentů (43,5 %) jako definici depresivní epizody trvale depresivní náladu i po měsících léčby. Správně, tedy možnost, že depresivní epizodu značí depresivní nálada minimálně po dobu 14 dní odpovědělo pouze 29,6 % dotázaných. Fakt, že téměř polovina respondentů (43,5 %) považuje depresivní epizodu za trvale depresivní náladu, naznačuje, že informovanost o této nemoci stále není mezi sestrami dostatečná. Dejčmarová (Dejčmarová, 2008) si také ověřovala na definici depresivní poruchy informovanost svých respondentů. Správně odpovědělo 27 % dotázaných, což odpovídá i našemu výsledku. Pozitivně hodnotíme otázku č. 13, kde byla nejčastější odpověď (28 %), že věk začátku projevů nehraje roli. Další časté období pro vznik depresivní poruchy je dle sester vývojové období stáří (21 %), pubescence (19 %), mladší dospělost (15 %), dospělost (10 %), školní věk (7 %) a nikdo z respondentů neuvedl předškolní věk. Depresivní porucha se může projevit v jakémkoliv věku, což uvádí i Praško (Praško, 2015). V otázce č.14 správně odpovědělo 40,7 % respondentů, tedy, že existují genetické vlohly. Nicméně téměř ¼ (24,1 %) dotázaných si myslí, že jde o dědičné onemocnění. Ve výzkumu Dejčmarové (Dejčmarová, 2008) 57 % respondentů správně uvedlo genetické vlohly. Za dědičné onemocnění depresivní poruchu považuje pouze 10 % a dědičnost vyluč-

čuje 18 % respondentů, což je srovnatelné s naším výzkumem. Orel (Orel, 2016) potvrzuje možnost genetické vlohy a vylučuje dědičnost.

U příznaků depresivní poruchy v otázce č. 15 měli respondenti zvolit možnost, která není pravdivá. Správně odpovědělo 38,9 %, že se nejedná pouze o neschopnost se radovat. Ostatní možnosti tedy odpovídaly příznakům depresivní poruchy. Zarazilo nás, že z celkového počtu odpovědělo dohromady 61,1 % respondentů špatně. Záměrně bylo zařazeno větší množství fyzických projevů depresivní poruchy, aby se ukázalo, zda sestry vnímají psychickou i fyzickou stránku projevu nemoci. Proto byla pro ověření vytvořena kontrolní otázka č. 22, kde byly odpovědi velice vyrovnané. Pouze 4 dotázaní uvedli projev jen na fyzické úrovni. Vysvětlujeme si to možností rozdílného výkladu ze strany respondentů. Nejvíce respondentů (49 %) uvádí, že se projevuje pouze na úrovni psychiky. Na psychické i fyzické úrovni se projevuje podle 47 % sester. Dejčmarová (Dejčmarová, 2008) u svých respondentů zjišťovala, na kterou stránku projevů se více zaměřují. Na fyzickou i psychickou úroveň se zaměřuje 72 % dotázaných a spíše na psychiku se zaměřuje 20 %. Zde se naše výsledky velmi liší. Dejčmarová (Dejčmarová, 2008) totiž položila otázku, kde se ptala, na jaké příznaky se při získávání informací o nemocném sestry zaměřují. Nespecifikovala tedy přímou souvislost s pacientem s depresivní poruchou.

Čtvrtým výzkumným problémem zjišťujeme: Mají sestry povědomí o příčinách a léčebných postupech u depresivní poruchy? Této problematice se věnují otázky č. 11, 12, 23, 24 a 26.

V otázce č. 11 ohledně definice depresivní epizody byla nejčastější odpověď (43,5 %) chybná. Respondenti totiž uvedli, že se jedná o trvale depresivní náladu i po měsících léčby. Správně, že jde o depresivní náladu po dobu minimálně 14 dní, odpovědělo jen 29,6 % respondentů. Neznalost pojmu prokázali i ti, kteří depresivní epizodu označují za depresivní náladu po dobu max. 14 dní (16,7 %) a povahovou vlastnost/chybu (10,2 %).

V otázce č. 12, kterou jsme se ptali na příčiny depresivní poruchy, pozitivně hodnotíme správnou a nejčastější odpověď (53,7 %), že vznik ovlivňují biologické, genetické nebo psychosociální faktory, což potvrzuje Svoboda (Svoboda, 2012). Dejčmarové (Dejčmarová, 2008) výzkum s tvrzením také souhlasí, kdy shodně odpovědělo 62 %.

Otázka č. 23 mapovala povědomí o léčbě depresivní poruchy. Správně, tedy, že léčbu smí zahájit i praktický lékař, odpovědělo 33,3 % respondentů. Nicméně mnoho

sester (29,6 %) uvedlo, že léčbu zahajuje pouze psychiatr. V Dejčmarové (Dejčmarová, 2008) práci 10 % respondentů uvádí, že léčit depresivní poruchu mohou i jiní lékaři. Dále sestry uváděly farmakoterapii jako jedinou možnou léčbu (21,3 %) a účinky léků dle nich nastupují již po týdnu užívání (15,7 %). Tyto odpovědi ovšem Praško (2015) vyvrací. Během vyhodnocování otázek jsme si ale uvědomili, že se nám v odpovědích prolínají 2 roviny. V jedné rovině se totiž ptáme na to, kdo může zahájit léčbu a v druhé se ptáme spíše na problematiku farmakoterapie. Nemůžeme proto tuto otázku považovat za plně validní. Otázkou č. 24 chceme zjistit, jaký mají sestry názor na antidepresiva, která jsou někdy laickou společností hodnocena chybně. Potvrdilo se, že 36,1 % sester si myslí, že jsou antidepresiva návyková, což vyvrací Vágnerová (Vágnerová, 2014). Správná odpověď byla, že účinně léčí depresivní poruchu. Odpovědělo tak 32,4 % respondentů. Změnu charakteru člověka připisuje antidepresivům 12 % sester.

Poslední otázka č.26 zkoumá, zda sestry mají povědomí o nějaké hodnotící škále nebo testu na zjištění depresivní poruchy. Respondenti mohli dopsat konkrétní název. Negativně hodnotíme, že v rámci ošetrovatelské péče 87,96 % sester nemá žádné povědomí o škálách nebo testech na depresivní poruchu. Nicméně byly zaznamenány 3 různé škály a stupnice. Konkrétně respondenti znali Beckovu sebeposuzovací stupnici deprese, Zungovu škálu a Škálu deprese pro geriatrické pacienty.

Pátým výzkumným problémem chceme zjistit: Uvědomují si sestry riziko sebevraždy u depresivního pacienta? V dotazníku jsou tomuto tématu věnovány otázky č. 17, 21 a 25. Otázka č. 17 zkoumala, jak sestry reagují, pokud pacient mluví o touze zemřít. Kladně hodnotíme, že nejvíce respondentů (46 %) uvedlo, že se pacientovi snaží naslouchat, hovořit s ním o problémech a následně zajistí odborníka. Další odpovědi měly poukázat na nevhodný typ přístupu. Alarmující je, že zbytek (54 %) respondentů neví, jak se zachovat nebo se neumí zachovat správně v této situaci, která může postupně vést k ohrožení života. Divecká (Divecká, 2012) zjišťovala u svých respondentů, jak reagují na pacientovy sebevražedné tendence. Ačkoliv její formulace odpovědí byly jiné, také poukazuje na fakt, že 65,1 % dotázaných by pouze upozornilo lékaře a dál by se nezajímalo. S pacientem by se dle jejího výzkumu snažilo uzavřít antisuicidální smlouvu 25,2 %, ale 9,7 % by tendence nebralo vážně. Oba výzkumy poukazují na nemalý počet respondentů, kteří by se nezachovali správně a jejich přístup by mohl vést k ohrožení života nemocného s duševní poruchou. V otázce č. 21 si ale 84,3 % dotázaných uvědomuje riziko úmrtí u pacientů s depresivní poruchou. Pravděpodobně si sestry neuvědomují,

že svým přístupem dokáží alespoň částečně ovlivnit zhoršování nebo zlepšování psychického stavu svých pacientů a nepřikládají mu takovou důležitost.

V otázce č. 25 jsme zjišťovali povědomí sester o tom, kdo může s pacientem uzavřít antisuicidální smlouvu. S pacientem, který trpí sebevražednými myšlenkami, může důvěrná osoba uzavřít antisuicidální smlouvu. Respondenti odpovídali v téměř 80 % špatně. Znalost antisuicidální smlouvy prokázalo pouze 20,37 % dotázaných. Nejčastěji uváděli (51,85 %), že ji smí uzavřít pouze lékař. V 18,52 % odpověděli, že neví, kdo může smlouvu uzavřít. Možná by bylo více vypovídající, kdyby byla přidána další odpověď, která by respondentům umožnila zvolit „neznám antisuicidální smlouvu“, především proto, že správně odpovědělo velice málo respondentů a informovanost o antisuicidální smlouvě je nízká. Nemůžeme tedy tuto otázku považovat za plně validní. Nejvíce respondentů (39,8 %) uvedlo délku praxe 11 a více let. Dalo by se zvažovat, zda bylo tolik chybných odpovědí proto, že v době jejich studia nebylo téma duševních poruch probírané v takové míře, jako dnes. Dále je možné, že problematika antisuicidální smlouvy je probírána až na vysokoškolském typu studia.

Dílčí cíl 3 byl splněn. U prvního výzkumného problému tohoto cíle sestry odpověděly na 3 otázky z 5 správně. Podle kritéria tedy mají povědomí o projevech depresivní poruchy. U druhého výzkumného problému sestry odpověděly správně jen na 2 z 5 otázek, nemůžeme proto tvrdit, že mají povědomí o příčinách a léčebných postupech u depresivní poruchy. U třetího výzkumného problému odpověděly sestry na 2 ze 3 otázek správně. Z toho vyplývá, že si sestry uvědomují riziko sebevraždy u pacienta s depresivní poruchou.

Čtvrtým dílčím cílem chceme: Zjistit, zda se sestry setkávají s pacienty s depresivní poruchou. Ke čtvrtému dílčímu cíli byl formulován jeden výzkumný problém.

Šestým výzkumným problémem zkoumáme: Mají sestry zkušenosti s pacienty s depresivní poruchou? K analýze výzkumného problému byly vytvořeny otázky č. 1, 7 a 8. V první otázce byla nejvíce zastoupena doba praxe 11 a více let (39,8 %). Je pravděpodobné, že odpovědi souvisí s nejvíce zastoupenou odpovědí v otázce č. 2, kdy 35 % sester získalo titul všeobecná sestra díky studiu dle dřívějších předpisů a neměly motivaci si doplnit vzdělání na vyšší odborné nebo vysoké škole. Dále byly téměř rovnoměrně zastoupeny skupiny s praxí do 5 let a 6-10 let. Zajímalo nás, odkud mají sestry zkušenosti s pacienty s depresivní poruchou. Nejvíce se s nimi setkávají v odborné praxi (43,5 %). Zajímavé je, že téměř ¼ (23,1 %) zažila depresivní poruchu přímo u sebe

a 18,5 % ve svém sociálním prostředí. Naopak nikdy se s depresivní poruchou nesetkalo 14,8 % respondentů. Dle výzkumu Dejčmarové (Dejčmarová, 2008) se 35 % sester setkalo s tímto onemocněním v praxi, v osobním životě 34 % a nikdy se s ní nesetkalo 31 % respondentů. Z porovnání obou výzkumů lze tvrdit, že lidé s depresivní poruchou opravdu přibývá. Nastává také otázka pro jinou výzkumnou práci. Je vyšší pravděpodobnost vzniku depresivní poruchy u člověka, který pracuje ve zdravotnictví?

Také nás zajímalo, jak často se sestry setkávají s pacienty s depresivní poruchou. Sestry nejčastěji uvedly, že 1x za měsíc (37 %). O nárůstu četnosti pacientů s depresivní poruchou svědčí odpověď 1x za týden, kterou zvolilo 31,5 %. Pouze 16,7 % dotázaných se s depresivní poruchou setkává 1x za šest měsíců a vůbec se s ní nesetkává se s ní pouze 14,8 % respondentů.

Dílčí cíl 4 byl splněn. Na první otázku odpovědělo nejvíce sester 11 a více let praxe. Sestry mají nejvíce zkušeností z odborné praxe a setkávají se s pacientem s depresivní poruchou nejčastěji 1x za měsíc.

DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

Na základě našeho výzkumného šetření jsme shledali nedostatky v informovanosti sester o depresivní poruše a vhodném přístupu k takovým pacientům. Nedostatky projevily více v informovanosti než v komunikaci. Zároveň uvádějí, že by chtěly získávat další informace, ale nemají možnost. Z výzkumu také vyplynulo, že se sestry soustředí při péči o nemocného spíše na fyzickou stránku onemocnění. Pro odvádění kvalitní ošetrovatelské péče je potřeba se průběžně vzdělávat. Depresivní porucha a duševní onemocnění obecně je stále zatíženo jistým stigmatem. Klíčem pro zlepšení situace by mohla být širší nabídka vzdělávacích kurzů pro zdravotníky o přístupu k pacientovi s depresivní poruchou, kterou by hradil zaměstnavatel. Máme ale pocit, že toto téma není dostatečně přitažlivé a sestry si raději zvolí jiný kurz. Zvýšit atraktivitu tématu by podle nás mohla účast například slavné osobnosti, která se léčila nebo léčí s depresivní poruchou.

Dalším možným způsobem, jak zlepšit situaci v informovanosti sester může být výraznější motivování ze strany vedení ke zvyšování kvalifikace a dalšímu studiu. Zvýšit informovanost může i větší dostupnost informačních materiálů, jako jsou například letáky, brožury, plakáty atd.

ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce na téma *Depresivní porucha v ošetrovatelství* se dělí na tři hlavní oddíly. V první části se věnujeme depresivní poruše a informacím o ní, jako jsou například projevy, příčiny, druhy atd. Další část popisuje způsoby léčebných postupů a poslední se zabývá specifiky ošetrovatelské péče.

V praktické části jsme prováděli výzkum pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo v Nemocnici Tábor, a. s. Zaměřili jsme se na praktické a všeobecné sestry standardních lůžkových oddělení. Otázky směřovaly na oblasti vzdělání sester a jejich zájem o získávání dalších informací o depresivní poruše, na jejich přístup k pacientovi, informovanost a frekvenci kontaktu s pacienty s depresivní poruchou. Záměrně byly vynechány z průzkumu sestry z psychiatrického oddělení, u kterých jsme předpokládali vyšší informovanost. Hodnotili jsme jeho výsledky a znázornili je v grafech.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat informovanost praktických a všeobecných sester o depresivní poruše a o vhodném přístupu k pacientovi s depresivní poruchou. Dále byly vytvořeny čtyři dílčí cíle. Všechny cíle byly splněny. Sestry dle našeho výzkumu mají zájem o další vzdělávání v problematice depresivní poruchy, ale nemají tolik možností. Sestry znají zásady komunikace a své komunikační schopnosti hodnotí kladně. Po teoretické stránce prokázaly, že mají povědomí o depresivní poruše, ale chybovaly v otázkách o příčinách a léčebných postupech. Dále sestry uváděly, že se setkávají s pacienty s depresivní poruchou nejčastěji 1x za měsíc.

Během zpracovávání praktické části bakalářské práce nás zaujalo, jak je toto téma široké a kolik otázek z dotazníku by stálo za průzkum v dalších výzkumných šetřeních. Například vyzkoumat, jak sestry přistupují k pacientům se sebevražednými myšlenkami.

Je vhodné zdůraznit, že kvalitně odvedená ošetrovatelská péče nezahrnuje pouze psychickou nebo fyzickou stránku. Vzhledem k tomu, že se pacienti na oddělení nejčastěji obrací se svými problémy na sestru, měla by zvládat komunikační dovednosti. Obzvláště důležitá je tato schopnost při jednání s pacientem s depresivní poruchou, který je na přístup okolí velmi citlivý. Právě jemu může sestra, ale i kdokoliv jiný, ublížit i pouhým slovem. Pokud chceme v rámci společnosti odbourat stigmatizaci duševních poruch, musíme dbát na další vzdělávání sester a ostatních zdravotníků v tomto tématu.

Pro zlepšení informovanosti v oblasti depresivní poruchy byla vytvořena edukační brožura. Informace v ní byly záměrně zpracovány jednoduchou formou, aby byly pochopitelné bez ohledu na vzdělání. Využijí je nejen zdravotníci, ale mohly by posloužit například i rodinám nemocných pacientů.

SEZNAM LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa* [online]. Praha: Grada, 2019 [cit. 28. 9. 2020]. ISBN 978-80-271-2539-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/maligni-onemocneni-psychika-a-stres-5949/>.
2. COBAIN, Bev. *Když už na ničem nezáleží: rádce pro dospívající s depresí a poruchami nálad*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1387-1.
3. DEJČMAROVÁ, Jana. *Deprese – problematika onemocnění a informovanost sester* [online]. Praha, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. 2. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Voleníková, Ivana [cit. 12. 3. 2021]. Dostupné z: <https://dodo.is.cuni.cz/handle/20.500.11956/16066>.
4. DIVECKÁ, Elena. *Komunikace s pacientem s depresivní epizodou* [online]. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Martina Venglářová [cit. 12. 3. 2021]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/glj0ed/>.
5. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
6. FOLTÝNOVÁ DOHNALOVÁ, Hana. *Deprese z pohledu psychiatrické sestry* [online]. Zlín, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav zdravotnických věd. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zlatica Dorková, Ph. D [cit. 12. 3. 2021]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/frnfdq/>.
7. FREI, Jiří. *Zásady zpracování kvalifikačních prací pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Vydavatelství, 2016. ISBN 978-80-261-0605-0.
8. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015 [cit. 10. 9. 2020]. ISBN 978-80-246-2998-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychiatrie-a-pedopsychiatrie-5593/>.

9. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů* [online]. Praha: Grada, 2014 [cit. 29. 9. 2020]. ISBN 978-80-247-3600-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychologie-2-dil-1953/>.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese* [online]. Praha: Grada, 2012 [cit. 16. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-4007-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/optimismus-pesimismus-a-prevence-deprese-2058/>.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi* [online]. 3. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013 [cit. 1. 9. 2020]. ISBN 978-80-247-4774-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/jak-zvladat-depresi-2298/>.
12. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum* [online]. Praha: Grada, 2013 [cit. 20. 7. 2020]. ISBN 978-80-247-4733-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychiatricke-minimum-2283/>.
13. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství* [online]. Praha: Grada, 2009 [cit. 28. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-2713-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/vyzkum-v-osetrovatelstvi-1825/>.
14. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii* [online]. Praha: Grada, 2013 [cit. 20. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-4454-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/agresivita-v-psychiatrii-2184/>.
15. LÁTALOVÁ, Klára, Dana KONČELÍKOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch* [online]. Praha: Grada, 2015 [cit. 14. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-4305-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/suicidialita-u-psychickyh-poruch-1134/>.
16. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese* [online]. 2. vyd. Praha: Portál, 2010 [cit. 14. 9. 2020]. ISBN 978-80-7367-723-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychiatrie-3215/>.
17. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch* [online]. Praha: Grada, 2015 [cit. 14. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-

- 5199-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/stigmatizace-a-sebestigmatizace-u-psychickych-poruch-1185/>.
18. OLEJÁROVÁ, Zora. Psychiatrie pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2017. ISBN 978-80-7561-047-8.
 19. OREL, Miroslav. Psychopatologie [online]. Praha: Grada, 2012 [cit. 14. 9. 2020]. ISBN 978-80-247-3737-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychopatologie-1985/>.
 20. OREL, Miroslav. Psychopatologie: Nauka o nemocech duše [online]. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2016 [cit. 18. 9. 2020]. ISBN 978-80-247-5516-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychopatologie-2893/>.
 21. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii [online]. Praha: Grada, 2014 [cit. 15. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-4236-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-v-psychiatrii-890/>.
 22. PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK. Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0501-2.
 23. PLEVOVÁ, Ilona. Ošetřovatelství I [online]. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2018 [cit. 10. 9. 2020]. ISBN 978-80-271-0888-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-i-5023/>.
 24. PLEVOVÁ, Ilona. Ošetřovatelství II [online]. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2019 [cit. 8. 9. 2020]. ISBN 978-80-271-0889-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-ii-6026/>.
 25. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0859-4.
 26. PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ, Petr MOŽNÝ a Jana VYSKOČILOVÁ. Skupinová kognitivně-behaviorální terapie [online]. Praha: Grada, 2019 [cit. 20. 8. 2020]. ISBN 978-80-271-0496-3. Dostupné

- z: <https://www.bookport.cz/kniha/skupinova-kognitivne-behavioralni-terapie-6017/>.
27. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie [online]. Praha: Karolinum, 2012 [cit. 28. 8. 2020]. ISBN 978-80-246-1985-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychiatrie-5485/>.
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.
29. SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy [online]. 2. vyd. Praha: Portál, 2012 [cit. 12. 9. 2020]. ISBN 978-80-262-0216-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychopatologie-a-psychiatrie-3225/>.
30. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu [online]. Praha: Grada, 2011 [cit. 10. 9. 2020]. ISBN 978-80-247-3223-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/lidske-potreby-ve-zdravi-a-nemoci-456/>.
31. TENENBAUM, Sylvie. Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1301-7.
32. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese [online]. 3. vyd. Praha: Portál, 2012 [cit. 29. 8. 2020]. ISBN 978-80-262-0225-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychopatologie-pro-pomahajici-profese-3226/>.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
34. ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi [online]. Praha: Grada, 2016 [cit. 20. 9. 2020]. ISBN 978-80-271-0156-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-v-oseetrovatelske-praxi-2591/>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník.....	84
Příloha B – Souhlas s výzkumným šetřením.....	88
Příloha C – Edukační brožura.....	90

PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazník

DOTAZNÍK – Depresivní porucha v ošetrovatelství

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Depresivní porucha v ošetrovatelství“. Cílem je zjistit informovanost sester o depresivní poruše. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění anonymního dotazníku. Prosím, odpovídejte co nejpravdivěji. U každé otázky označte pouze jednu odpověď. Žádnou otázku nevynechávejte.

Předem mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas, Zuzana Krátká.

1. Jak dlouhá je Vaše dosavadní praxe?
 - a. Do 5 let
 - b. 6-10 let
 - c. 11 a více let
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. Praktická sestra
 - b. Všeobecná sestra – DiS.
 - c. Všeobecná sestra – Bc.
 - d. Všeobecná sestra – Mgr.
 - e. Všeobecná sestra – studium dle dřívějších předpisů (do r. 2004)
3. Jaká je Vaše pracovní pozice?
 - a. Sestra lůžkového oddělení
 - b. Staniční sestra
4. Uveďte Vaše pohlaví.
 - a. Žena
 - b. Muž
5. Na jakém oddělení pracujete?
 - a. Interní obor – patří sem gastroenterologie, kardiologie, neurologie, onkologie a plicní a TBC
 - b. Chirurgický obor – patří sem gynekologie, chirurgie, ORL, ortopedie a urologie
6. Nabízí Vám zaměstnavatel možnost, jak si prohlubovat vědomosti v problematice psychiatrie?
 - a. Ano, účastním se jich
 - b. Ano, neúčastním se jich
 - c. Ne, ale měl/a bych o ně zájem
 - d. Ne, nezajímá mě to

7. Máte zkušenosti s depresivní poruchou?
 - a. Ano – z odborné praxe
 - b. Ano – ze svého sociálního okolí
 - c. Ano – osobní
 - d. Ne
8. Jak často se na oddělení setkáváte s pacientem, který trpí depresivní poruchou?
 - a. 1x za týden
 - b. 1x za měsíc
 - c. 1x za 6 měsíců
 - d. Neseťkávám se
 - e. Doplňte frekvenci
9. Pokud se setkáte s pacientem, který trpí depresivní poruchou, dohledáváte si informace?
 - a. Ano, zeptám se kolegů (popř. lékaře, psychologa atd.)
 - b. Ano, hledám je na internetu, v literatuře
 - c. Ne, nemám na to čas
 - d. Ne, nezajímá mě to
10. Jak vnímáte depresivní poruchu?
 - a. Je to onemocnění jako každé jiné (např. diabetes)
 - b. Vnímám ji jako stigmatizující, kdybych ji měl/a já, tajil/a bych to před ostatními
 - c. Tuto poruchu si zapříčinil člověk sám
 - d. Nic o ní nevím, nezajímá mě
11. Se kterou definicí depresivní epizody se ztotožňujete?
 - a. Depresivní nálada po dobu maximálně 14 dní
 - b. Trvale depresivní nálada i po měsících léčby
 - c. Depresivní nálada minimálně po dobu 14 dní
 - d. Povahová vlastnost/chyba
12. Jaké jsou podle Vás příčiny depresivní poruchy?
 - a. Genetická vloha
 - b. Psychosociální zátěž
 - c. Somatické onemocnění
 - d. Všechny možnosti jsou správně
13. Označte, kdy se podle Vás začíná projevovat depresivní porucha.
 - a. Předškolní věk (4-6 let)
 - b. Školní věk (6-12 let)
 - c. Pubescence (12-18 let)
 - d. Mladší dospělost (19-35 let)
 - e. Dospělost (35-65 let)
 - f. Stáří (66 a více let)
 - g. Věk nehraje roli

14. Zahrnul/a byste depresivní poruchu mezi dědičné onemocnění?
- Ano, jedná se o dědičné onemocnění
 - Ne, toto onemocnění se vyskytuje náhodně
 - Existují genetické vlohy pro vznik onemocnění
 - Nevím
15. Která z následujících možností o příznacích depresivní poruchy podle Vás **není** pravdivá?
- Průjem/zácpa
 - Zvýšená/snížená chuť k jídlu
 - Pomalé tempo řeči až nemluvnost
 - Pouze neschopnost se radovat
 - Porucha pravidelnosti menstruačního cyklu
16. Jak přistupujete k pacientovi s depresivní poruchou, který nenavazuje slovní kontakt?
- Nechám ho být, počkám, až začne komunikovat sám, ale jsem mu na blízku
 - Opětovně navazuji kontakt, i pokud pacient nereaguje
 - Nutím ho do konverzace, jak jen to jde, musím ho „rozmluvit“
 - Pokud pacient nekomunikuje, nesnažím se o navázání kontaktu, nevšímám si ho
17. Pokud pacient mluví o touze zemřít nebo sebevraždě, jak reagujete?
- Snažím se naslouchat a hovořit o jeho problémech, zajistím odborníka
 - Pacient to většinou nemyslí vážně, proto nereaguji a dál se tím nezabývám
 - Vyslechnu ho, ale nemám dostatek času s ním mluvit o problémech
 - Nevím, jak reagovat, raději se konverzaci vyhnu úplně
 - Nevím, jak reagovat, raději změním téma konverzace
18. Jak budete pracovat s pacientem s depresivní poruchou, který se nezapojuje do aktivit běžných činností?
- Snažím se ho rozveselit
 - Povzbudím ho tím, že jsou na tom lidé hůř než on
 - Nastolím pevný řád, pacient se musí zapojit do činností jako všichni ostatní
 - Nabízím činnosti, ale nenutím ho do nich
19. Jak zvládáte komunikaci s duševně nemocným pacientem?
- Dobře, znám zásady komunikace s duševně nemocnými pacienty
 - Nejistě, potřebuji zlepšit komunikační dovednosti s pacienty s depresivní poruchou
 - Nevím, jak s pacientem s depresivní poruchou komunikovat
 - Nikdy jsem se s pacientem s depresivní poruchou neseťkal/a
20. Ovlivňuje Vás osobně nějak komunikace s pacientem s depresivní poruchou?
- Ne, komunikaci zvládám
 - Ano, mám pocit, že na mě přenáší své problémy
 - Komunikaci s depresivním pacientem se vyhýbám
 - Nikdy jsem se s ním neseťkal/a

21. Může podle Vás depresivní porucha končit i úmrtím pacienta?
- Ano
 - Ne
22. Jak vnímáte u pacientů projevy depresivní poruchy?
- Pouze na úrovni psychiky
 - Pouze na fyzické úrovni
 - Na psychické i fyzické úrovni
23. Co podle Vás platí o léčbě depresivní poruchy?
- Léčbu zahajuje vždy pouze psychiatr
 - Léčbu může zahájit i praktický lékař a dle stavu doporučí kontrolu u psychiatra
 - Farmakologická terapie antidepresivy účinkuje po týdnu pravidelného užívání
 - Dá se léčit pouze antidepresivy, psychoterapie nemá výrazný vliv
24. Jak podle Vás působí antidepresiva?
- Účinně léčí depresivní poruchu
 - Jsou návyková
 - Mění charakter člověka
 - Nevím
25. Kdo může podle Vás s pacientem uzavřít antisuicidální smlouvu?
- Pouze lékař
 - Lékař nebo všeobecná sestra
 - Jakýkoliv zdravotník
 - Důvěrná osoba (i laik)
 - Nevím
26. Máte povědomí o nějaké hodnotící škále nebo testu na zjištění depresivní poruchy či její míry?
- Ne
 - Pokud ano, uveďte prosím

.....
.....

Příloha B – Souhlas s výzkumným šetřením

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI
S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
– NEMOCNICE TÁBOR, a.s.**

Jméno a příjmení studentky: Zuzana Krátká

Úplný název vysoké školy: ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra, 3. ročník

Název bakalářské práce: Depresivní porucha v ošetrovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): lenkroup@kos.zcu.cz
tel.: 377 633 780

Cíl mé bakalářské práce:

Dotazníkovým šetřením chci zjistit informovanost všeobecných a praktických sester o depresivní poruše a přístupu k pacientům s depresivní poruchou.

Termín přípravy v Nemocnici Tábor, a.s. pro empirickou část práce:

leden, únor 2021

Kontaktní pracoviště Nemocnice Tábor, a.s. pro empirickou část:

standardní oddělení interních a chirurgických oborů

Metoda empirické části práce

Pomocí dotazníku - zasílám v příloze konkrétní obsah

Pro sběr informací, pomocí dotazníku oslovím:

Zdravotnické pracovníky Nemocnice Tábor, a.s. - Všeobecné a praktické sestry

Plánovaný počet respondentů z Nemocnice Tábor, a.s.: 100 respondentů

Mgr. Dana Podholová
hlavní sestra
Nemocnice Tábor, a.s.

Souhlasím s provedením výzkumu

Žádost podává student: Zuzana Krátká, tel.: 721 183 634, zuzanakratka@centrum.cz

V Táboře dne: 29.1.2021

Zuzana Krátká

Depresivní porucha v ošetrovatelství

Příručka (nejen) pro sestry



Úvod

Depresivní porucha je jedna z nejčastějších duševních poruch. Dnešní doba klade stále větší a větší nároky na lidstvo. S tím roste stres, který je jedním z rizikových faktorů pro vznik depresivní poruchy. Vzhledem k tomu, že se tato porucha bude pravděpodobně dostávat i dále do popředí životů mnohých z nás, je potřeba informovat veřejnost, nemocné, jejich rodiny, ale i zdravotníky.



Zdroj: vlastní

Co to je?

Depresivní porucha je **vážné duševní onemocnění**. Nesmí se podceňovat nebo bagatelizovat. Značí se patologicky smutnou náladou, trvající déle než 14 dní. Nejedná se o lenost, neochotu, chybu charakteru nebo slabost. Postihuje všechny věkové kategorie, všechny stránky běžného života a může skončit sebevraždou!



Příčiny:

Není známá konkrétní příčina této nemoci. Existuje spousta rizikových faktorů, kterým se přisuzuje příčina v kombinaci nebo i jednotlivě.

Genetické	Biologické	Psychosociální
Může být genetická predispozice, ale velkou roli hrají i vnější vlivy.	Různá onemocnění a nebezpečné látky mohou vychýlit rovnováhu nervové, hormonální a imunitní soustavy.	Vysoce rizikový je nadměrný a dlouhodobý stres, ztráta blízké osoby, atd.

Projevy:

Depresivní porucha se projevuje v psychické i fyzické rovině. Často se můžeme setkat s pojmem „**larvovaná deprese**“. Typickým příkladem je pacient, který navštíví několik lékařů s nejrůznějšími bolestmi, které nemají somatickou příčinu.

Psychické	Fyzické
<p>smutná nálada, neschopnost cítit radost, pláčivost, úzkost, únava, ztráta zájmu, zpomalenost, nízké sebevědomí, sebeobviňování se, problémy s rozhodováním, porucha spánku a soustředění se, úbytek vůle, neschopnost zvládnání běžných úkonů</p>	<p>nejrůznější bolesti, tlak na hrudi, průjem/zácpa, zvracení, nadměrná/nedostatečná výživa, ztráta chuti k jídlu (až odpor), svalová ochablost, pocení, porucha pravidelnosti menstruačního cyklu, pomalá chůze, strnulá mimika, tichá stručná a pomalá řeč</p>

Léčba:

- **Jde o léčitelné onemocnění!** U těžké a středně těžké depresivní poruchy musíme využít antidepresiva. U lehkých forem může lékař předepsat antidepresivum, ale důležitou roli má i psychoterapie, která někdy sama postačuje. Moderní antidepresiva nejsou návyková, pokud pacient dodržuje instrukce lékaře pro jejich užívání. Nástup účinků bývá 2-3 týdny.
- V ideálním případě řídí léčbu lékař z oboru psychiatrie. Nicméně ji může zahájit i lékař jiné specializace (např. praktický lékař).



Antisuicidální smlouva:

- Nejedná se o oficiální dokument. Antisuicidální smlouva se zakládá na důvěře. Jejím obsahem je příslib blízké osobě (může to být člen rodiny, přítel, ale i zdravotník), že si nemocný neublíží do chvíle, než vyhledá odbornou pomoc. Většinou má ústní formu, ale může být i písemná.

Komunikace:

- Komunikace je nejzásadnějším prvkem ovlivnění léčby. Pokud pacient odmítá komunikovat a nehybně leží, právě prožívá neuvěřitelnou trýzeň. V takovou chvíli mu nesmíte ublížit ještě více slovem! Pacient vnímá, co se kolem něj děje. Vnímá Vaše pokusy o navázání komunikace, všímá si tónu Vašeho hlasu. Slyší, co jemu, ale i o něm říkáte a ví, jak k němu přistupujete. Jen nemá sílu reagovat, sdílet své pocity, bolesti a myšlenky.
- Proto je dobré osvojit si správnou komunikaci s pacientem s depresivní poruchou. **Uvedeme si tedy pár zásad správné komunikace.**
 - **Soustřed'te se na empatický a trpělivý přístup.**
 - **Nabízejte aktivně prostor ke konverzaci!** Pacient většinou nezačne mluvit sám od sebe. Pokud s Vámi začne mluvit, naslouchejte mu, věnujte mu dostatek času. Vyjádřete pochopení. Zdůrazněte, že na nic není sám. Dejte mu najevo, že na něm záleží. Často si totiž připadají naprosto zbyteční.



- **Myšlenky nemocného berte vážně.** Nikdy je nehodnoťte, nebagatelizujte a neodsuzujte.
- **Pacienta do činností nenutíte!** Pokud ho donutíte do činnosti, na kterou si sám netroufá, pravděpodobně ji nezvládne, dostane sám sebe do výčitek a stav se zhorší.
- **Činnosti aktivně nabízejte.** Podporujte jej v činnostech, které už zvládá. Posílíte tím jeho sebevědomí.
- **Pokud si pacient nepamatuje něco, co jste mu řekli, nezlobte se na něj.** Klidně a vlídně zopakujte nejdůležitější část sdělení. Nechtějte po něm rozhodování. Podpořte vyjadřování jeho pocitů a myšlenek.
- **Pokud pacient mluví o myšlenkách na sebevraždu nebo o touze nebýt.** Berte ho vážně! Pravděpodobně volá o pomoc. Vyslechněte ho, zamyslete se s ním nad jinou možností řešení. Upozorněte lékaře. Pokud je vysoká pravděpodobnost suicidálního jednání, zajistěte pacientovu bezpečnost!
- **Nesnažte se nemocného rozveselit!** Nepovede se to! Depresivní porucha znemožňuje člověku cítit radost, což si moc dobře uvědomuje. Pokusy o rozveselení končí zhoršením stavu, protože se nemocný obviňuje za to, že nedokázal být veselý.

Zdroj: vlastní

Stigmatizace a mýty:

Dříve byli duševně nemocní jedinci společností odsuzováni. Dnes žijeme ve vyspělé době, kde by stigmatizace neměla mít místo. Duševně nemocných přibývá. Onemocnět může každý z nás a určitě by za to nechtěl být odsuzován. **Uved'me tedy pár mýtů na pravou míru.**

- **Deprese se dá zvládnout vůlí.**
 - Lehká forma depresivní poruchy se může za určitých předpokladů a za pomoci psychoterapie zvládnout vůlí. Nicméně středně těžká a těžká depresivní porucha se vůlí zvládnout nedá.
- **Depresí trpí jen slabí a neschopní lidé.**
 - Není tomu tak. Depresivní poruchou trpí i spousta slavných a úspěšných osobností.
- **Kdo to zavinil?**
 - Nikdo! Existuje celá řada spouštěčů a rizikových faktorů. Nicméně označit konkrétního viníka nelze.
- **Na psychiatrii chodí jen blázni.**
 - Psychiatrie se bohužel bojí poměrně hodně lidí. Bojí se, že ho bude okolí považovat za blázna. Na psychiatrii chodí lidé, kterým přišla do života například duševní choroba a chtějí se léčit. Měli bychom je v jejich snaze podpořit!

Zdroje:

1. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
2. LÁTALOVÁ, Klára, Dana KONČELÍKOVÁ a Ján PRAŠKO. Suicidialita u psychických poruch [online]. Praha: Grada, 2015 [cit. 14. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-4305-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/suicidialita-u-psychickych-poruch-1134/>.
3. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch [online]. Praha: Grada, 2015 [cit. 14. 8. 2020]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/stigmatizace-a-sebestigmatizace-u-psychickych-poruch-1185/>.
4. OREL, Miroslav. Psychopatologie: Nauka o nemocech duše [online]. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2016 [cit. 18. 9. 2020]. ISBN 978-80-247-5516-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychopatologie-2893/>.
5. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetrovatelství v psychiatrii [online]. Praha: Grada, 2014 [cit. 15. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-4236-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-v-psychiatrii-890/>.
6. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0859-4.
7. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.
8. SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy [online]. 2. vyd. Praha: Portál, 2012 [cit. 12. 9. 2020]. ISBN 978-80-262-0216-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychopatologie-a-psychiatrie-3225/>.
9. VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.



Zdroj: vlastní

Autor: Zuzana Krátká

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií

Sídlo fakulty: Husova 11
301 00 Plzeň

Korespondenční adresa:
Univerzitní 8
306 14 Plzeň

Tento edukační materiál byl vytvořen jako výstup pro bakalářskou práci „Depresivní porucha v ošetrovatelství“ za účelem zlepšení informovanosti praktických a všeobecných sester mimo psychiatrická pracoviště.

Březen 2021



Zdroj: vlastní