

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Bc. Martina Černá

Sociální opora u klientů psychiatrické léčebny

Diplomová práce

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

Olomouc 2011

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Sociální opora u klientů psychiatrické léčebny

Název práce v AJ: Social support for clients registered in psychiatric hospital

Datum zadání: 09-12-14

Datum odevzdání: 11-05-04

Vysoká škola: Ústav ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci

Autor práce: Bc. Černá Martina

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

Oponent práce: PhDr. Danuška Tomanová, CSc.

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce je zaměřena na zmapování míry sociální opory u klientů psychiatrické léčebny.

Teoretická část práce obsahuje tři hlavní kapitoly. První je zaměřena na sociální oporu, její definici, charakteristiku, druhy a modely opory. Dále je popsán vztah sociální opory k sociálním potřebám člověka, sociální síť a i negativní vliv sociální opory. Poslední podkapitoly jsou věnovány sociální opoře u depresivních pacientů a pojetí sociální opory v ošetřovatelství. Druhá kapitola popisuje depresi jako onemocnění, je zde zařazen i program Světové zdravotnické organizace. Je zde i popsáno, jak se chovat k depresivním pacientům. Poslední podkapitola je věnována ošetřovatelské diagnostice. Třetí kapitola definuje psychiatrickou péči, nejčastější psychiatrická onemocnění. Je zde zařazena i podkapitola o Psychiatrické léčebně Brno – Černovice, o formách ošetřovatelské péče a hospitalizace.

Cílem práce bylo zmapovat míru sociální opory u klientů psychiatrické léčebny. Míra sociální opory byla zmapována pomocí standardizovaného dotazníku. Nebyl prokázán signifikantní rozdíl v míře sociální opory mezi skupinou pacientů a skupinou kontrolní.

Abstrakt v AJ: The project is focused on findings a social support for patients registered

in psychiatric hospital.

The theory part is divided into three main chapters and their subheads. The first one talks about social support, its definitions, characteristics and samples. Furthermore there is description of relations between human needs and positive and negative social network. And the last subhead is about depressive patients with a social support and its function for a nursing. The second chapter describes a depression as a disease. What more it includes the program, which is called The World Health Organisation, or how to behave to people with a mental illness. The last chapter defines a nursing diagnosis, the most common psychiatric diseases. For instance The Hospital of Psychiatry – Brno Černovice and its forms of psychiatric care and hospitalization.

The aim was to map the degree of social support for clients of psychiatric hospitals. Degree of social support was mapped using a standardized questionnaire. There was no significant difference in levels of social support among the group of patients and the control group.

Klíčová slova v ČJ: sociální opora, sociální síť, psychiatrická péče, ošetrovatelská péče v psychiatrii, deprese, Zdraví 21

Klíčová slova v AJ: social support, social network, psychiatry care, nursing care in psychiatry, depression, Health 21

Rozsah: 66 stran, 2 s. příloh

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D. a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

Současně souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne 4. 5. 2011

.....

Podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a za projevenou trpělivost při zpracování práce.

Děkuji také, hlavní sestře Psychiatrické léčebny Brno - Černovice, paní Marii Liškové, za pomoc při organizování výzkumného šetření.

Dále děkuji také klientům Psychiatrické léčebny v Brně a ostatním účastníkům výzkumného šetření za ochotu a spolupráci.

OBSAH

ÚVOD	8
1 SOCIÁLNÍ OPORA	10
1.1 Definice sociální opory	10
1.2 Charakteristika sociální opory	10
1.3 Druhy sociální opory	12
1.4 Modely sociální opory	13
1.5 Sociální opora a její vztah k sociálním potřebám člověka	15
1.6 Sociální síť	15
1.7 Sociální opora jako negativní faktor	16
1.8 Sociální opora u depresivních pacientů	17
1.9 Sociální opora v ošetrovatelství	19
2 DEPRESE	21
2.1 Základní informace o depresi	21
2.2 Program Zdraví 21	25
2.3 Jak se chovat k člověku s depresí	27
2.4 Ošetrovatelská diagnostika	29
3 PSYCHIATRICKÁ PÉČE	33
3.1 Nejčastější psychiatrická onemocnění	33
3.2 Psychiatrická léčebna Brno – Černovice	34
3.3 Formy ošetrovatelské péče	35
3.4 Formy hospitalizace	36
4 CÍLE A HYPOTÉZY DIPLOMOVÉ PRÁCE	37
5 METODIKA PRÁCE	38
5.1 Zdroje odborných poznatků	38

5.2 Použitá metoda výzkumného šetření	38
5.3 Organizace výzkumného šetření	39
5.4 Charakteristika souboru respondentů	40
5.4.1 Charakteristika souboru respondentů – klienti PLČ	40
5.4.2 Charakteristika souboru respondentů – kontrolní skupina	41
5.5 Zpracování výsledků výzkumného šetření	42
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	43
6.1 Interpretace výsledků k cíli a hypotéze 1	43
6.2 Interpretace výsledků k cíli a hypotéze 2	46
6.3 Interpretace výsledků k cíli a hypotéze 3	48
6.4 Interpretace výsledků k cíli a hypotéze 4	50
DISKUSE	51
ZÁVĚR	55
SEZNAM LITERATURY	57
SEZNAM ZKRATEK	62
SEZNAM TABULEK	63
SEZNAM GRAFŮ	64
SEZNAM PŘÍLOH	65
PŘÍLOHY	66

ÚVOD

Dnešní uspěchaná doba s sebou přináší i určitá nežádoucí rizika. Jedno z nich představuje i odcizení od přátel a rodiny. Lidé často spěchají, honí se za něčím, co nemá smysl a když se ohlédnou zpět, najednou zjistí, že jsou sami. Samotu si většinou uvědomí, až když je pozdě, když si potřebují s někým promluvit, poradit se.

Protože je člověk tvor společenský, jeho blízcí a přátelé mají nenahraditelné místo v jeho životě. Lidé nemusí mít za každou cenu kontakt se společností, každý z nás občas potřebuje „oddych“ od rodiny, přátel i cizích lidí, které běžně potkává na ulici. Je přirozené, že člověk chce být někdy sám. Ale nic se nemá přehánět. Proto sociální opora hraje v životě lidí velkou roli. A jen málokdo z nás si připouští, jak je pro nás společenské prostředí důležité.

Pod pojmem sociální opora, si většinou vybavíme naši rodinu a nejbližší přátelé. Ale to není zdaleka výčet všech zdrojů poskytování opory. V těžké životní situaci, to nemusí být jen rodina nebo přátelé, kdo nám pomohou, může se jednat i o cizí osoby, stát... Křivohlavý uvádí, že: „Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje (Křivohlavý, 2001, s. 74).

Téma diplomové práce bylo zvoleno z přesvědčení, že se jedná o oblast, která není až tak známá zdravotnickému personálu, a ani občané nemají mnoho informací o tom, co si představit pod pojmem sociální opora. Důležitost a pevnost sociálních vazeb se většinou ukáže, až když člověk např. onemocní, ztratí zaměstnání nebo se ocitne v jiné pro něho nepříznivé situaci. Jak říká jedno staré přísloví: „V nouzi poznáš přítele.“

Záměrně jsem si vybrala toto téma, jehož cílem bylo zjistit sociální oporu u klientů psychiatrické léčebny. Právě lidem, kteří trpí psychiatrickým onemocněním, se tato forma pomoci nedostává. Na vině je i určité stigma, které nám říká, abychom se lidem s duševními problémy spíše vyhýbali, než jim podali pomocnou ruku. Protektivní vliv sociální opory na zdravotní stav člověka prokazuje mnoho studií (Mrvová, 2010, Chung, Hsiung, 2009, Kebza, Šolcová, 2003, Křivohlavý, 2001, Cohen, Underwood, Gotlieb, 2000, Peirce, Frone, Rusell, Cooper, Mudar, 2000, Kebza, Šolcová, 1999). V České republice se

problematikou sociální opory zabývají především autoři Kebza, Šolcová, Mareš, Křivohlavý. Snahou bylo vytvořit ucelenou práci, která by vám podala přehledné informace o dané problematice.

Teoretická část práce je zaměřena nejen na sociální oporu, ale také na depresi, která je často spojena s nedostatkem či nadbytkem sociální opory. V práci je také uvedeno, že sociální opora nemusí mít vždy kladný vliv na zdraví člověka. Můžeme se setkat i s negativními účinky, a to především tehdy, je-li sociální opora poskytována nevhodným způsobem. Do této části je také zařazena kapitola o psychiatrické péči.

Praktická část je zaměřena na cíle diplomové práce, ověřování hypotéz, metodiku a organizaci výzkumného šetření. Snahou bylo, aby interpretované výsledky byly co možná nepřehlednější a nejsrozumitelnější, proto jsou uváděny v přehledných tabulkách a grafech.

1 SOCIÁLNÍ OPORA

1.1 Definice sociální opory

Gottlieb (in Křivohlavý, 2002, s. 341) uvádí, že: „Sociální oporu je dobré vidět jako **sociální proces**, který je výrazem autentického osobního vztahu dvou osob, případně určité skupiny lidí. Ne ledajakého vztahu, ale vztahu přátelského, který je charakterizován vzájemnou důvěrou a důvěryhodností, přilnutím, sociální blízkostí, solidaritou a sdílením, charakterizujícím vzájemnost. Je to právě takto charakterizovaný přátelský vztah, který dává (verbálnímu i nonverbálnímu) chování a jednání význam subjektivně vnímané ochoty pomoci v případě potřeby. Ukazuje se, že to je právě tento význam, který je důležitý pro efektivní sociální oporu.“

Dle Hartla a Hartlové je sociální opora: „Vztahová opora v okolí člověka, tvořena partnerem, rodinou, přáteli, případně členy komunity, svépomocné skupiny, terapeutické skupiny, zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít i životní prohry a krize považované za pilíř duševního zdraví (Hartl, Hartlová, 2010, s. 367).“

Sociální opora je definována jako existence nebo dostupnost, blízkost osob, které k nám mají vztah, které mají o nás starost, cení si nás a mají nás rády. Pozitivní sociální vazby ulehčují přežití, adaptaci na nepříznivé prostředí a mají vliv na udržení celkového zdraví (www.ksocp.info/UserFiles/UPZ.doc).

Křivohlavý v další definici uvádí, že: „Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje (Křivohlavý, 2001, s. 74).“

1.2 Charakteristika sociální opory

V mnoha výzkumech se ukázalo, že sociální opora je komplexní jev. V roce 1984 Bruhn a Philips představili shrnutí poznatků o sociální opoře:

- Sociální opora je dynamický proces, forma a úroveň se mění v čase.
- Musíme současně respektovat interakční, kvalitativní a kvantitativní dimenzi opory.
- Vnímaná dosažitelnost a potřebnost sociální opory je významným faktorem.
- V různých životních cyklech a situacích se mění úroveň opory.
- Sociální opora je přirozenou součástí každodenního života, její potřeba roste vlivem stresu.
- Vnímání dosažitelnosti a potřebnosti se mohou měnit na úrovni psychické, fyzické, sociální.
- Každý by měl být schopen definovat ze systémového hlediska svoji sociální oporu.
- Se sociální oporou jsou spojeny jak pozitivní, tak i negativní účinky.
- Sociokulturní faktory by měly být brány v úvahu při měření úrovně sociální opory.
- Výzkum by měl být soustředěn na podstatu účinku sociální opory.
- Důležité je realizovat dlouhodobé studie, které zahrnují psychosociální a biologická data, ke zjištění průběhu opory v hodnotách populace (Šolcová, Kebza, 1999, s. 26 – 27).

Jestliže má mít člověk z přijímané sociální opory prospěch, musí vykazovat řadu charakteristik, mezi které patří:

- Neměla by člověka k něčemu nutit.
- Poskytovatel sociální opory by neměl druhému člověku pomáhat z povinnosti.
- U příjemce sociální opory by měla vést k sebeocení a sebehodnocení.
- Umožnit vzájemnost mezi oběma aktéry.
- Měla by odstraňovat dojem trvalého, pevného, neměnného zaujímání rolí.
- Příjemce sociální opory by měl mít pocit, že lépe zvládá zátěžové situace.
- Měla by přinášet příjemci sociální opory více svobody, volnosti.
- Příjemce opory by neměl mít pocit, že je poskytovateli sociální opory na obtíž (Křivohlavý, 2002, s. 342).

1.3 Druhy sociální opory

J. House (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 25) rozlišil čtyři složky obsahu sociální opory:

1) Emocionální – jednou ze základních charakteristik člověka je jeho sociální připoutanost k druhému člověku. Příkladem tohoto druhu je vztah mezi dítětem a matkou, čím je dítě menší, tím výrazněji a naléhavěji je k matce připoutáno, ale i matka je připoutána k dítěti. Člověk se stává nervózním, nespokojeným až nešťastným, když nemá člověka, kterému by se svěřil se svým trápením.

2) Informační sociální opora – nikdo nezná vše, ale jsou situace, kdy se stydíme přiznat, že něco nevíme a rádi bychom to věděli. Jde o to, že v rámci naší sociální sítě jsou lidé, na které se můžeme obrátit s žádostí o různé informace.

3) Hodnotící opora – Ve styku člověka s člověkem jde i o vzájemné sdělení o tom, za koho jeden druhého považuje. Zda si mne váží, a zda já mám k danému člověku úctu. Hodnocení může probíhat i beze slov například úsměvem, pohledem, anebo také posměchem, úšklebkem... Naše sebevědomí je tak posilováno, nebo oslabováno, můžeme pak hovořit o evalvací (zvyšování subjektivní hodnoty druhé osoby) a o devalvací (snižování osobní hodnoty druhé osoby). Každý z nás chce být uznávaný druhou osobou. Tam kde sociální opora dobře funguje, se nám dostane uznání od přátel, i když se jistá osoba snaží naše sebevědomí snižovat. Ale na druhou stranu je dobré si uvědomit, že přátelé nás nemusí pokaždé uznávat a chválit.

4) Instrumentální – touto oporou se vyjadřuje nejreálnější forma pomoci. Jedná se především o poskytnutí materiální a finanční pomoci vyhrocené nouze, naléhavé potřeby. Tento druh sociální opory zahrnuje i činnosti různého druhu, např. kolegyně zastoupí jinou kolegyni v práci, když musí naléhavě odejít (Šolcová, Kebza, 1999, s. 25, Křivohlavý, 2001, s. 75).

Schwarzer a Leppinová (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 25) doplňují Housovo dělení sociální opory o **hmotnou oporu a oporu sebevědomí**.

Šolcová a Kebza uvádí, že: „Ganster a Bart dělí sociální oporu na **strukturální** (sleduje zvl. formální charakteristiky sociálních vazeb, jako, např. stav, členství ve formální

skupině, společenské role) a **funkční** (vystihuje kvalitu sociálních vztahů), (Šolcová, Kebza, 1999, s. 25).“

Je třeba také sociální oporu dělit na **individuální a institucionální**, nebo-li také **společenskou**, dle toho zda zdrojem pomoci je člověk nebo instituce. Velmi důležitým druhem dělení je rozlišení sociální opory na:

1) anticipovanou (očekávanou) – je primárně reflexí sociálního prostředí, reprezentuje obecný pocit jedince, že o něj druzí lidé jeví zájem a v případě nouze mu i pomohou. Podle Greenglasové a kol. (in Kebza, Šolcová, 1999, s. 28) v sobě očekávaná sociální opora zahrnuje výměnu informací, které vedou k přesvědčení jedince, že na něm druhým záleží. Je řazena mezi zdroje zvládnání stresu.

2) získanou – tato opora představuje pomocné transakce (materiální, emocionální povahy...), jichž se člověku opravdu dostalo. Tato opora je založena na konkrétní zkušenosti dané situaci. Získaná sociální opora je součástí procesu zvládnání stresu. Tato opora by měla splňovat určitá kritéria, ale především by měla vyhovovat příjemci (Šolcová, Kebza, 1999, s. 26 - 28).

Dle Laireitera et al. (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 28) lze osoby, které poskytují sociální oporu rekrutovat z rodiny a přátel, z osob, které mají společné charakteristiky (věk, pohlaví...), z osob, které znají příslušný stresor a jeho kontext s danou situací.

1.4 Modely sociální opory

Kebza, Šolcová uvádějí dva hlavní modely účinku sociální opory dle Bakaly:

1. Nárazníkový („buffering“) model

Sociální opora má pozitivní vliv na zdraví člověka tehdy, je-li jedinec vystaven působení stresu. U tohoto modelu se předpokládá rychlejší vznik nemoci u osob s vyšší úrovní stresu a nižší mírou sociální opory.

2. Model přímého účinku

Podle tohoto modelu má sociální opora protektivní vliv na zdraví lidí bez ohledu na to, zda jsou nebo nejsou jedinci vystaveni stresu. Nejvyšší míru výskytu zdravotních

důsledků lze předpovídat u osob s nízkou sociální oporou, nezávisle na vlivu působení negativních událostí (Kebza, Šolcová, 1999, s. 21 - 22).

V několika studiích byl zkoumán vztah sociální opory a zdravotního stavu. Například ve Framingham Heart Study. Tato studie se věnovala působení negativních vlivů na srdeční činnost. Výsledkem této studie bylo zjištění, že ženy, které žily v nešťastném manželství, trpěly častěji kardiovaskulárními nemocemi. Studie, ve kterých byla sledována vyšší míra dlouhodobého stresu na rozvoj civilizační nemoci, prokázala, že u lidí s nízkou úrovní sociální opory se častěji objevují civilizační (stresové) choroby, než u jedinců, kteří měli vyšší míru sociální opory. Dále byl sledován i vzájemný vztah mezi mírou sociální opory a psychickým zhroucením. Brown, Brolchain a Harris (in Křivohlavý, 2001, s. 108) pozorovali ženy, které si prošly těžkým životním otřesem. Závěr studie zněl, že ženy, které měly vyšší míru úrovně sociální opory, se lépe vyrovnaly s následky nepříznivé životní situace než ty, které měly nízkou míru sociální opory. Ženy s nízkou úrovní sociální opory po velmi nepříjemném zážitku byly často hospitalizovány na psychiatrii (Křivohlavý, 2001, s. 107 – 108).

Řada studií zkoumala rozdílnosti v sociální opoře u mužů a žen. V jedné ze studií (Helsing, Szklo, Comstock in Křivohlavý, 2001, s. 109), ve které byl zkoumán zdravotní stav mužů a žen v manželství, se zjistilo, že vdovci měli vyšší úmrtnost než stejně staří ženatí muži. Svou roli sehrála i skutečnost, jestli se ovdovělí muži znovu oženili, ti kteří ano, tak žili déle než ti, kteří zůstali po smrti manželky sami. Toto tvrzení se však nepotvrdilo u žen. Schwarzer a Leppinová (in Křivohlavý, 2001, s. 109) uvádějí, že ovdovění je rizikovým faktorem pro obě pohlaví, ale pro muže mnohem více. Za mimořádně rizikové období se považuje prvních 6 měsíců po úmrtí manželky. Tento fakt si vysvětlují tím, že ženy mají obecně mnohem širší a intenzivnější sociální kontakty s jinými ženami. Více se stýkají se svými dětmi, vnoučaty, pravnoučaty. Muži žijí po ovdovění spíše v izolaci. Muži tak mají i větší sklon k depresi v tomto období, zvýšeně konzumují alkohol, izolují se od přátel. U většiny těchto mužů se začnou projevovat kardiovaskulární nemoci (Křivohlavý, 2001, s. 109).

1.5 Sociální opora a její vztah k sociálním potřebám člověka

Člověk jako živá bytost má potřeby biologické, psychické, duchovní a sociální. Neuspokojení sociálních potřeb může u daného člověka vést k žádosti o sociální oporu, a naopak uspokojené sociální potřeby se mohou stát měřítkem účinnosti poskytované sociální opory. Sociální potřeby:

- potřeba afiliace – styku s druhými lidmi, společenského kontaktu;
- přátelského vztahu - připoutání;
- potřeba sociální vzájemnosti – někdo o nás bude pečovat, o někoho pečovat;
- sociální komunikace;
- potřeba sociálního srovnávání – soutěžení;
- spolupráce – kooperace;
- potřeba zajištění sociálního bezpečí – ochrana před útoky druhých lidí;
- sociální zařazení – patřit do nějaké skupiny;
- potřeba sociální identity – být „někým“ v dané skupině;
- potřeba kladného sociálního hodnocení – potřeba lásky, být milován, uznáván (Křivohlavý, 1999, s. 112).

1.6 Sociální síť

Sociální síť je používána k charakteristice sociálních vazeb mezi lidmi. Ch. Tardy (in Kebza, Šolcová, 1999, s. 26) označil jako hlavní zdroj sociální opory právě sociální síť, zahrnující jednotlivé složky, díky kterým je efekt sociální opory realizován. Ve vztahu k jedinci se může sociální síť uplatňovat pozitivně, negativně nebo indiferentně. U sociální sítě rozlišujeme její **hustotu, reciprocitu, složení dle různých kritérií – věk, zájmy, pohlaví, stabilitu v čase, homogenitu**. Je prokázáno, že menší sítě se silnými vazbami, vysokou hustotou a vysokou homogenitou jsou velmi prospěšné pro udržení identity jedince. Když se zamyslíme nad vztahem sociální sítě a sociální opory, dojdeme k závěru,

že rozhodující roli má především kvalita sociálních vztahů a vazeb, jejich reciprocita, intenzita a bohatost (Šolcová, Kebza, 1999, s. 26).

V rámci výzkumu sociální opory byla v roce 2000, v České republice (ve 26 okresech) získána dotazníková data od souboru 2638 účastníků šetření, 1214 žen a 1424 mužů, ve věku 18 – 75 let. Z výzkumu vyplynulo, že anticipovaná sociální opora se liší podle povolání, nejlépe ve výzkumu dopadli vysokoškolští odborníci (lékaři, právníci, učitelé...) a jedinci pracující nemanuálně (úředníci, techničtí odborníci...). Lidé, kteří se chovají během svého života odpovědně, snaží se řídit svůj život, získávají lépe od druhých sociální oporu. Co se týče sociálních kontaktů s rodinou, tak ženy mají větší tendence scházet se svými příbuznými. Nejvíce kontaktů s rodinou je mezi vdanými ženami a ženatými muži. Zajímavé bylo zjištění, že zde nehrál roli počet dětí. Oproti tomu svobodní respondenti se více scházejí s přáteli. Nejméně se s lidmi stýkají vdovy/vdovci. Starší lidé mají s postupujícím věkem více problémů ve společenských vztazích než mladí jedinci. Příčinou je především ubývající počet členů sociální sítě a horší navazování nových vztahů. Dále bylo prokázáno, že s nárůstem životních událostí, roste i kontakt s přáteli. To, že ženy získávají snadněji sociální oporu, je v literatuře zmíněno autory, jako jsou Mickelson, Helgeson, Wiener, 1995; Lu, 1997; (in Kebza, Šolcová, 2003, s. 226). Ženy také při různých stresových událostí vyhledávají sociální oporu více než muži. Muži i ženy se při hledání sociální opory více orientují na podporu poskytovanou ženami.

V literatuře bývá někdy uváděn i pojem „supportive network“ – jedná se o souhrn podpůrných vzájemných vztahů, které jsou zaměřené na určitého jedince (zdravotníci – pacient, rodiče – dítě), (Šolcová, Kebza, 1999, s. 26).

1.7 Sociální opora jako negativní faktor

V literatuře je věnována větší pozornost pozitivnímu vlivu sociální opory, teprve v posledních letech se objevují práce, které poukazují na negativní vliv sociální opory, a díky těmto pracím, je sociální opora analyzována komplexněji. Úvahy o možných negativních důsledcích sociální opory se začaly objevovat nejdříve v rámci poskytované sociální opory. Poskytovaná pomoc, může vést u člověka k negativním reakcím, a to zejména tehdy, jestliže je:

- v rozporu s jeho představou o vlastní autonomii;
- ohrožuje jeho sebeúctu;
- v rozporu s představami jedince o správném chování;
- riziko znevážení;
- lidé bezmocní;
- v rozporu s potřebami jedince (Šolcová, Kebza, 1999, s. 29).

Důsledkem takové pomoci je pak pocit viny, úzkosti, závislosti. Důsledky se však netýkají pouze příjemců péče, ale mohou se vyskytovat i u poskytovatelů sociální opory, kdy se objevuje především pocit zatížení, břemene, frustrace až syndrom vyhoření – tuto skutečnost dokazují i případy dcer, které se vyčerpáním hrouťí dříve než jejich chronicky nemocná matka nebo otec. Díky těmto výzkumům se zrodily studie, které jsou označovány termínem **pomoc pomocnicím** (Šolcová, Kebza, 1999, s. 29, Křivohlavý, 2001, s. 110).

Příkladem negativní pomoci, je například nadměrná péče o staré lidi. Kdy se poskytovatel opory snaží udělat vše za seniora. Díky takovéto pomoci je pak starý člověk vyřazen z péče o sebe sama, což má i další negativní dopad na jeho sebepojetí a sebehodnocení (self-esteem). Přitom schopnost člověka sám se o sebe postarat je jedním z důležitých faktorů kvality života (Křivohlavý, 2001, s. 111).

S nevhodnou formou pomoci se setkáváme všude tam, kde forma sociální opory neodpovídá potřebám příjemce opory. Názorně si můžeme představit situaci, kdy si myslíme, že hlavní starostí umírající ženy je bolest, a proto ji dostatečně tlumíme. Naše představa se však od pacientčiny liší, jelikož ona má strach především o to, co bude s jejími dětmi. Nejčastější formou nepochopení mezi lidmi je odlišnost v jejich představách o tom, co bylo žádoucí, potřebné a nutné. Můžeme se pak setkat se situacemi, kdy lidé marně čekají na určitý projev sociální opory a bohužel se ho nedočkají. Tento zážitek se pak samozřejmě projeví i na jejich psychice (Křivohlavý, 2001, s. 111).

1.8 Sociální opora u depresivních pacientů

Pro pacienty, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrické léčebně, nebo pouze docházejí do psychiatrické ambulance, je velmi důležitá podpora jejich sociálního okolí. Nemusí se

jednat pouze o pacienty s depresivními poruchami, ale i o jedince, kteří trpí jinými psychiatrickými chorobami. Rozhodující vliv má zde kvalita partnerského vztahu. Nejen sociální opora je zde důležitá, ale významnou roli hraje také sociální zátěž, která je na člověka kladena, a důsledkem potom může být vývoj depresivní symptomatologie (Rahn, Mankopf, 1999, s. 243).

Depresivní pacienti uvádějí, jak je pro ně důležité, že i přes hospitalizaci, neztratili kontakt se svými příbuznými, přáteli. Je tedy velmi důležité, aby i na začátku léčby trval lékař na sociálním kontaktu mezi pacientem, jeho rodinou, přáteli, i když sám pacient návštěvy odmítá (Rahn, Mankopf, 1999, s. 242).

V mnoha studiích byl zkoumán vztah mezi depresí a sociální oporou. V roce 1987 C. K. Holahan a C. J. Holahan (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 23) prokázali na vzorku starších probandů pozitivní vliv sociální opory na vznik a rozvoj deprese. Došlo se k závěru, že sociální opora působí přímo jako preventivně protektivní faktor vůči depresi. Dean a Ensel v New Yorku (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 23), v roce 1982 identifikovali v případě nepříznivých životních událostí sociální oporu jako nejvýznamnější prediktor deprese u obou pohlaví, ve věku 17 – 70 let. Druhým nejlepším prediktorem deprese v této studii byl označen smysl pro osobní kompetenci. Nízká úroveň osobní kompetence dle této studie vedla k nízkému stupni sociální opory a ke vzniku deprese. Další závěr této studie byl, že vznik a rozvoj deprese u žen byl nepřímo ovlivněn úrovní sociální opory. U české populace byla také zkoumána sociální opora a její vztah k depresi. V roce 1994 Pechačová et al. (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 23) zkoumali vliv sociální opory na vznik deprese u mužů, závěr studie zněl, že sociální opora má protektivní vliv na depresivní poruchy u mužů. Hraba, Lorenz, Pechačová v roce 1997 (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 23) došli k závěru, že nedostatek sociální opory vedl ke vzniku deprese především u mužů – seniorů. Na další významný faktor v této oblasti upozornil v roce 1992 Bakal (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 23), jednalo se o rodinný stav (zda je člověk svobodný, rozvedený, ženatý). Rodinný stav bývá často užíván jako **index sociální opory**. Bakal poukázal na to, že na psychický a sociální stav člověka má význam také to, zda je manželství šťastné, či nikoliv. Protože osoby, které v manželství trpí, jsou pod značným stresem. Proto například Sarason chápe sociální oporu jako moderátor stresu (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 23).

Z longitudinálního modelu sociálního kontaktu, sociální opory, deprese a užívání alkoholu autorů Peirce et al. z roku 2000 je zřejmé, že sociální opora je výrazným

protektivním faktorem v oblasti sociálního kontaktu. V tomto modelu bylo rovněž prokázáno, že deprese negativně ovlivňuje sociální oporu (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10711585>).

Další studie zkoumala kvalitu života pacientů, kteří trpí depresemi. Soubor obsahoval celkem 237 respondentů, kteří se léčili v psychiatrické ambulanci univerzitní nemocnice na severu Taiwanu. Zkoumány byly především ženy (74,3%) s alespoň středoškolským vzděláním (79,7%), průměrným věkem 46,95 let a žijící s rodinou (87,3%). Došlo se k závěru, že sociální opora ovlivňuje míru deprese a kvalitu života přímo i nepřímo (www.medline.cz).

Pro starší jedince je hlavní význam manželství především v tom, aby měli někoho na blízku, komu mohou důvěřovat, na koho se mohou spolehnout. Ve studii, kterou provedli Oxman, Berkman, Kasl, Freeman, Barret v roce 1992 (in Křivohlavý, 2001, s. 110), sledovali dva tisíce lidí starších 65 let. Výsledek studie zněl, že jedinci, kteří mají vyšší míru sociální opory, mají i nižší riziko vzniku deprese. Dále se zjistilo, že u lidí, kteří neměli nikdy důvěrné přátele, je zdravotní stav mnohem horší, než u jedinců, kteří přátele měli. Zároveň studie ukázala, že úroveň sociální opory u dlouhodobých přátel je vyšší než u přátel, které člověk poznal nedávno.

1.9 Sociální opora v ošetřovatelství

Křivohlavý uvádí, že: „Sociální opora jak pacientů či pacientek, tak ošetřovatelů či ošetřovatelek může být výrazným faktorem při zvládnání životních těžkostí.“ Definice sociální opory byly uvedeny již na začátku práce, ale ve všech těchto definicích, je především důležitý pojem **„člověk v zátěžové situaci.“** Člověk v průběhu svého života stále usiluje o integritu, jednotu, celistvost tím, že se přizpůsobuje různým náročným životním situacím. Každý z nás má jinou představu o tom, co je zátěžová, neboli stresující situace. Může se jednat například o akutní či chronickou nemoc, o nesnesitelnou bolest nebo nejistotu, o fyzickou nebo psychickou vyčerpanost. Člověk může cítit, že i role pacienta, je pro něj určitý stres, zátěž. Do této kategorie patří ale i situace, které vyplynou z pacientova vztahu jak ke zdravotní péči, tak k jeho rodině, práci... (Kohoutek a kol., 1998, s. 73, Křivohlavý, 2001, s. 74).

Na druhou stranu nejen pacient je stresován vzniklou situací, ale i ošetrovatelský personál to nemá lehké. Jedná se především o nadměrný nával práce, časový stres, může docházet i k chybné sociální komunikaci mezi spolupracovníky, nadřízenými (Křivohlavý, 2001, s. 74).

Pacienti i ošetrovatelský personál mohou být stresováni navzájem, například může dojít k nesprávnému porozumění, k rozporům, k projevům nadřazenosti, neochoty vyjít si navzájem vstříc. Všechny neshody znemožňují vytvoření partnerského vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Zdravotník by měl být pacientovi oporou při zvládnání jeho boje s nemocí (Křivohlavý, 2001, s. 74).

2 DEPRESE

2.1 Základní informace o depresi

Hartl a Hartlová uvádí, že deprese je: „Chorobný smutek; duševní stav s převládajícími pocity smutku, skleslosti, nerozhodnosti, narůstajícího tlaku, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmu a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem; tento stav je chorobný, jestliže nepřiměřeně dlouho trvá nebo má nepříznivý vliv na lidské chování (Hartl, Hartlová, 2010, s. 93).“

Deprese je závažné onemocnění, které významně ovlivňuje kvalitu života člověka, tak i jeho délku (sebevraždy). Za příčiny deprese jsou považovány faktory biologické a psychosociální. Na vzniku depresí se podílejí rodinné predispozice, mezi další faktory, které podmiňují vznik deprese, řadíme zejména stresující zážitky a prostředí. Mezi stresující zážitky můžeme zařadit například úmrtí partnera, smrt dítěte, rozvod, ztráta zaměstnání, narození dítěte, nebo naopak odchod dětí z rodiny, sociální izolace, nižší vzdělání, zneužívání návykových látek, nemoc a jiné. Důležitou roli hraje také sebevědomí, lidé s nízkým sebevědomím a pesimismem jsou daleko více ohroženi možností výskytu deprese než ostatní (Praško a kol., 1997, s. 17, Bouček a kol., 2006, s. 97, 104, 108, Kebza, Paclt, 2002, s. 64).

Oproti jiným psychiatrickým onemocněním je incidence deprese v populaci mnohem vyšší. Deprese postihuje až 10 % obyvatelstva. Všeobecně je udáváno, že velkou depresí onemocní 8 – 11 % mužů a 18 – 23 % žen. Přitom hospitalizaci v lůžkových psychiatrických zařízeních vyžadují 3 % mužů a 6 % žen. Velmi znepokojující je počet pacientů, kteří udávají výskyt sebevražedných myšlenek (až 2/3), 10 – 15 % pacientů s depresí sebevraždu opravdu spáchá. Celosvětově byl nejmenší počet depresivních osob zjištěn v Japonsku (konkrétně Nagasaki) a v Číně (Shanghai) – 1 - 2 %, nejvyšší výskyt deprese byl zaznamenán v Santiagu, hlavním městě Chile – 27,3 %, dále pak v Brazílii – 18,3 %. Ve Velké Británii, Francii, Holandsku byla zjištěna prevalence deprese

12 – 15 % (Raboch, Pavlovský, 2001, s. 93, Bouček a kol., 2006, s. 97, 104, 108, Preis, 2008, s. 14, <http://www.solen.cz>).

Bouček a kol. uvádí dělení deprese takto:

1) Dle závažnosti (závažnost je určována pomocí Hamiltonovy psychiatrické stupnice pro posuzování deprese)

- **lehká** HAMD 8 – 17 (2 – 3 příznaky);
- **středně těžká** HAMD 18 – 25 (4 a více příznaků);
- **těžká** HAMD 26 → (větší příznaky, tzv. psychotický stupeň);

2) Dle trvání příznaků

- < 14 dní – jedná se o tzv. krátkou depresivní poruchu;
- > jak 2 týdny – lehká, středně těžká a těžká deprese;
- > jak 2 roky – jedná se o chronickou formu;

3) Dle průběhu

- Unipolární depresivní afektivní poruchu;
- Bipolární afektivní poruchu;
- Periodickou afektivní poruchu;
- Trvalé poruchy nálad – cyklotymie, dystymie;

4) Dle charakteru převládajících příznaků

- útlumové – zpomalená řeč i reakce, psychomotorický útlum;
- úzkostné – v popředí se objevuje úzkost, neklid až vzrušení, zoufalství;
- atypické ;
- larvované – v popředí se vyskytují tělesné obtíže jako únava, nechutenství, hmotnostní úbytek, svírání na hrudi, zácpa, sucho v ústech... (Bouček a kol, 2006, s. 97 – 98).

Praško dělí deprese na:

1) Velkou depresivní poruchu – objevuje se kombinace příznaků, které výrazně postihují schopnost pracovat, spát, jíst.

2) Dystymie – jedná se o méně závažný typ deprese. Příznaky jsou většinou trvalejšího charakteru, často i roky. Omezují plné zapojení a prožívání příjemných aktivit.

3) Maniodepresivní poruchu (bipolární porucha) – objevují se jak stavy deprese, tak i mánie nebo povznesené nálady.

4) Sezonní afektivní poruchu – u některých lidí se objevuje deprese každý rok v podzimních a zimních měsících, často se objevuje větší chuť na sladké, přibývání na váze, zvýšená spavost (Praško a kol, 1997, s. 13 – 14).

Depresivní porucha představuje velmi pestrý obraz specifických projevů chování, pocitů, emocí, tělesných potíží a pohledů na sebe. V symptomatologii převládá smutná nálada, rozladění, lidé mají pocit, že se jim nedaří, pocity neúspěchu. Lidé jsou dále méně aktivní, často nemají chuť do práce, přestávají se zajímat o své koníčky, spíše doma polehávají, sledují televizi, ostatní činnosti jsou pro ně příliš namáhavé. Často dochází i ke vzniku konfliktů mezi manželi. Lidé se cítí osamělí, nemilovaní, ale na druhou stranu se druhým lidem vyhýbají. Někteří pacienti mají pocity viny, myslí si, že jsou na obtíž, stydí se za svou nemoc. Velkým problémem je nedostatek energie a únava, dále se vyskytují poruchy spánku různého druhu – předčasné ranní probouzení nebo spavost během dne, netěší je jídlo, hubnou, nebo se naopak přejídají a narůstá hmotnost. Často nedbají o svůj vzhled, snižuje se množství gest, lidé jsou málomluvní, dlouho jim trvá odpověď. Mezi další příznaky řadíme i bolesti hlavy, žaludku, břišní potíže, nezájem o sex (Praško a kol, 1997, s. 14 – 15, Benson, 2004, s. 164, Doubek et al., 2007, s. 18).

Diagnóza deprese je z velké části založena na subjektivních prožitcích nemocného člověka. To ovšem neznamená, že se pacient sám označí za nemocného. Je známo, že až polovina lidí, trpících depresí, kteří jsou v péči praktického lékaře, jsou špatně diagnostikováni. Děje se tak proto, že jak nemocný, tak i lékař nemluví rádi o psychotických problémech, diagnostika je spíše zaměřena na zjištění a pochopení tělesných obtíží. Proces rozlišení depresivní poruchy bývá často komplikován díky častým komorbiditám s úzkostnými poruchami a zneužíváním návykových látek. K hodnocení deprese používáme diagnostické metody, které mohou především kvantitativně určit hloubku deprese. Metody zahrnují jak hodnocení samotným pacientem, tak hodnocení druhou osobou. Mezi nejznámější metodu hodnocení deprese druhou osobou patří Hamiltonova depresivní škála, mezi sebehodnotící škály řadíme např. Beckovu posuzovací škálu deprese (Rahn, Mankopf, 1999, s. 228 – 229, Raboch, Pavlovský, 2001, s. 95, Příkryl, 2008, s. 75).

I při značném výskytu depresivní poruchy v populaci a rozsáhlých osvětových kampaní, jsou mnohé případy deprese nedignostikovány a neléčeny. Pouze polovina depresí bývá správně rozpoznána. K léčbě deprese se předepisují léky, které označujeme jako antidepresiva, z nefarmakologických metod je užívána psychoterapie, fototerapie nebo léčba elektrošoky (elektrokonvulzivní terapie). K terapii deprese jsou nejvíce používány farmakologické způsoby léčby. U lehčích forem deprese, někdy postačí pouze samotná psychoterapie. Za nejlepší způsob léčby je považována kombinace antidepresiv a psychoterapie. V případě farmakologické terapie je důležité pacientovi vysvětlit, že účinek antidepresiv není okamžitý, ale zpravidla se objevuje po 3 – 6 týdnech užívání. Proto je důležité, aby pacient léky užíval dlouhodobě a pravidelně. Jestliže se u pacienta jedná o první depresivní epizodu, měl by antidepresiva užívat ještě půl roku po odeznění nemoci. Při opakující se depresivní epizodě, by pacient měl léky užívat ještě 2 roky po odeznění příznaků. Lékař by měl pacienta také informovat o nežádoucích účincích antidepresiv (sucho v ústech, zácpa, rozmazané vidění, závratě, sexuální problémy, potíže s močením, nesoustředěnost a únava), které jsou pouze dočasné. Během užívání antidepresiv by se pacienti měli vyhnout konzumaci alkoholu, který výrazně snižuje účinky léků. Rozeznáváme několik skupin antidepresiv:

- TCA - Klasická antidepresiva (většinou tricyklická) – patří mezi nejúčinnější;
- IMAO – zde je nevýhodou dodržování diety, kdy člověk ze svého jídelníčku musí vyřadit aromatické a plesnivé sýry, játra, a ostatní potraviny, které obsahují tyramin;
- SSRI – moderní antidepresiva s minimem nežádoucích účinků;
- RIMA – moderní preparáty, které jsou podobné skupině IMAO, ale při užívání léků z této skupiny pacienti nemusí dodržovat dietní opatření;
- SNRI – novější skupina léků. Poměrně rychlý nástup účinku (5 – 10. den po podání). Má minimum vedlejších účinků;
- NDRI – kromě hlavního účinku, snižuje i bažení po návykových látkách, proto jsou užívány při odvykání kouření;
- SARI – hypnotický efekt, podává se u lidí, kteří trpí poruchou spánku;
- NaSSA – zlepšuje spánek a nemá vliv na sexuální život;

- Tianeptin – výhodou je minimum nežádoucích účinků (Praško, 1997, s. 17 -18, Praško, Bulíková, Sigmundová, 2009, s. 60 – 62, Anders, Uhrová, Roth et al., 2005, s. 254).

2.2 Program Zdraví 21

Definice zdraví, dle Světové zdravotnické organizace zní: „Stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, který nesestává jen z absence nemoci nebo vady (<http://www.who.cz>).“

Zdraví se týká celé společnosti. Jedná se o nenahraditelnou a nejvyšší hodnotu. Každý člověk by si měl uvědomit, že právě on je zodpovědný za své zdraví. Lidé by měli přijmout svůj podíl v péči o zdraví a nespoléhat pouze na péči lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Člověk by měl pochopit jak důležitá je především prevence onemocnění. Proto také Světová zdravotnická organizace rozvíjí různé programy, které usilují o lepší rozdělování zdrojů, lepší motivaci občanů a celé společnosti v péči o zdraví (<http://www.who.cz>).

Program Zdraví 21, nahrazuje program Zdraví pro všechny do roku 2000. Tento program je jakousi osnovou, která se vztahuje ke zdravotní péči. Nejedná se však o striktní návod, podle kterého by měly všechny státy řídit zdravotní péči. Jedná se o model, na jehož základě se mohou jednotlivé státy inspirovat v řešení daných problematik. Předpokládá se, že program vyvolá, usměrní a plně využije v lidech a společnosti pocit chránit, posilovat a do určité míry navracet zdraví. Důležitým úkolem je to, aby se tato strategie dostala do podvědomí občanů, nejen řídicích pracovníků, zdravotníků, různých organizací. Každý stát si potom vytvoří svou Národní variantu, prostřednictvím které bude dosahovat daných cílů v Programu Zdraví 21 (<http://www.who.cz>).

Program Zdraví 21 má jeden stálý záměr a to, aby všichni občané dosáhli stejného zdravotního potenciálu. Obsahuje také 2 cíle pro zlepšení zdraví:

- Ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život.
- Snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí.

Evropský region si stanovil 21 cílů, pomocí kterých bude realizovat záměr Zdraví pro všechny. Tyto cíle tvoří základ evropské zdravotní strategie, respektují konkrétní podmínky, potřeby Evropského regionu a přiměřeně na ně reagují (<http://www.who.cz>).

Program Zdraví 21 se zabývá ve své strategii i psychickým zdravím společnosti, z 21 cílů je cíl číslo 6 věnován právě zlepšení duševního zdraví. Podle Světové zdravotnické organizace a Světové banky patří mezi nejrozšířenější psychiatrická onemocnění - **deprese, bipolární poruchy a schizofrenie**. Dalším znepokojujícím údajem je počet sebevražd, které jsou spáchány v souvislosti s depresí. Ukázalo se, že na počtu dokonaných sebevražd se podílí nesprávná diagnostika, a s tím související i nedostačující terapie. Pacienti, kteří trpí depresí, jsou nejvíce v kontaktu s praktickými lékaři, ale pouze malé procento nemocných je správně diagnostikováno a včas léčeno. V dnešní době narůstají i rizikové faktory (nezaměstnanost, chudoba, zvýšená konzumace alkoholu a drog, samota, zvyšuje se počet lidí bez domova, politické napětí a jiné), které se podílejí na vzniku duševních zdravotních problémů (<http://www.who.cz>).

Cíl 6 – Zlepšení duševního zdraví - program předpokládá, že do roku 2020 dojde ke zlepšení psychosociální pohody lidí a pro lidi s duševními problémy by měly být plně dostupné komplexní služby. Konkrétně se jedná především o to, aby se snížil výskyt důsledků psychických poruch a lidé byli schopni se vypořádat se stresujícími životními okamžiky. Dále by se měl snížit počet sebevražd, alespoň o 1/3, a to hlavně u skupin lidí a v zemích, kde se sebevraždy vyskytují nejčastěji (<http://www.who.cz>).

Je několik způsobů jak naplnit tento cíl. Především je důležité, aby dál nebyla duševní onemocnění tabuizována. Příprava občanů na stresující zážitky může být zahájena radou, například ve škole, na pracovišti nebo v místě bydliště. Zdravotnický personál a ostatní osoby, které pečují o takto nemocné, by měly být řádně vzdělány, a svoje znalosti si neustále zdokonalovat. Praktičtí lékaři by se měli účastnit programů, které jsou zaměřené na včasnou diagnostiku a léčbu deprese, došlo by tak k výraznému snížení počtu sebevražd. Toto přesvědčení dokazuje i „**Gotlandská studie**,“ jednalo se o projekt, který byl uskutečněn v letech 1983 – 1984 na švédském ostrově Gotland, kde žije asi 60 000 obyvatel. Na tomto ostrově byl vysoký počet sebevražd. Praktičtí lékaři začali intenzivně absolvovat speciální školení o problematice deprese a sebevražd, výsledkem byl 50 % pokles pacientů posílaných na konsiliární vyšetření, léčených v nemocnici s diagnózou deprese a klesla i pracovní neschopnost. V prvních třech letech zavedení vzdělávání

praktických lékařů v oblasti deprese, poklesl počet sebevražd o 2/3. Dobrou kvalitu musí mít především služby, které se týkají prevence a rehabilitace. Psychiatrické léčebny, které se vyskytují převážně ve východní Evropě, by měly být nahrazeny vyváženou kombinací nemocniční psychiatrické péče a služeb poskytovaných v rámci komunity (<http://www.who.cz>, <http://www.cssmweb.cz>).

Zdraví zajímá nás všechny. Lidé v Evropě by měli cítit, že jejich zdraví je v bezpečí. Měli by vědět, že je pro ně k dispozici kvalitní zdravotní péče. Jistota zdraví souvisí s právem každého jedince na dobrý standard duševního i tělesného zdraví, včetně práva na zdravou stravu, práva na slušnou úroveň bydlení, práva na život a práci v bezpečném prostředí i práva na přístup ke vzdělání a informacím o zdraví (<http://www.who.cz>).

2.3 Jak se chovat k člověku s depresí

Každý z nás vnímá svůj zdravotní stav a jeho změny různě. Člověk trpící depresí, zaujímá negativní postoj k životu, trestá nejen sebe, ale i osoby, které mu jsou blízké a které má rád. Je dobré si uvědomit, že deprese je nemoc, která je léčitelná. Toto zjištění by měl vědět jak pacient, tak i jeho rodina. Velmi důležitý je důvěrný vztah mezi pacientem a lékařem. Když budeme brát chování pacienta z komunikačního hlediska, jde o jakousi výzvu k pochvalám. Depresivní člověk svým vzhledem a apatií vyvolává v ostatních lidech pečovatelské sklony. Na druhou stranu opečovávání pacientů s depresí snižuje jejich vlastní sebehodnocení a prohlubuje bezmoc a beznaděj, na to okolí zareaguje ještě větší péčí a utěšováním. Za nějakou dobu dojde ke zlomu, kdy se stává depresivní pacient bezmocný, ponižovaný a odmítaný, v této chvíli je předán na psychiatrické oddělení, do léčebny (Styx, 2003, s. 118, Krivohlavý 2002, s. 23, Praško, Prašková, H., Prašková, J. 2008, s. 91).

Při přijetí je nemocný přesvědčen o své bezmoci, beznaději, ztratil důvěru v lidskou i profesionální pomoc. Často má myšlenky na sebevraždu, nechce se mu už dál žít. Chování depresivních pacientů je snad ze všech duševních onemocnění nejsvízelnější. Je třeba si uvědomit, že pacient není schopen kladně reagovat na povzbuzující rady zdravotnického personálu. Tyto domluvy jsou zcela neúčinné, pro nemocného bezcenné (Styx, 2003, s. 118 – 119).

Velmi důležité je, aby si sám zdravotník vyjasnil vlastní postoje k nemoci, ke smrti, k opuštění, potom může s pacientem komunikovat volně a bez zábran. Někdy se stává, že se zdravotníci vyhýbají přímé komunikaci. Pacienti si potřebují promluvit, často trpí pocity viny a většinou to je právě zdravotnický personál u kterého hledají oporu, pochopení. I přestože je nemocný pasivní, ve skutečnosti trpí nedostatkem podnětů. Pokud ošetřovatelský personál na kontakt rezignuje, pacienti často reagují naléhavými požadavky, kterými se snaží omezit pocit osamocení. Zdravotníci mohou pociťovat bezradnost a hněv při kontaktu s depresivním pacientem, tyto pocity ovšem nejsou výhodnou výchozí polohou pro poskytovanou ošetřovatelskou péči (Styx, 2003, s. 119).

Samotná komunikace může být oboustranně náročná, především pro její nesdílnost a dlouhé odmlčení. Depresivní pacient vyjadřuje svoje nálady spíše chováním, než-li slovy. Někdy jsou takto nemocní přirovnáni k pacientům s afázií, kteří nemohou odpovídajícím způsobem vyjádřit, co cítí. U pacienta s depresí se pak může dál prohlubovat jeho agrese. To co stojí za jeho protichůdnými pocity, je především strach ze samoty a závislosti na druhých osobách, které ho v minulosti zklamaly. Nemocný se sice kontaktu s druhými lidmi vyhýbá, ale současně ho očekává. Základním problémem lidí s depresí je především nedostatek sociálních podnětů s následnou neschopností navazovat a udržovat přiměřenou komunikaci. Proto se prioritním cílem ošetřování stalo vytvoření vhodných podmínek k tomu, aby nemocný našel určitou životní strukturu a i odvahu slovně vyjadřovat své pocity způsobem, který je vhodný i pro jeho sociální okolí. Jestliže kontakt s depresivním pacientem není dostatečný a chybí i aktivní přístup zdravotníků, který by měl být samozřejmostí, hrozí nebezpečí z prodlení, například si nikdo nevšimne, že nemocný už několik dní jen polehává, nepřijímá dostatek jídla a tekutin, nedbá o svůj zevnějšek. Přístup zdravotníka typu „vy musíte“ v této situaci nikam nevede. V nemocnici by měl být pacient, pokud to ovšem jeho stav dovolí, přiměřeně zaměstnán. Do činností by měl být začleňován nenásilně, adekvátně, ale vytrvale. Pro zdravotníky to znamená, že mají být osobní v kontaktu a neosobní v tlaku (Styx, 2003, s. 120 – 122).

Pro nemocného je důležitá otevřenost zdravotníků, a být k dispozici, když potřebuje pomoc. To v sobě zahrnuje i ochotu přijímat pacientovi pocity. Jestliže pacient pociťuje při kontaktu se zdravotníky pocit bezpečí, začne sám bez obav hovořit o svých trápeních, traumatech, je zde šance znovu si projít dané situace, ujasnit si je, vyplakat se. Proto by měl být ošetřovatelský personál na otevřenou komunikaci připraven. Zdravotníci často nevědí

jak se zachovat k plačícímu pacientovi, při tom jemu stačí, že ho někdo vyslechne a není na svou bolest sám. Jestliže je pacient agresivní, otevřeně projevuje svoji zlost, zdravotníci by se měli zachovat klidně a ne nadneseně. Na projevené pocity je důležité zareagovat pocity svými, aby nemocnému byl umožněn jakýsi vhled do právě probíhající situace. Zejména častým kontaktem a pečlivým pozorováním stavu nemocného lze předejít tomu, aby si pacient ublížil (Styx, 2003, s. 122 – 123).

V nemocnici se nevyskytuje pouze zdravotnický personál, ale i kontakt s ostatními pacienty je velmi důležitý a terapeuticky přínosný. Člověk si tak může popovídat o svých pocitech s někým, kdo přesně ví, co prožívá, protože tím samým si prochází i on (Styx, 2003, s. 123).

2.4 Ošetrovatelská diagnostika

Profesionálové ošetrovatelství vyhledávají, odstraňují, zmírňují a také předcházejí problémům, které se týkají lidských potřeb. K tomu aby zdravotníci dokázali určit, zda je stav lidských potřeb v normě, nebo není, nám slouží zevrubný diagnostický systém, který vyvinula NANDA – International (North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). Tento systém specifikuje ošetrovatelské diagnózy podle diagnostických prvků (určující znaky, související a rizikové faktory, definice a kód diagnóz). Diagnostické prvky nám pomáhají lépe se orientovat při rozpoznávání jednotlivých diagnóz. Názvy ošetrovatelských diagnóz spolu s číselným kódem jsou součástí mezinárodní klasifikace ošetrovatelských diagnóz (NANDA – International). Pojmenování ošetrovatelských diagnóz s mezinárodním číselným kódem, by mělo být pochopeno jako standardní pojmenování ošetrovatelských problémů. Ošetrovatelský problém se může vyskytovat jak u nemocného člověka, tak i u zdravého jedince. **Ošetrovatelský problém může být:**

- **Aktuální** – klientova potřeba je nyní dysfunkční;
- **Potenciální** – v určité potřebě může v současnosti dojít k dysfunkci;
- **Edukační** – zaměřena na zlepšení zdraví, klientova potřeba je funkční, ale edukací můžeme její fungování zlepšit (Marečková, 2006, s. 17, 19).

Aby byli zdravotníci schopni přesně určit, jaké dysfunkční potřeby se u člověka k danému datu, hodině vyskytují, je třeba postupovat podle diagnostického algoritmu. Tento algoritmus je rozdělen do tří fází:

- První fáze – **nalezení aktuálních diagnóz**
 - **I. krok** - Hledáme určující znaky, pokud nalezneme alespoň jeden znak, zaznamenáme jej do dokumentace a přistoupíme k druhému kroku, pokud ne, můžeme tvrdit, že člověk tuto ošetřovatelskou diagnózu nemá a přistoupíme k ověřování dalších diagnóz.
 - **II. krok** – pokud jsme našli alespoň jeden určující znak, pokračujeme v hledání souvisejících faktorů. Pokud byl nalezen jeden související faktor, provedeme záznam do dokumentace. Jestliže nebyl nalezen ani jeden související faktor, můžeme tvrdit, že jedinec tuto diagnózu nemá a ověřujeme další faktory diagnóz.
 - **III. krok** – nastává tehdy, jestliže jsme k jednomu znaku našli alespoň jeden související faktor dané diagnózy. Přistoupíme tedy k ověření definice diagnózy, pokud je výsledek kladný, provedeme záznam do dokumentace. Je-li výsledek negativní, znovu prověříme předešlé kroky algoritmu, jestliže i po kontrole jsme nenalezli chybu, nemůžeme tvrdit, že člověk má ošetřovatelskou diagnózu.
- Druhá fáze – **nalezení potenciálních diagnóz**
 - **I. krok** – pokud jsme našli alespoň jeden rizikový faktor, zaznamenáme jej do dokumentace. Jestliže jsme nenalezli žádný rizikový faktor, můžeme tvrdit, že člověk tuto diagnózu nemá. Přistoupíme k ověřování dalších faktorů možné potenciální diagnózy.
 - **II. krok** – Ověření diagnózy. Nastává tehdy, jestliže jsme našli alespoň jeden rizikový faktor. Danou diagnózu srovnáme s definicí, pokud je výsledek kladný, provedeme záznam do dokumentace. V případě negativního výsledku, můžeme tvrdit, že člověk tuto diagnózu nemá.
- Třetí fáze – **nalezení diagnóz k podpoře zdraví** – opět postupujeme dle diagnostického algoritmu. Postup záleží na tom, zda jsou pro danou diagnózu

v NANDA taxonomii stanoveny pouze určující znaky, nebo také související faktory (Marečková, 2006, s. 36 – 39).

V publikaci Marečkové z roku 2006 je uvedeno celkem 172 ošetrovatelských diagnóz. V aktualizovaném vydání z roku 2009/2011 je obsaženo celkem 206 ošetrovatelských diagnóz, z toho je 21 zcela nových a 9 zrevidovaných (Kudlová, 2009/2011, s. 21).

Tab. č. 1 – Přehled možných ošetrovatelských diagnóz (Marečková, 2006, s. 41 – 49).

Doména	Třída	Druh oš. diagnózy	Název a kód oš. diagnózy
1. Podpora zdraví	Management zdraví	Aktuální	Zhoršené udržování domácnosti - 00098
4. Aktivita - odpočinek	Spánek - odpočinek	Aktuální	Porušený spánek - 00095
4. Aktivita - odpočinek	Energetická rovnováha	Aktuální	Únava - 00093
4. Aktivita - odpočinek	Sebepéče	Aktuální	Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku - 00109
4. Aktivita - odpočinek	Sebepéče	Aktuální	Deficit sebepéče při koupání a hygieně - 00108
5. Vnímání - poznávání	Pozornost	Aktuální	Porušená interpretace okolí - 00127
5. Vnímání - poznávání	Poznávání	Aktuální	Deficitní znalost - 00126
5. Vnímání - poznávání	Komunikace	Aktuální	Zhoršená verbální komunikace - 00051
6. Vnímání sebe sama	Sebepojetí	Aktuální	Bezmocnost - 00125
6. Vnímání sebe sama	Sebepojetí	Potenciální	Riziko bezmocnosti - 00152
6. Vnímání sebe sama	Sebeúcta	Potenciální	Riziko situačně snížené sebeúcty - 00153
7. Vztahy	Role pečovatele	Potenciální	Riziko zhoršení rodičovské role - 00057
7. Vztahy	Vykonávání rolí	Aktuální	Neefektivní plnění role - 00055
7. Vztahy	Vykonávání rolí	Aktuální	Poškozená sociální interakce - 00052
8. Sexualita	Sexuální funkce	Aktuální	Neefektivní sexuální život - 00065
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	Aktuální	Neefektivní zvládání zátěže - 00069
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	Aktuální	Dysfunkční smutek - 00135
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	Aktuální	Neschopnost rodiny zvládat zátěž - 00073
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	Potenciální	Riziko poškození - 00035
11. Bezpečnost - ochrana	Násilí	Potenciální	Riziko sebevraždy - 00150
12. Komfort	Sociální komfort	Aktuální	Sociální izolace - 00053

3 Psychiatrická péče

Náplní psychiatrie je poskytování péče osobám, které trpí duševními chorobami a poruchami. Klade důraz na prevenci, diagnostiku a léčbu. Za zakladatele psychiatrie je považován Emil Kraepelin, který v 19. století, rozdělil tehdy známe duševní onemocnění do dvou skupin – maniodepresivní a dementia praecox, nebo-li schizofrenie (<http://www.pk-brno.cz/index.php?pg=home--charakteristika>).

Systém psychiatrické péče můžeme rozdělit na **intramurální**, která je poskytovaná na psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických léčebnách, a na **extramurální** poskytovanou v denních centrech, chráněném bydlení. Mezi těmito dvěma typy péče nacházíme ještě péči **semimurální**, kam můžeme zařadit především psychiatrické ambulance a krizová centra (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 38).

Počet lidí s duševním onemocněním stále roste, proto je logické, že roste i potřeba péče a léčby. Na tuto skutečnost upozornily také výsledky výzkumu z roku 2003, na kterém se podíleli psychiatři odborníci z Velké Británie, Spojených Států Amerických, Francie, Itálie, Španělska a Japonska. Podle jejich závěrů má 47 % pacientů suicidální myšlenky a více než 20 % pacientů s depresí se pokusí o sebevraždu ještě před stanovením diagnózy. Dle tohoto výzkumu můžeme uvažovat o příčině ve formě stigmatu, který je spojen s duševním onemocněním (Benson, 2004, s. 164).

3.1 Nejčastější psychiatrická onemocnění

Od roku 1996 v České republice došlo k nárůstu psychiatrických ambulantních zařízení. Tato změna je zapříčiněna asi tím, že je kladen větší důraz na prevenci a resocializaci lidí, kteří trpí psychiatrickým onemocněním. V roce 2003 až 2008 vzrostl počet prvně vyšetřených nemocných v psychiatrických ambulancích. Největší procento mezi psychiatrickými onemocněními zaujímají neurotické poruchy (38,6 %), dále pak afektivní poruchy (19,1 %), organické (10,6 %), a schizofrenie (8,8 %). U žen převládají ve výskytu afektivní, neurotické a organické poruchy, kde tvoří 66 % z celkového počtu

pacientů a schizofrenií, kde je výskyt u žen 54 %. Naopak u mužů jsou nejvíce diagnostikovány závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách, sexuální poruchy, muži se také často potýkají s patologickým hráčstvím (více než 93%), (<http://www.cspsychiatr.cz>).

3.2 Psychiatrická léčebna Brno – Černovice

Základní kámen psychiatrické léčebny byl položen v roce 1863, jednalo se o historicky významnou událost, protože poprvé na Moravě se duševně nemocným dostalo humánní a lékařské péče ve specializovaném ústavu.

V současnosti je psychiatrická léčebna řízena Ministerstvem zdravotnictví, které je i jejím zřizovatelem. Léčebna má kapacitu 830 lůžek. O zdejší pacienty se stará zhruba 650 pracovníků. Podle závazného opatření Ministerstva zdravotnictví poskytuje léčebna následující péči:

- Komplexní lůžkovou psychiatrickou péči dospělým nemocným se všemi druhy psychických poruch.
- Ústavní ochrannou sexuologickou, psychiatrickou, protitoxikomanickou a protialkoholní léčbu.
- Ambulantní péči.
- Konziliární služby.

Psychiatrická léčebna poskytuje také zdravotní péči v oborech:

- Klinická biochemie a hematologie.
- Radiodiagnostika.
- Stomatologie.
- Praktické lékařství pro dospělé a závodní preventivní péči.
- Vnitřní lékařství.
- TBC a nemoci dýchacích cest.
- Psychiatrická rehabilitace.
- Psychiatrické denní sanatorium.

- Kluby nemocných (<http://www.plbrno.cz>).

3.3 Formy ošetrovatelské péče

Optimální rozdělení práce mezi všechny členy ošetrovatelského týmu zajišťují jednotlivé organizační formy ošetrovatelské péče. Při osvojení určité formy je nutné zohlednit konečnou efektivitu, kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče. Existují následující formy ošetrovatelské péče:

- 1) **Funkční systém** – sestra plní konkrétní úkoly u většiny pacientů. Vnímání pacienta jako bio-psycho-sociálního celku není jednoznačné. Výhodou tohoto systému je především nízká náročnost na počet pracovníků ošetrovatelského zaměření.
- 2) **Skupinový systém** – po celou pracovní dobu sestra pečuje o svou skupinu pacientů, za kterou nese zodpovědnost. Daná sestra zajišťuje komplexní ošetrovatelskou činnost. Výhodou systému je především užší kontakt s pacientem, přehlednost péče. Sestra se stává také tvořivější, samostatnější a zodpovědnější.
- 3) **Systém primárních sester** – sestra pacienta provází po celou dobu hospitalizace. Řídí ostatní pracovníky ošetrovatelského týmu, je koordinátorem ošetrovatelské péče. Pracuje vždy jen se svými nemocnými, u kterých sleduje vývoj stavu a hodnotí kvalitu poskytované péče, spolupracuje s rodinou. Tento systém zajišťuje nemocným individualizovanou péči. Primární sestra musí být samostatná, zodpovědná, profesionální, autoritativní. Dále by měla mít vysokou úroveň znalostí a schopnost dobře si zorganizovat čas.
- 4) **Case management** – systém je zaměřen na potřeby pacienta a jeho rodiny. Jde nám především o to, aby se dosáhlo sladění mezi kvalitní ošetrovatelskou péčí a finančními náklady. Manažer koordinuje ošetrovatelskou péči o pacienta tak, aby bylo dosaženo žádoucích výsledků. Multidisciplinární tým - lékař, sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut spolu navzájem komunikují a za spolupráce rodiny směřují pacienta ke zlepšení jeho stavu. Tento systém případového vedení přesahuje rámec hospitalizace, proto je zejména vhodný pro chronické pacienty. Ovšem klade nároky

na sestru, jako jsou profesionalita, zodpovědnost a kvalifikace (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 52 – 53).

3.4 Formy hospitalizace

Rozlišujeme akutní lůžkovou péči a následnou lůžkovou péči. **Akutní lůžková péče** je poskytována na odděleních otevřeného nebo uzavřeného typu. Cílem akutní péče je především diferenciální diagnostika, návrh následujících léčebných postupů a také zabránění sebepoškození pacienta. Součástí moderní akutní péče jsou i jednotky psychiatrické intenzivní péče (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 72).

Následná lůžková péče je poskytována v psychiatrických léčebnách a klinikách. Jsou zde hospitalizováni pacienti, kteří již mají stanovenou diagnózu a jejich stav je stabilizovaný. Cílem je dosažení úplného fyzického a duševního zdraví u chronicky nemocných pacientů, nebo co nejvíce zmírnit následky onemocnění (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 72).

4 CÍLE A HYPOTÉZY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Na základě studia literatury a také díky opakovaným setkáním s psychiatrickými pacienty jsem se rozhodla výzkum i práci zaměřit na sociální oporu u klientů psychiatrické léčebny. Díky analýze teoretických poznatků o sociální opoře byly stanoveny následující cíle a hypotézy:

Cíl 1 – Zmapovat rozdíly v sociální opoře u klientů psychiatrické léčebny a jedinců neléčených pro psychiatrická onemocnění.

H₁ – Očekáváme, že mezi skupinou klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupinou bude statisticky významný rozdíl v míře sociální opory.

Cíl 2 – Zmapovat míru depresivity u klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupiny.

H₂ – Očekáváme, že mezi skupinou klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupinou bude signifikantní rozdíl v míře deprese.

Cíl 3 – Zmapovat vliv sociální opory na míru depresivity u klientů psychiatrické léčebny.

H₃ – Předpokládáme, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou sociální opory a mírou depresivity.

Cíl 4 – Zmapovat vliv sociální opory na míru depresivity u kontrolní skupiny.

H₄ – Předpokládáme, že existuje statisticky významný negativní vztah mezi mírou sociální opory a úrovní depresivity.

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky pro výzkumné šetření jsem získala především z prostudované odborné literatury, časopisů, studií, internetu a i z vlastních zkušeností, týkajících se této problematiky. Další odborné poznatky jsem vyhledala v odborných databázích Medline, Pub-Med, EBSCOHost, v online katalogu Vědecké knihovny v Olomouci a v online katalogu zahraniční literatury Moravské zemské knihovny v Brně. Poté bylo přistoupeno k výzkumnému šetření.

5.2 Použitá metoda výzkumného šetření

K získání dat byla použita dotazníková metoda, jedná se o kvantitativní sběr dat. K výzkumnému šetření byly použity dva standardizované dotazníky PSSS a BDI-II. Dotazník PSSS (Perceived Social Support Scale) J. A. Blumenthala a spolupracovníků obsahuje 12 hlavních položek a 4 doplňující, prostřednictvím kterých jedinec hodnotí dostupnost a spokojenost se sociální oporou. Položky jsou hodnoceny na sedmibodové škále, kde jedinec označuje míru souhlasu či nesouhlasu s danou otázkou. Pomocí tohoto dotazníku zjišťujeme celkový skór a dílčí skóry, které mapují sociální oporu od významné, blíže neurčené osoby, od rodiny a od přátel (<http://is.muni.cz/th>, Kebza, Šolcová, 1999, s. 31).

Standardizovaný dotazník BDI-II (Beckův inventář deprese), jedná se o subjektivní stupnici deprese (BDI), autora A. T. Becka a kol., sloužící k měření intenzity deprese, může také sledovat i změny v průběhu času a být vynikajícím objektivním měřítkem pro posuzování účinnosti terapie. Obsahuje 21 dotazů, u nichž respondent označí jednu z možných variant odpovědi, které jsou označeny hodnotou 0 – 3. Současná verze BDI je tvořena otázkami týkající se symptomů deprese, jako ztráta naděje, zájmu o ostatní, pocitů viny, plačtivost a fyziologických symptomů jako únava, ztráta energie, ztráta váhy nebo

nedostatek zájmu o sex apod. přičemž 0 – 13 ukazuje, že pacient netrpí depresí, 14 – 19 ukazuje na lehkou depresi, pokud se jedná o středně těžkou depresi, má klient 20 - 28 bodů, o těžkou depresi se jedná tehdy, dosáhne-li jedinec 29 – 63 bodů. (http://www.en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory,<http://www.testforum.cz>,<http://www.cspychiatr.cz>, Preiss, Vacíř, 1999).

Pro zjištění demografických údajů jsem na začátek každého dotazníku umístila list se 4 otázkami, které se týkaly pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání. U kontrolního dotazníku byla přidána položka, která se týkala léčby depresivní poruchy. Jestliže by pacient odpověděl kladně na tuto otázku, byl by vyřazen z výzkumného šetření kontrolní skupiny.

5.3 Organizace výzkumného šetření

K výzkumnému šetření byly použity dva standardizované dotazníky – **PSSS** (Perceived Social Support Scale) J. A. Blumenthala a spolupracovníků, **BDI-II** (Beckův inventář deprese), autora A. T. Becka a kol. Vedoucí diplomové práce Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D. mi poskytla oba standardizované dotazníky a s jejím laskavým vedením jsem je použila a následně vyhodnotila.

Výzkumné šetření mezi klienty Psychiatrické léčebny Brno – Černovice (dále jen PLČ) proběhlo od srpna do září 2010. Před zahájením výzkumu jsem samozřejmě poprosila hlavní sestru PLČ o písemně potvrzený souhlas, který je nutný pro realizaci výzkumného šetření. Dotazníky spolu s instrukcemi jsem předala hlavní sestře, která je distribuovala na vybraná oddělení. Aby byla zajištěna naprostá anonymita, pacienti vhažovali vyplněné dotazníky do předem připravených papírových krabic s otvorem, které byly umístěny na daná oddělení v denních místnostech. Další etapa, která byla zaměřena na sběr dat od kontrolní skupiny, probíhala v období od října 2010 do ledna 2011. Kvůli dodržení anonymity jsem distribuovala dotazníky spolu s obálkami, do kterých mi je jedinci vkládali a následně obálku zalepili. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků. 50 (100%) dotazníků bylo určeno klientům PLČ, další polovina byla průběžně rozdávána kontrolní skupině. Od klientů PLČ mi bylo zpět vráceno všech 50 (100%) dotazníků, z nichž 7 (14%) nebylo možno zpracovat. Protože věkový průměr pacientů a kontrolní skupiny nemohl být příliš

rozdílný, skupina neléčených respondentů vyplnila 43 (100%) dotazníků po získání dat od léčených probandů. Z těchto 43 (100%) dotazníků od kontrolní skupiny bylo možno všechny zpracovat.

Klienti PLČ - účastníci šetření splňovali tato kritéria:

- věková kategorie 18 – 85 let;
- muži i ženy;
- klienti PLČ.

Kontrolní skupina – účastníci šetření splňovali tato kritéria:

- věková kategorie 18 – 85 let;
- muži i ženy;
- neléčení pro depresi.

5.4 Charakteristika souboru respondentů

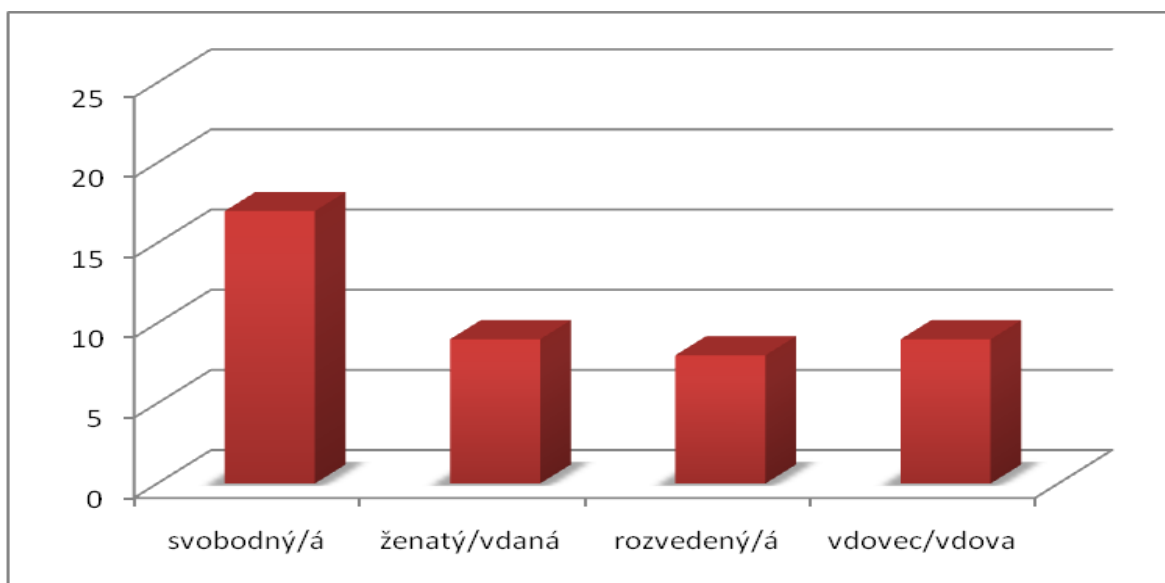
5.4.1 Charakteristika souboru respondentů – klienti PLČ

Z celkového počtu klientů psychiatrické léčebny se výzkumného šetření zúčastnilo 40 žen, tj. 93,2% a 3 muži, tj. 6,98%.

Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byla skupina, kterou tvořilo 17 respondentů (39,61%) ve věku 46 – 58 let, druhou početnou skupinu tvořilo 13 jedinců (30,29%) ve věku 23 – 45 let, další skupinu tvořilo 8 lidí (18,64%) ve věku 59 – 71 let, nejméně zastoupenou skupinou, do které patřilo 5 dotazovaných (11,65%), byla věková kategorie 72 – 83 let.

17 účastníků šetření (39,61%) na otázku, která se týkala jejich rodinného stavu, uvedlo, že jsou svobodní. 9 respondentů (20,97%) žije v manželství. Dalších 9 účastníků šetření (20,97%) jsou vdovy/vdovci. Nejméně početnou skupinu o 8 lidech (18,64%) tvořili jedinci, kteří byli rozvedení. Pro názornost uvádím i grafické znázornění.

Graf č. 1 – Rodinný stav - pacienti



Na další otázku, která se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání 14 účastníků (32,62%) odpovědělo, že má pouze základní vzdělání. 17 dotazovaných (39,61%) uvedlo, že má středoškolské vzdělání s maturitou. 10 respondentů (23,3%) má dokončené střední odborné učiliště. 1 účastník šetření (2,33%) dosáhl vyššího odborného vzdělání a 1 z dotazovaných (2,33%) uvedl, že má vysokoškolské vzdělání.

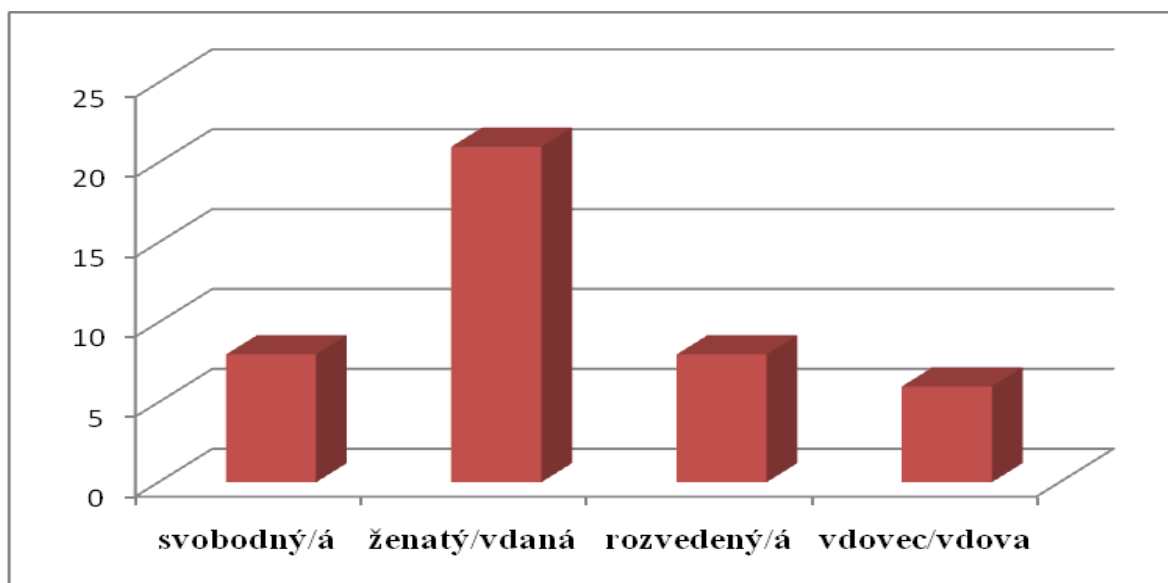
5.4.2 Charakteristika souboru respondentů – kontrolní skupina

Kontrolní skupina, která se zúčastnila výzkumného šetření, byla tvořena 40 ženami, tj. 93,2% a 3 muži, tj. 6,98%.

18 jedinců z kontrolní skupiny (41,94%) se pohybovalo ve věkové kategorii 46 – 58 let. Ve věkové kategorii 23 – 45 let se výzkumu zúčastnilo 14 dotazovaných (32,62%). Do skupiny ve věku 59 – 71 let se zařadilo 6 respondentů (13,98%). Nejméně zastoupenou skupinou, do které patřilo 5 dotazovaných (11,65%), byla věková kategorie 72 – 83 let.

21 respondentů (48,93%) na otázku, která se týkala jejich rodinného vztahu, odpovědělo, že žijí v manželství. Svobodných bylo 8 účastníků šetření (18,64%). Dalších 8 jedinců (18,64%) uvedlo, že jsou rozvedení. 6 dotazovaných (13,98%) bylo ovdovělých. Pro názornost uvádím i grafické znázornění.

Graf č. 2 - Rodinný stav - kontrolní skupina



Na otázku, která se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání 21 dotazovaných (48,93%) odpovědělo, že má středoškolské vzdělání ukončené maturitou. 10 jedinců (23,3%) uvedlo, že má základní vzdělání. Střední odborné učiliště bez maturity úspěšně absolvovalo 8 dotazovaných (18,64%). Vyšší odborné vzdělání měl 1 účastník šetření (2,33%). Vysokoškolského vzdělání dosáhli 3 respondenti (6,99%).

Všech 43 jedinců (100%), kteří byli zařazeni do kontrolní skupiny uvedlo, že u nich nebyla diagnostikována deprese a ani se pro tuto nemoc neléčí.

5.5 Zpracování výsledků výzkumného šetření

Ke statistickému zpracování dat jsem použila počítačový program Microsoft Excel. Pro výpočet významnosti rozdílů mezi naměřenými veličinami jsem použila t-test. Pro zjištění, zda naměřené hodnoty dvou proměnných jsou ve vzájemném vztahu, jsme použila korelaci pro metrická data. To je možné pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Protože máme k dispozici metrické údaje pro proměnné X i Y, můžeme tak použít Pearsonova korelačního koeficientu (Reiterová, 2009, s. 41, 55).

6. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

6.1 Interpretace výsledků k CÍLI a HYPOTÉZE 1

Cíl 1 – Zmapovat rozdíly v sociální opoře u klientů psychiatrické léčebny a jedinců neléčených pro psychiatrická onemocnění.

H₁ – Očekáváme, že mezi skupinou klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupinou bude statisticky významný rozdíl v míře sociální opory.

Ke zmapování cíle č. 1 byl použit dotazník PSSS (sociální opory). Pro porovnání výsledků naměřených průměrných hodnot celkových PSSS skóre pro statistické srovnání skupiny pacientů a skupiny kontrolní jsem použila jednostranného t-testu s rovností rozptylu. Výsledné $t = 0,001$. Protože $t < t_{0,05}$, mohu konstatovat, že rozdíl průměrů dvou výběrů není statisticky významný na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Sociální opora byla sice vyšší u kontrolní skupiny, ale rozdíl nebyl signifikantní.

Nepotvrdil se tedy předpoklad, že skupina kontrolní bude mít signifikantně vyšší sociální oporu než skupina pacientů psychiatrické léčebny.

Na základě získaných výsledků mohu konstatovat, že **hypotéza č. 1 byla ověřena, ale nebyla přijata.**

V následující tabulce uvádím srovnání naměřených hodnot PSSS u jedinců, kteří jsou hospitalizováni v Psychiatrické léčebně Brno – Černovice, a u kontrolní skupiny. Z tabulky i grafu je již patrné, že předpokládané průměrné hodnoty PSSS u kontrolní skupiny nejsou výrazně vyšší než u skupiny pacientů.

Tab. č. 2 Distribuce průměrných hodnot naměřených dotazníkem PSSS

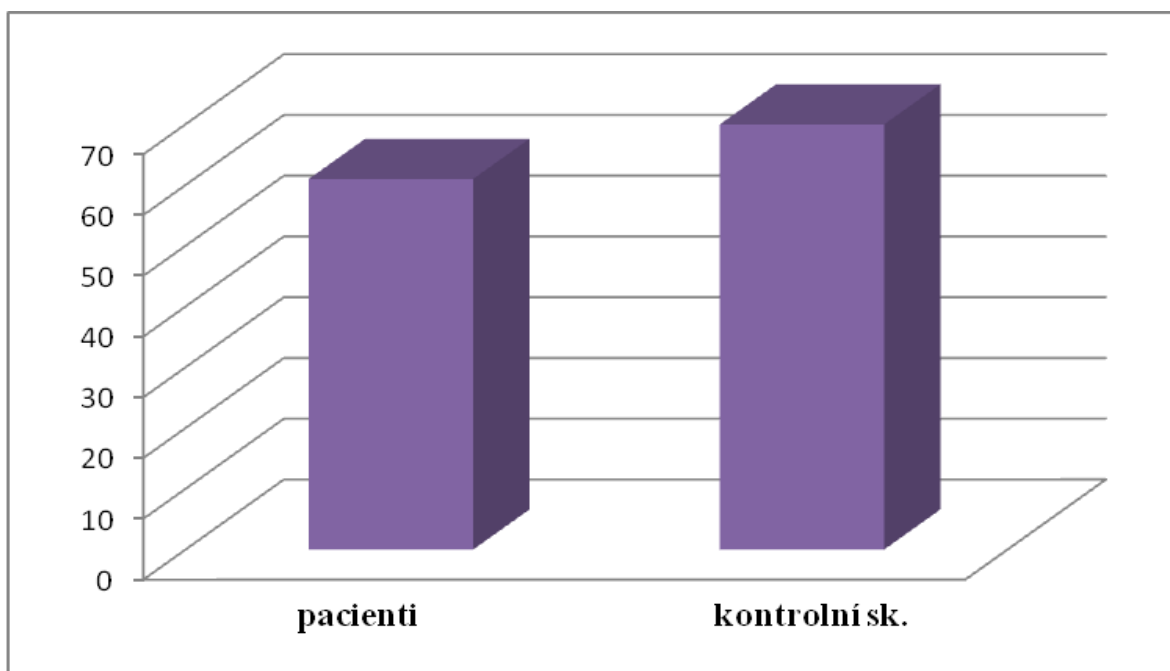
Skupina	N	PSSS/ x	Minimální hodnoty	Maximální hodnoty
Pacienti	43	61	21	84
Kontrolní skupina	43	69,98	46	84

N – počet respondentů

PSSS/x – průměrné hodnoty naměřené dotazníkem PSSS

Pro názornost uvádím grafické znázornění průměrných hodnot naměřených dotazníkem PSSS u skupiny pacientů i u skupiny kontrolní.

Graf č. 3 - Průměrné hodnoty naměřené dotazníkem PSSS



V souvislosti s cílem č. 1 mě zajímalo také jaká sociální opora se dostává klientům psychiatrické léčebny a jedincům kontrolní skupiny od členů jejich rodiny. Pro porovnání naměřených hodnot mezi skupinou pacientů a skupinou kontrolní jsem použila jednostranného t-testu. Výsledné $t = 0,003$. Protože $t < t_{0,05}$, mohu konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v míře poskytované sociální opory od členů rodiny mezi skupinou pacientů a skupinou kontrolní.

V následující tabulce uvádím průměrné hodnoty, které byly naměřeny dotazníkem PSSS. Jednalo se o zjištění míry rozdílů v sociální opoře poskytované členy rodiny pacientům a jedincům kontrolní skupiny. Jak je již z tabulky patrné, jsou pouze minimální rozdíly v naměřených hodnotách, a proto mohu konstatovat, že se příliš neliší opora poskytovaná členy rodiny pacientům psychiatrické léčebny a jedincům kontrolní skupiny.

Tab. č. 3 Distribuce průměrných hodnot PSSS od členů rodiny

Skupina	N	PSSS/ x	Minimální hodnoty	Maximální hodnoty
Pacienti	43	5,14	1	7
Kontrolní skupina	43	6,16	3	7

N – počet respondentů

PSSS/x – průměrné hodnoty naměřené dotazníkem PSSS

Cíl 1 - byl zmapován rozdíl mezi sociální oporou u skupiny pacientů a u kontrolního souboru. Hypotéza č. 1 byla **ověřena**, ale **nebyla přijata**.

6. 2 Interpretace výsledků k CÍLI a HYPOTÉZE 2

Cíl 2 – Zmapovat míru depresivity u klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupiny.

H₂ – Očekáváme, že mezi skupinou klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupinou bude signifikantní rozdíl v míře deprese.

Ke zmapování výsledků týkajících se cíle č. 2, byl použit dotazník BDI-II (Beckův inventář deprese). Pro porovnání výsledků naměřených hodnot celkových BDI-II skóre pro statistické srovnání skupiny pacientů a skupiny kontrolní jsem použila jednostranného t-testu s rovností rozptylu. Výsledné $t = 1,56$. Protože $t > t_{0,25}$, mohu konstatovat, že rozdíl průměrů dvou výběrů je statisticky významný na hladině $\alpha = 0,25$. Potvrdil se předpoklad, že skupina pacientů psychiatrické léčebny má signifikantně vyšší skóre depresivity než skupina kontrolní.

Na základě získaných výsledků mohu konstatovat, že **hypotéza č. 2 byla ověřena a přijata.**

Tabulka č. 4 podává distribuci celkové hodnoty BDI-II u skupiny pacientů a u skupiny kontrolní. Z tabulky je již na první pohled zřejmé, že průměrné hodnoty BDI-II u pacientů psychiatrické léčebny jsou vyšší než u skupiny kontrolní.

Tab. č. 4 Distribuce průměrných hodnot naměřených dotazníkem BDI-II

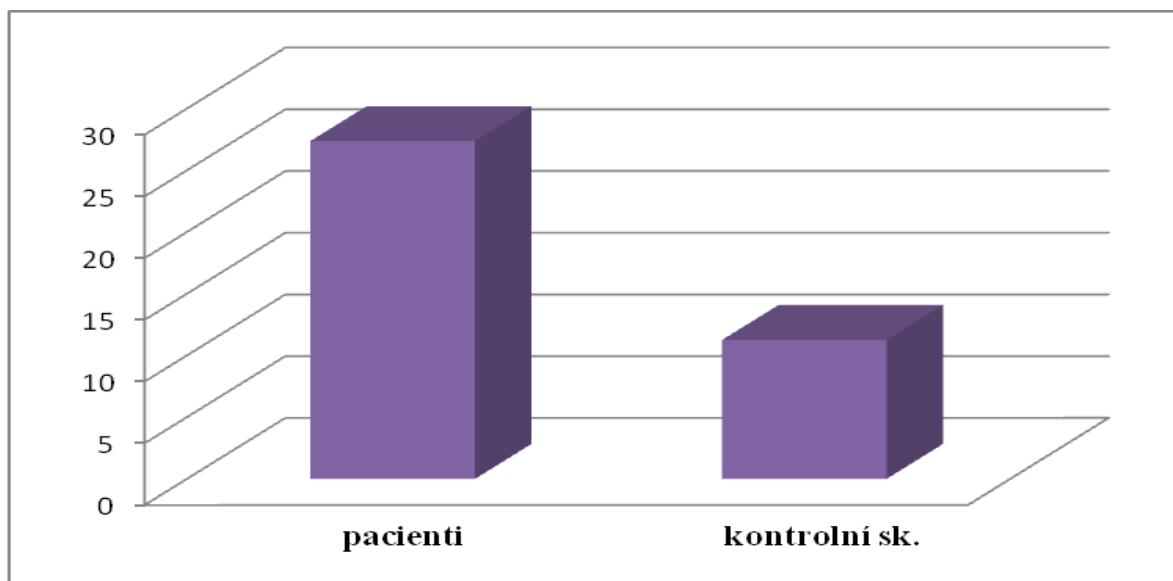
Skupina	N	BDI-II/ x	Minimální hodnoty	Maximální hodnoty
pacienti	43	27,37	3	61
Kontrolní skupina	43	11,26	0	43

N – počet respondentů

BDI-II/x – průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI-II

Pro názornost uvádím grafické zpracování průměrných hodnot naměřených dotazníkem BDI-II jak u skupiny klientů psychiatrické léčebny, tak u skupiny kontrolní. Z grafického znázornění je na první pohled patrné, že průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI-II jsou u klientů psychiatrické léčebny vyšší než u kontrolní skupiny.

Graf č. 4 - Průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI - II



Cíl č. 2 – byl zmapován rozdíl mezi mírou deprese u klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupinou. Hypotéza č. 2 byla **ověřena a přijata**.

6.3 Interpretace výsledků k CÍLI a HYPOTÉZE 3

Cíl 3 – Zmapovat vliv sociální opory na míru depresivity u klientů psychiatrické léčebny.

H₃ – Předpokládáme, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou sociální opory a mírou depresivity.

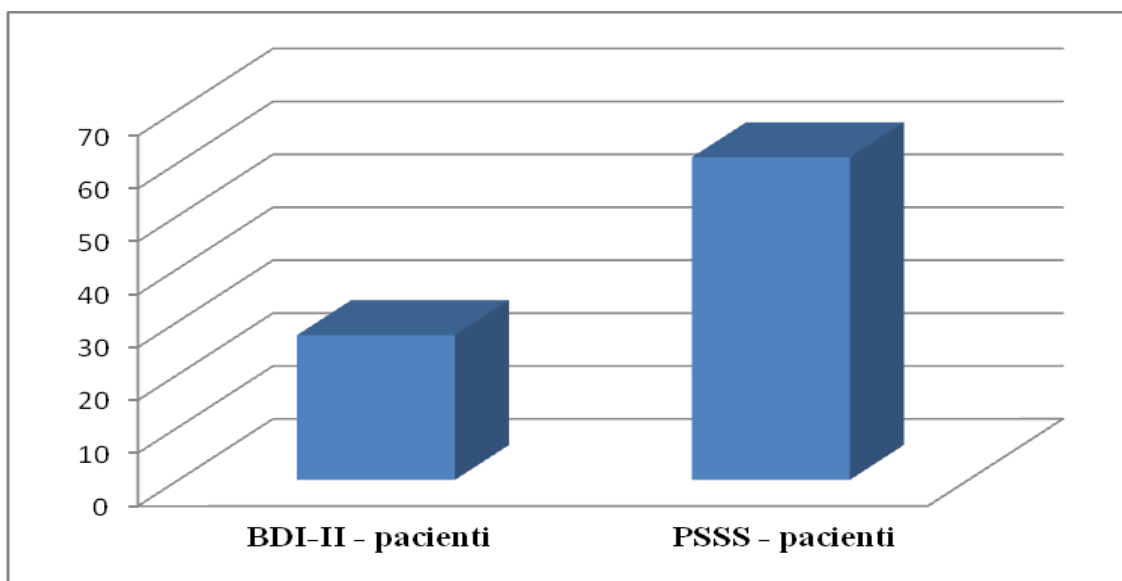
Dle hypotézy č. 3 očekávám, že u klientů psychiatrické léčebny existuje mezi mírou deprese zjištěnou dotazníkem BDI-II a mírou sociální opory zjištěnou dotazníkem PSSS signifikantní negativní vztah (korelace). Pro porovnání výsledků hodnot BDI-II a hodnot PSSS jsem použila Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = 0,18$. Protože $r < r_{0,01}$, mohu konstatovat, že neexistuje statisticky významná korelace mezi mírou deprese a mírou sociální opory.

Na základě Pearsonova korelačního koeficientu nebyl potvrzen předpoklad, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou depresivity a sociální podporou.

Dle získaných výsledků mohu konstatovat, že **hypotéza č. 3 byla ověřena, ale nebyla přijata.**

V následujícím grafu jsou znázorněny průměrné naměřené hodnoty dotazníkem BDI-II a PSSS u skupiny pacientů, hospitalizovaných v psychiatrické léčebně.

Graf č. 5 – Průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI-II a PSSS u skupiny pacientů



Zajímal mě také vztah mezi výskytem deprese a rodinným vztahem. Pro porovnání naměřených hodnot mezi skupinou svobodných/ rozvedených/ ovdovělých a skupinou ženatých a vdaných jsem použila jednostranného t-testu. Výsledné $t = 0,04$. Protože $t < t_{0,05}$, mohu konstatovat, že rozdíl průměrů dvou výběrů není signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Mohu tedy konstatovat, že neexistuje signifikantní rozdíl ve výskytu deprese u osob, které žijí v manželství, a které v manželství nežijí.

V následující tabulce uvádím naměřené průměrné hodnoty dotazníkem BDI-II u pacientů i jedinců kontrolní skupiny, kteří jsou svobodní/ rozvedení/ nebo ovdovělí (skupina A) a u pacientů a osob z kontrolní skupiny, kteří žijí v manželství (skupina B). Z tabulky je patrné, že naměřené průměrné hodnoty dotazníkem BDI-II nejsou mezi skupinou A a B příliš rozdílné.

Tab. č. 5 Distribuce průměrných hodnot BDI-II ve vztahu k rodinnému stavu u pacientů a kontrolní skupiny

Skupina	N	BDI-II/ x	Minimální hodnoty	Maximální hodnoty
A	56	21,27	0	61
B	30	15,66	0	48

A – Pacienti + kontrolní skupina (svobodní/ rozvedení/ ovdovělí)

B - Pacienti + kontrolní skupina (ženatí/ vdaní)

N – počet respondentů

BDI-II/ x – průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI-II

Cíl č. 3 – byl zmapován vliv sociální opory na míru depresivity u klientů psychiatrické léčebny. Hypotéza č. 3 byla **ověřena**, ale **nebyla přijata**.

6.4 Interpretace výsledků k CÍLI a HYPOTÉZE 4

Cíl 4 – Zmapovat vliv sociální opory na míru depresivity u kontrolní skupiny.

H₄ – Předpokládáme, že existuje statisticky významný negativní vztah mezi mírou sociální opory a úrovní depresivity.

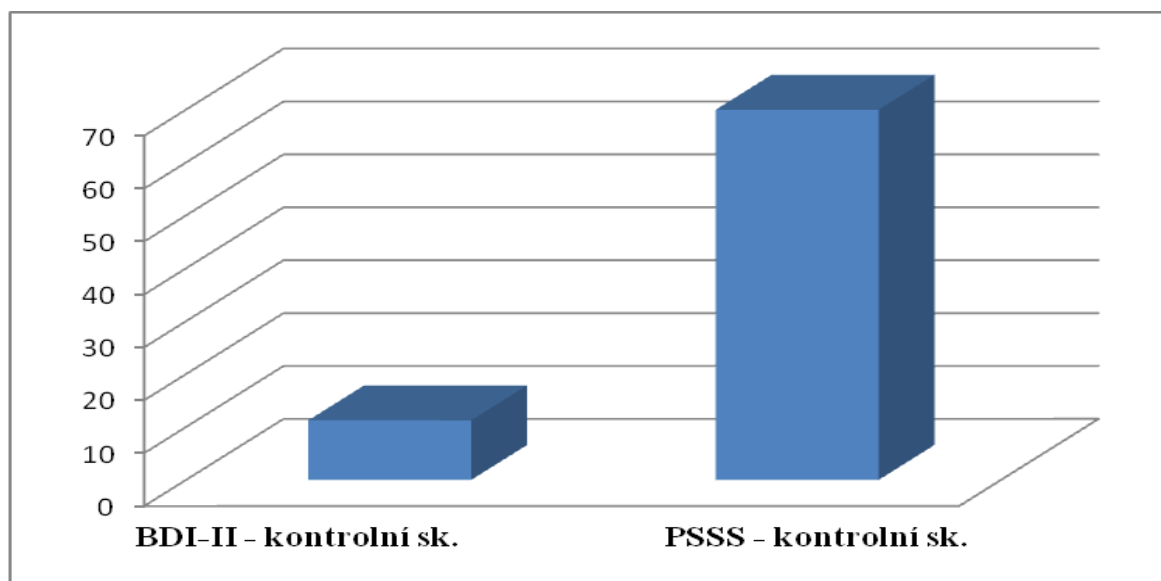
Dle hypotézy č. 4 očekávám, že u členů kontrolní skupiny existuje mezi mírou deprese zjištěnou dotazníkem BDI-II a mírou sociální opory zjištěnou dotazníkem PSSS statisticky významný negativní vztah (korelace). Pro porovnání výsledků hodnot BDI-II a hodnot PSSS jsem použila Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = -0,08$. Protože $r < r_{0,01}$, mohu konstatovat, že neexistuje statisticky významná korelace mezi mírou deprese a mírou sociální opory.

Na základě této korelace nebyl potvrzen předpoklad, že existuje statisticky významný (signifikantní) negativní vztah mezi mírou deprese a sociální podporou.

Cíl č. 4 - byl zmapován vliv sociální opory na míru deprese u kontrolní skupiny. Dle získaných výsledků mohu konstatovat, že **hypotéza č. 4 byla ověřena, ale nebyla přijata.**

V následujícím grafu jsou znázorněny průměrné naměřené hodnoty dotazníkem BDI-II a PSSS u skupiny kontrolní.

Graf č. 6 - Průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI-II a PSSS u kontrolní skupiny



DISKUSE

V poslední době je sociální opora často diskutovaným pojmem, jestliže chceme pochopit zdraví a nemoc je potřeba komplexního zkoumání člověka jako celku. V mnoha výzkumech byl prokázán pozitivní vliv sociální opory na zdravotní stav jedince, zejména u onemocnění jako je deprese, kardiovaskulární choroby (Mrvová, 2010, Kebza, Šolcová, 2010, Chung, Hsiung, 2009, Kebza, Šolcová, 2003, Křivohlavý, 2001, Cohen, Underwood, Gotlieb, 2000, Peirce, Frone, Rusell, Cooper, Mudar, 2000, Kebza, Šolcová, 1999). Dále bylo prokázáno, že lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí déle a s celkově lepším zdravím, než jedinci bez těchto vazeb (Berkman, Breslow, in Kebza, Šolcová, 1999, s. 21, Křivohlavý, 2001).

Záměrně jsem si vybrala toto téma, jehož cílem bylo zjistit sociální oporu u klientů psychiatrické léčebny. Myslím si, že právě lidem, kteří trpí duševním onemocněním, se tato forma pomoci nedostává. Sice žijeme v moderní společnosti, ale neustále v nás přetrvávají určité předsudky, které nám brání mezi sebe přijmout jedince trpící jakýmkoli psychiatrickými onemocněními. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 86 jedinců, z toho 43 klientů psychiatrické léčebny a 43 jedinců kontrolní skupiny.

Prvním cílem práce bylo zmapovat rozdíly v sociální opoře u klientů psychiatrické léčebny a jedinců neléčených pro psychiatrická onemocnění. Sociální opora byla sice vyšší u kontrolní skupiny, ale rozdíl nebyl signifikantní. Nepotvrdil se tedy předpoklad, že skupina kontrolní bude mít signifikantně vyšší sociální oporu než skupina pacientů psychiatrické léčebny. Protektivní vliv sociální opory dokazují i mnohé práce, studie (Hrtúsová, 2011, Kebza, Šolcová, 2010, Mrvová, 2010, Chung, Hsiung, 2009, Kebza, Šolcová, 2003, Mareš, 2003, Křivohlavý, 2001, Mareš, 2001, Cohen, Underwood, Gotlieb, 2000, Peirce, Frone, Rusell, Cooper, Mudar, 2000, Kebza, Šolcová, 1999). Z výsledků práce Kebzy a Šolcové (2010), která měla za cíl ověřit na souboru ekonomicky aktivních českých mužů a žen potencionální souvislosti mezi syndromem vyhoření, vybranými psychosociálními charakteristikami a hlavními rizikovými faktory kardiovaskulárních onemocnění vyplynulo, že díky zvýšené vnímané sociální opoře došlo ke snížení rizikových psychosociálních charakteristik.

V souvislosti s tímto cílem mě také zajímalo, jaká sociální opora se dostává klientům psychiatrické léčebny a jedincům kontrolní skupiny od členů jejich rodiny. Mezi oběma skupinami respondentů se nejednalo o signifikantní rozdíl v poskytování míry sociální opory od jejich příbuzných. Sociální opora a její protektivní vliv se projevuje právě tehdy, je-li poskytována lidmi, kteří mají k danému jedinci psychicky, sociálně i fyzicky nejbližší. Ve většině případů se jedná právě o členy rodiny (Křivohlavý, 2002, s. 343). Myslím si, že sociální opora, poskytována od členů rodiny a přátel hraje pro klienty psychiatrické léčebny, a nejen pro ně významnou roli. Za tzv. index sociální opory je označován rodinný stav, který je významným faktorem v této problematice (Bakal in Šolcová, Kebza, 1999, s. 24). Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že mezi klienty psychiatrické léčebny bylo 17 (39,61%) respondentů svobodných a naopak v kontrolní skupině žije 21 (48,93%) jedinců v manželství. Musíme si také uvědomit fakt, zda je manželství šťastné či nikoli. Jestliže člověk žije v manželství, které nefunguje, je vystaven značné zátěži (Bakal in Šolcová, Kebza, 1999, s. 24).

Druhým cílem diplomové práce bylo zmapovat míru deprese u klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupiny. Potvrdil se předpoklad, že skupina pacientů psychiatrické léčebny má signifikantně vyšší skóre depresivity než skupina kontrolní. Tato skutečnost zcela koresponduje i s pracemi autorů Možného (1999) a Janů (www.deprese.com). Ve svých pracích uvádějí, že lidé, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrii nebo i v nemocnici trpí častěji depresemi, než jedinci léčení v domácím nebo ambulantním prostředí. Dnes je také prokázána souvislost mezi vznikem deprese a kardiovaskulárních chorob. Deprese může být jak příčinou, tak i důsledkem tělesného onemocnění. Ze studií s velkým počtem respondentů vyplynulo, že závažnost kardiovaskulárních chorob neovlivňuje stupeň závažnosti deprese, ale naopak, deprese ovlivňuje riziko mortality u srdečních onemocnění (Anders, Kitzlerová, 2006). V literatuře se také uvádí skutečnost, že alespoň jednou za život se u člověka může objevit depresivní porucha, u mužů se jedná asi o incidenci 7 – 12% a u žen o 20 – 25% (Kebza, Paclt, 2002, s. 67). Další studie poukazují na vzájemný vztah mezi stresem, depresí s vznikem kardiovaskulárních a onkologických onemocnění (Seniorová, 2001 in Kebza, Paclt, 2002, s. 65).

Zajímavým zjištěním pro mě osobně bylo, že pouze 28 (65,24%) ze 43 (100%) jedinců kontrolní skupiny nevykazovaly podle standardizovaného dotazníku BDI-II příznaky deprese. 9 respondentů (20,97%) trpělo lehkou depresí, 4 účastníci šetření (9,32%)

měli středně těžkou depresi a u 2 jedinců (4,66%) byla zaznamenána těžká deprese. Tento fakt můžeme přirovnat k tzv. fenoménu ledovce, kdy je zraku zdravotníků část nemocných lidí skryta. Toto přesvědčení dokazuje i „Gotlandská studie,“

Další cíl diplomové práce měl za úkol zjistit vliv sociální opory na míru depresivity u klientů psychiatrické léčebny. Výsledná korelace nebyla statisticky významná, a proto mohu konstatovat, že neexistuje signifikantní negativní vztah mezi mírou deprese a mírou sociální opory. Tuto skutečnost mohu přičíst nesprávně nebo nekvalitně poskytované sociální opoře. V odborné literatuře je sice věnována větší pozornost protektivnímu vlivu sociální opory ve vztahu ke zdraví (Hrtúsová, 2011, Kebza, Šolcová, 2010, Mrvová, 2010, Chung, Hsiung, 2009, Kebza, Šolcová, 2003, Mareš, 2003, Křivohlavý, 2001, Mareš, 2001, Cohen, Underwood, Gotlieb, 2000, Peirce, Frone, Rusell, Cooper, Mudar, 2000, Kebza, Šolcová, 1999), ale existují i studie, které se zabývaly negativním vlivem sociální opory (Krause, 1997, Lu, 1997, Krause, Liang, Gu, 1997, Thoits, 1995 Lepore, 1992 in Kebza, Šolcová, 1999, s. 29 - 30). I přes výsledek mého zkoumání se domnívám, že sociální opora má na zdraví člověka protektivní vliv, ovšem je-li poskytována kvalitně a správně a ne na úkor příjemce nebo poskytovatele.

Zajímala mě také skutečnost, která souvisela s výskytem deprese a tím, žijí-li jedinci z obou zkoumaných skupin v manželství nebo jsou svobodní. Bylo prokázáno, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu deprese u jedinců, kteří v manželství žijí, a kteří nejsou sezdáni. Tento výsledek nebyl nijak překvapující. Je nutné si uvědomit, že žijeme v době, kdy většina lidí neuznává manželství, a i přesto spolu žijí v jedné domácnosti. Ve studii, kterou provedli v roce 1992 Oxman, Berkman, Kasl, Freeman, Barret (in Křivohlavý, 2001, s. 110) zkoumali jaký má hlavní význam manželství pro starší jedince. Sledováno bylo dva tisíce 65letých respondentů. Došlo se k závěru, že lidé si přejí mít někoho na blízku, komu mohou důvěřovat, na koho se mohou spolehnout. Dále byl vyvozen fakt, že jedinci, kteří mají vyšší míru sociální opory, mají i nižší riziko vzniku deprese.

Poslední cíl práce se týkal zmapování vlivu sociální opory na míru depresivity u jedinců kontrolní skupiny. Nebyl potvrzen předpoklad, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou deprese a sociální oporou. V řadě zahraničních i českých studiích byl zkoumán protektivní vliv sociální opory na výskyt deprese (Hraba, Lorenz, Pechačová,

1997, Pechačová et al., 1994, Kaplan, Toshima, 1990, C. K. Holahan, C. J. Holahan, 1987, Dean, Ensel, 1982 in Šolcová, Kebza, 1999, s. 23 – 24).

Jsem si vědoma, že statisticky nevýznamný rozdíl v míře poskytované sociální opory klientům psychiatrické léčebny může být jak příčinou, tak i důsledkem duševního onemocnění. Po nahlédnutí do oblasti problematiky negativních vlivů sociální opory, by stálo za zmínku další zkoumání, které by nám pomohlo nastínit, popřípadě ozřejmit nepříznivý vliv sociální opory nejen na duševní, ale i na fyzické zdraví člověka.

Sociální opora je pro člověka v nepříznivé životní situaci jistě přínosem, ale nesmíme zapomínat na to, že pouze opora, která je poskytována nezjištěně, správně, kvalitně je tou správnou cestou, jak danému jedinci nejlépe pomoci.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat rozdíly v míře sociální opory u klientů psychiatrické léčebny a u jedinců neléčených pro psychiatrická onemocnění. Pro zjištění daných údajů byl použit standardizovaný dotazník PSSS (sociální opory). K tomuto cíli jsme si stanovily hypotézu, že bude statisticky významný rozdíl v míře poskytnuté sociální opory u klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupiny. Cíl byl splněn, hypotéza ověřena, ale jelikož se nepotvrdil signifikantní rozdíl v míře sociální opory u obou sledovaných skupin, nemohla být přijata. Výsledkem jsme byly překvapeny, protože jsme nepředpokládaly, že mezi oběma sledovanými skupinami bude statisticky nevýznamný rozdíl. Dále nás zajímal také rozdíl v míře poskytnuté sociální opory pacientům a jedincům z kontrolní skupiny od členů jejich rodiny. Bylo prokázáno, že neexistuje signifikantní rozdíl mezi oběma sledovanými skupinami v poskytnuté opoře od rodinných příslušníků.

Pomocí druhého cíle jsme chtěly zmapovat míru depresivity u klientů psychiatrické léčebny a kontrolní skupiny. Byl použit dotazník BDI-II (Beckův inventář deprese). Pro tento cíl jsme si stanovily hypotézu, ve které jsme očekávaly, že mezi skupinou hospitalizovaných v psychiatrické léčebně a skupinou kontrolní bude signifikantní rozdíl v míře deprese. Cíl byl splněn, hypotéza ověřena, a jelikož bylo prokázáno, že skupina pacientů má statisticky významný skóre depresivity oproti skupině kontrolní, tak byla hypotéza k cíli č. 2 přijata.

Třetím cílem práce bylo zmapovat vliv sociální opory na míru depresivity u klientů léčených v psychiatrické léčebně. V hypotéze k cíli č. 3, jsme očekávaly, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou sociální opory a mírou depresivity. Výsledná korelace nebyla statisticky významná, a proto jsme mohly konstatovat, že neexistuje signifikantní negativní vztah mezi mírou deprese a mírou sociální opory. V souvislosti s tímto cílem nás také zajímalo, jaký vliv má na míru deprese rodinný stav. Došly jsme k závěru, že není významný rozdíl ve výskytu deprese u jedinců, kteří žijí v manželství, a kteří v manželství nežijí. Cíl č. 3 byl splněn, hypotéza ověřena, ale nebyla přijata.

Poslední cíl práce měl zmapovat vliv sociální opory na míru depresivity u kontrolní skupiny. Ve stanovené hypotéze jsme očekávaly, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou sociální opory a mírou deprese. Na základě výsledné korelace nebylo

prokázáno, že existuje statisticky významný (signifikantní) negativní vztah mezi mírou deprese a mírou sociální opory u jedinců kontrolní skupiny. Cíl č. 4 byl splněn, hypotéza ověřena, nepřijata.

Závěrem lze říci, že se nijak významně neliší míra sociální opory, která je poskytována klientům psychiatrické léčebny a jedincům, kteří nejsou léčeni pro psychiatrická onemocnění. Tento fakt dokazují i výsledky výzkumného šetření, které budou publikovány v odborném periodiku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDERS, Martin. UHROVÁ, Tereza. ROTH, Jan et.al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. První vydání. Praha: Galén, 2005. 271 s. ISBN 80-7262-306-0.

BENSON, Nigel. *Psychiatry*. Icon Books UK, 2004. 176 s. ISBN – 10: 184046 5379, ISBN – 13: 978 – 1840465372.

BOUČEK, Jaroslav et.al. *Speciální psychiatrie*. První vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 243 s. ISBN 80-244-1354-X.

COHEN, S., UNDERWOOD, L., GOTTLIEB, S.H. *Social Support measurement end intervention: A guide for health and social scientists*. New York, Oxford University Press, 2000.

HARTL, HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Čtvrté vydání. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-73-67-686-5.

KEBZA, Vladimír. PACLT, Ivo. Depresivní porucha v primární lékařské péči. *Československá psychologie*, 2002. Ročník XLVI. č. 1. s. 64 – 74. ISSN 0009-062X

KOHOUTEK, Rudolf et.al. *Základy sociální práce*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1998. 181 s. ISBN 80-7204-064-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Moderátor zvládnání zátěže typu sociální opory. *Československá psychologie*, 1999. Ročník XLIII. č. 2. s. 106 – 118. ISSN 0009-062X

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. První vydání. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sociální opora v intervenčních programech. *Československá psychologie*, 2002. Ročník XLVI. č. 4. s. 340 – 346. ISSN 0009-062X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sociální opora v ošetrovatelství. *Ošetrovatelství*, 2001. Ročník III. č. 3-4. s. 74 – 77. ISSN 1212-723X.

KUDLOVÁ, Pavla. *NANDA International. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009 – 2011*. První české vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 480 s. ISBN 978-1-4051-8718-3.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREŠ, Jiří. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 151 s. ISBN 80-86225-19-4.

MAREŠ, Jiří. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 252 s. ISBN 80-86225-46-1.

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MOŽNÝ, Petr. *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén, 1999. 31 s. ISBN – neuvedeno.

MRVOVÁ, Martina. *Vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého: Olomouc, 2010. 111 s.

PRAŠKO, Ján et.al. *Co je to deprese a jak se léčí?* První vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. 174 s. ISBN 80-85121-17-4.

PRAŠKO, Ján. BULÍKOVÁ, Barbora. SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. První vydání. Praha: Galén, 2009. 91 s. ISBN 978-80-7262-656-4.

PRAŠKO, Ján. PRAŠKOVÁ, Hana. PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat – příručka pro postižené, jejich blízké a pomáhající profese*. Druhé vydání. Praha: Portál, 2008. 184 s. ISBN 978-80-7367-501-1.

PREIS, Marek. *Deprese a výkon*. První vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 192 s. ISBN 978-80-87142-02-8.

PREISS, Marek, VACÍŘ, Karel. *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II*. Příručka. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o. 1999.

PŘIKRYL, Radovan. *Deprese z různých úhlů pohledu III*. První vydání. Praha: Galén, 2008. 209 s. ISBN 978-80-7262-547-5.

RABOCH, Jiří. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Druhé vydání. Praha: Triton, 2001. 205 s. ISBN 80-7254-156-0.

RAHN, Ewald. MANKOPF, Angela. *Lehrbuch Psychiatrie; für Studium und Beruf*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1999. 651 s. ISBN 388-414-2291.

REITEROVÁ, Eva. *Základy statistiky pro studenty psychologie*. 3. upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 87 s. ISBN 978-80-244-2316-6.

STYX, Petr. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. První vydání. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

ŠOLCOVÁ, Iva. KEBZA, Vladimír. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, 2003. Ročník XLVII. č. 3 s. 220 – 228. ISSN 0009-062X.

ŠOLCOVÁ, Iva. KEBZA, Vladimír. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 1999. Ročník XLIII. č. 1. s. 19 – 38. ISSN 0009-062X.

Internetové zdroje:

ANDERS, Martin. KITZLEROVÁ, Eva. Vztah mezi depresivní poruchou a kardiovaskulárními chorobami. *Remedia* [online]. 2006, 3 [cit. 2011-04-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2006/3-2006/Vztah-mezi-depresivni-poruchou-a-kardiovaskularnimi-chorobami-je-oboustranny/e-9o-9R-eY.magarticle.aspx>>.

Beckův inventář deprese [online] [cit. 2011-03-13]. Dostupné na WWW: <http://www.en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory>.

ČEŠKOVÁ, Eva. Deprese u mužů. *Česká společnost pro sexuální medicínu*: [online]. 2010, nevedeno [cit. 2011-02-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.cssmweb.cz/news/deprese-u-muzu/>>.

Definice psychiatrické péče [online] [cit. 2011-02-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.pk-brno.cz/index.php?pg=home--charakteristika>>.

Definice sociální opory [online] [cit. 2011-02-26]. Dostupné na WWW: <www.ksocp.info/UserFiles/UPZ.doc>.

Dotazník deprese BDI-II [online] [cit. 2011-03-10]. Dostupné na WWW: <http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_6_289_296.pdf>.

Dotazník deprese BDI-II [online] [cit. 2011-03-13]. Dostupné na WWW: <<http://www.testforum.cz/testforum/article/view/3/10>>.

Dotazník sociální opory J. A. Blumenthala [online] [cit. 2011-03-10]. Dostupné na WWW: <http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_6_289_296.pdf>.

FALTUS, František; JANEČKOVÁ, Eva; ANDERS, Martin. Vývoj psychiatrické péče v ČR: Vývoj sítě ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízení. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. 2010, 106, 6, [cit. 2011-04-17]. Dostupný na WWW: <<http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=668>>. ISSN 1212-0383.

CHUNG, Lyinn. Pan, Ay-Woan. HSIUNG, Ping-Chuan. *Quality of life for patients with major depression in Taiwan: A model-based* [online]. 2009, [cit. 2010-05-10]. Dostupné na WWW: <http://www.medline.cz>.

JANEČKOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty tyreopatie*. Brno, 2008. 209 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita. Dostupné na WWW: <http://is.muni.cz/th/97585/fss_d/Disertacni_prace.pdf>.

JANŮ, Luboš. *Rozhovor* [online] [cit. 2011-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor8>>.

KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi* [online]. 2010, LIV, 1, [cit. 2011-04-17]. Dostupný na WWW: <<http://cspsych.psu.cas.cz/archiv.html>>. ISSN 0009-062X.

PEIRCE, Robert. S. *A Longitudinal Model of Social Contact, Social Support, Depression, and Alcohol use*. [online]. 2000 [cit. 2011-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1071158>>.

Psychiatrická léčebna Brno [online] [cit. 2011-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.plbrno.cz/main.php?id=12>>.

Světová zdravotnická organizace [online] [cit. 2011-02-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.who.cz>>.

ŠIMON, Jaroslav. Psychosomatická a psychosociální problematika kardiovaskulárních chorob. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, 1, [cit. 2011-04-17]. Dostupný na WWW: <<http://www.solen.cz/artkey/psy-200401-0007.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3D%A9IMON%2C%20Jaroslav.%20Psychosomatic%20a%20psychosoci%20in%20problematika%20Kardiovaskul%20E1rn%20Dch%20chorob%20%26sfrom%3D0%26spage%3D30>>.

SEZNAM ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
BDI-II	Beckův inventář deprese
č.	číslo
ČR	Česká republika
et al.	a kolektiv
FZV	Fakulta zdravotnických věd
ISBN	International Standard Book Numbering
ISSN	International Standard Serial Numbering
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis International
např.	například
PLČ	Psychiatrická léčebna Brno – Černovice
PSSS	Perceived Social Support Scale
s.	strana
Tab.	tabulka
Tzv.	takzvané
UP	Univerzita Palackého
$H_{1,2,3,4}$	hypotéza
zvl.	zvláště

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Přehled možných ošetrovatelských diagnóz	32
Tabulka č. 2 – Distribuce průměrných hodnot naměřených dotazníkem PSSS	44
Tabulka č. 3 – Distribuce průměrných hodnot PSSS od členů rodiny	45
Tabulka č. 4 – Distribuce průměrných hodnot naměřených dotazníkem BDI-II	46
Tabulka č. 5 – Distribuce průměrných hodnot BDI-II ve vztahu k rodinnému stavu u pacientů a kontrolní skupiny	49

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Rodinný stav – pacienti	41
Graf č. 2 – Rodinný stav – kontrolní skupina	42
Graf č. 3 – Průměrné hodnoty naměřené dotazníkem PSSS	44
Graf č. 4 – Průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI-II	47
Graf č. 5 – Průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI-II a PSSS u skupiny pacientů	48
Graf č. 6 – Průměrné hodnoty naměřené dotazníkem BDI-II a PSSS u kontrolní skupiny	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha č. 2 – Edukační brožura na téma Sociální opora

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Marie Lišková
Hlavní sestra Psychiatrické léčebny - Černovice
Húskova 2, Brno 618 32

V Olomouci 9.6.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v PLČ Brno

Vážená paní Lišková,

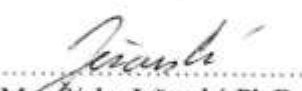
obracím se na Vás se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového výzkumného šetření u klientů trpících depresí v rámci mé diplomové práce na téma: **Sociální opora u klientů psychiatrické léčebny**. Cílem práce je zjistit jakou míru sociální opory mají klienti, kteří jsou léčeni pro depresivní poruchu

Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Mgr. Šárky Ježorské Ph.D. z Ústavu společenských a humanitních věd FVZ UP v Olomouci, která také dohlíží na etická kritéria práce.

Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.

V případě zájmu Vám výsledky šetření ráda poskytnu.

Za spolupráci a kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.


Mgr. Šárka Ježorská Ph.D.
věducí diplomové práce
Ústav společenských a humanitních věd
FVZ UP
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, Ph.D.
Ústav společenských a humanitních věd
FVZ UP
Hněvotínská 3, 779 00 OLOMOUC


Bc. Martina Černá
studentka
tel: 608 558 268
e-mail: MartulkaC@email.cz

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum:

10.6.2010


Marie LIŠKOVÁ
Razítko, podpis: hlavní sestra

Psychiatrická léčebna
618 00 Brno

Příloha č. 2 – Edukační brožura na téma Sociální opora