

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

**Ústav ošetrovatelství**

Irena Mádrová

## **Sestra a pacient s depresí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Olomouc 2011

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

### **Název práce:**

Sestra a pacient s depresí

### **Název práce v AJ:**

Nurse and patient with depression

**Datum zadání:** 12.1.2011

**Datum odevzdání:** 29.4.2011

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Irena Mádrová

**Vedoucí práce:** prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

### **Klíčová slova v ČJ:**

Deprese, komunikace, léčba, psychoterapie, ošetrovatelská péče, spánek, výživa, edukace, aktivizace

### **Klíčová slova v AJ:**

Depression, communication, therapy, psychoterapy, nursing care, sleep, nutrition, education, mobilization, self-care

**Rozsah:** 75 s., 10 příl.

## **Abstrakt v ČJ:**

V teoretické části bakalářská práce přibližuje problematiku deprese, zabývá se jejími příčinami, možnostmi léčby a úlohou zdravotní sestry při ošetřování pacienta trpícího depresivní poruchou.

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit závažnost deprese a její pokles v průběhu 4 týdenní hospitalizace u pacientů trpící depresí. Dalším cílem bylo posoudit, zda pacienti považují za přínosnou psychoedukaci, která je jim poskytována v průběhu hospitalizace, jak velkou důležitost sami psychoedukaci přikládají a kterou oblast edukace pokládají za nejvýznamnější. Posledním cílem je prozkoumat, zda mezi hodnocením psychoedukace a zlepšením deprese může existovat nějaká souvislost.

Metodikou práce je dotazníkové šetření (Beckův dotazník posuzování deprese) zaměřené, jak na subjektivní hodnocení závažnosti deprese pacientů, tak na hodnocení významu psychoedukace (Míra edukace u depresivních pacientů). Data jsou zpracovány procentuálně a při statistickém zpracování jsme se snažili o potvrzení předem stanovených hypotéz. Zajímali nás odlišnosti mezi pohlavími a vzděláním.

## **Abstrakt v AJ:**

The theoretical part of the diploma thesis describes the issue of depression, dealing with its causes, treatment options and the role of nurses in treating patients suffering from major depressive disorder.


The main aim of the thesis was to determine the severity of depression and its decline over the 4-week hospitalization of patients suffering from depression.

Another objective was to assess whether patients considered beneficial psychoeducation, which they receive during their hospitalization, how the psychoeducation is important for them and which area of the education they consider the most important. The last objective was to examine if there is any connection between evaluation of the psychoeducation and improvement of depression.

Work methodology was the questionnaire (Beck depression questionnaire) focusing on the subjective assessment of severity of depression and on the evaluation of the importance of psychoeducation (education rate of depressed patients). Data are percentually processed and we tried to confirm the previously established statistical hypotheses. We were interested in differences between the sexes, and education.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní použitou literaturu, bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 29.4.2011

  
-----  
podpis

Děkuji prof. MUDr. Jánu Praškovi, CSc., za odborné vedení bakalářské práce a za informace o problematice deprese. Děkuji Bc. Libuši Stuchlíkové DiS. a Jiřímu Neumannovi za podporu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Taktéž děkuji všem dotazovaným respondentům z Fakultní nemocnice Olomouc, za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1 Diagnostika a léčba deprese.....</b>	<b>11</b>
1.1 Formy deprese.....	12
1.2 Léčba.....	13
1.2.1 Farmakologická léčba .....	13
1.2.2 Biologická léčba .....	15
1.2.3 Psychoterapie .....	15
<b>2 Ošetrovatelská péče u pacientů s depresí.....</b>	<b>18</b>
2.1 Komunikace .....	19
2.1.1 Verbální komunikace .....	19
2.1.2 Neverbální komunikace .....	21
2.2 Péče o tělesný stav, podpora, sebek péče.....	21
2.3 Prevence sebevražedného jednání.....	22
2.4 Spánek.....	23
2.5 Socioterapie a aktivizace.....	24
2.6 Edukace.....	25
2.7 Stigma .....	26
<b>3 Shrnutí.....</b>	<b>28</b>
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
<b>4 Formulace problému a cíl šetření .....</b>	<b>30</b>
<b>5 Metoda.....</b>	<b>32</b>
5.1 Soubor respondentů .....	32
5.2 Použité metody.....	32
5.2.1 Dotazník č. 1.....	33
5.2.2 Dotazník č. 2.....	33
5.3 Zpracování získaných dat .....	34
<b>6 Popis sledovaného vzorku.....</b>	<b>35</b>
<b>7 Vyhodnocení dotazníku BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ (BDI) .....</b>	<b>37</b>
7.1 Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku BDI.....	39
<b>8 Hodnocení dotazníku zaměřených na edukaci pacientů .....</b>	<b>45</b>
8.1 Statistické zpracování .....	48
<b>9 Diskuse.....</b>	<b>50</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>52</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>54</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>56</b>
<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>57</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>58</b>

# ÚVOD

*„Když někteří jsou ve stínu a jiní ve světle,*

*tak je vidět ty ve světle, a ty ve stínu ne“*

*Bertolt Brecht, Žebracká opera*

Deprese je jedním z nejčastějších psychických problémů, který klinicky významně postihuje někdy v životě přibližně každého pátého člověka. Každoročně depresí onemocní kolem 5% obyvatelstva různého věku, ženy asi 2x častěji než muži. Vrchol onemocnění pro obě pohlaví je období od 25 do 44 let. Deprese se také může častěji objevit u žen v období šestinedělí a období klimakteria; ve stáří, kde často navazuje na smutek po ovdovění, nebo na odchod do důchodu. K dalším rizikovým faktorům patří osamělost, chudoba nebo příslušnost k minoritě. Zvýšeným rizikem se pojí také období života, při kterých dochází k zásadním změnám, jako je puberta, rozchod s partnerem, změna zaměstnání, úmrtí blízké osoby. Je však třeba zdůraznit, že deprese se nevyhýbá nikomu, bez rozdílu věku, povolání, rasy či inteligence /Praško, Prašková, 2007, s.28/.

**Typické pro depresivní poruchu** je ztráta energie, prožitky smutku, ztráta radosti, zhoršená schopnost se soustředit, snížení výkonnosti, ztráta sebedůvěry, zpomalené psychické tempo. Intenzita těchto obtíží může v průběhu dne kolísat. Ve většině případů bývá nejhůře po ránu, k večeru přichází pocit úlevy, ale může se objevit i opačný vzorec. Deprese je doprovázena pocity viny, výčitkami svědomí a znehodnocováním sama sebe. Tyto pocity vedou k vyhýbáním se lidí. Psychické tempo se snižuje, zpomaluje se myšlení. Zhoršená koncentrace může být prožívána jako ztráta paměti – pacienti pak mají pocit, že hloupnou nebo u nich začíná demence. Velmi častá bývá bezmoc a letargie, což bývá spojeno s poleháváním. Jindy v obraze dominuje naopak úzkost a vnitřní neklid.

Deprese se projevuje také řadou **tělesných příznaků** jako je únava až vyčerpanost, pocit ztráty energie, nespavost, nechutenství, zácpa, bolesti hlavy, bolesti páteře, závratě a pocity na omdlení apod. Mohou se objevit také tělesné příznaky úzkosti, jako jsou palpitace, dušnost, sevření na hrudi, třes apod. /Praško, Kyrálová, 1997, s.12-15/.

Také **aktivita** bývá u této poruchy snížena. Pacienti mohou být zpomalení, bez iniciativy, překážky v životě jim připadají nepřekonatelné, jakékoliv rozhodnutí jim dělá obtíže. Depresivní lidé se přestávají zabývat tím, co jim dělalo potěšení, co je zajímalo, vykonávají jen nejnnutnější činnosti.

Deprese má mnoho projevů, ale ne každý smutek můžeme nazývat depresí. Od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší zejména svojí intenzitou, hloubkou a délkou trvání. Na rozdíl od smutku také nepříznivě ovlivňuje naši výkonnost.

Deprese je nemoc. Nejedná se o slabost, nedostatek vůle či sebekázně. Ovšem to rozhodně neznamená, že člověk není normální nebo blázní. Nemůže však fungovat v každodenních záležitostech, prožívá silný stres, nedokáže se soustředit a ztratil radost z věcí, které ho dříve těšily /Praško, Kyrálová, 1997, s.12/.

Deprese je onemocnění, které postihuje celý organismus /Doubek, Herman, Hovorka, 2009, s.6/. Pocity slabosti a snížené psychomotorické tempo jsou vyvolány psychickou poruchou, která není ovlivnitelná vůlí. Charakteristické pro toto onemocnění je opakování epizod chorobného smutku, beznaděje, pokles až ztráta energie, sebedůvěry, oslabení vůle a radosti ze života. Deprese je provázena snížením výkonnosti, bezdůvodnými obavami a úzkostmi, pocity provinění, pesimistickými výhledy do budoucna, myšlenkami na ukončení života, poruchami spánku, soustředění, nezájmem o sebe, svou práci, koníčky, přátele a rodinu, které je dříve těšili /Doubek, Herman, Hovorka, 2009, s.6 - 8/.

Křivohlavý ve své knížce uvádí, že člověk v depresi prožívá řadu nepříjemných pocitů, cítí se unavený, smutný, nešťastný, vyčerpaný atd. Zdůrazňuje u depresivního jedince zejména pocit, že lidé kolem něho mu nerozumí, dívají se na něho jako na lhostejného člověka, který často nařiká, je nespolečenský a netečný. Pacient tak nedokáže u okolí nalézt porozumění, a proto se dostává do ještě většího osamocení /Křivohlavý, 1997, s.9/.

V teoretické části bakalářská práce přibližuje problematiku depresivní poruchy, zabývá se jejími příčinami, možnostmi léčby a úlohou zdravotní sestry při ošetřování pacienta trpícího depresivní poruchou. Závěr teoretické části popisuje možnosti ošetřovatelské péče o pacienty s depresí.



Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit závažnost deprese a její pokles v průběhu 4 týdenní hospitalizace u pacientů s depresivní poruchou. Dalším cílem bylo posouzení, zda pacienti považují za přínosnou psychoedukaci, která je jim poskytována v průběhu hospitalizace, jak velkou důležitost psychoedukaci sami přikládají a kterou oblast edukace pokládají za nejvýznamnější. Posledním cílem, který navazuje na dva předešlé, je prozkoumat, zda mezi hodnocením psychoedukace a zlepšením deprese může existovat nějaká souvislost.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 Diagnostika a léčba deprese

*„Jednou z nejhorších nemocí je diagnóza“*

*Karl Kraus*

**Základní příznaky** depresivní poruchy postihují náladu, myšlení, aktivitu i tělesné prožívání. Mezi nejčastější příznaky patří:

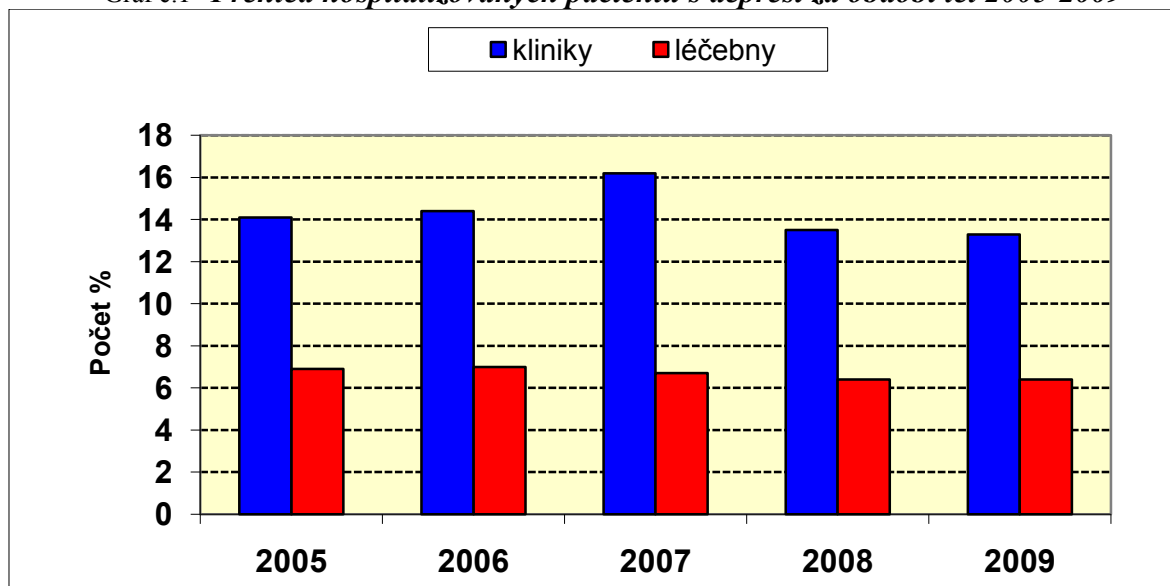
- přetrvávající smutná, úzkostná nebo „prázdňá“ nálada
- negativní pohled na sebe a sebedoceňování, sebeobviňování
- ztráta pocitu smysluplnosti života
- beznaděj, pesimismus nebo bezmoc
- nezájem a ztráta radosti
- poruchy spánku: zhoršené usínání, předčasné ranní probouzení, přerušovaný spánek nebo naopak nadměrná ospalost a spavost i během dne
- ztráta chuti k jídlu, snížení váhy, nebo naopak přejídání se a přibývání na váze
- pokles energie, únava, ospalost, malátnost
- přetrvávající tělesné příznaky, jako je bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti v těle, tlak na hrudi, pocity ztuhlosti nebo ochablosti svalstva
- nezájem o sexuální život
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu
- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, nadměrné obavy, časté pocity napětí, potíže se soustředěním, zapamatováním si, rozpomínáním se a s pamětí vůbec

*/Praško, Kosová, 2001, s. 2-3/.*

Pod pojmem deprese rozlišujeme podle současné **klasifikace MSK-10** (1996) několik různých nosologických jednotek - ojedinělou depresivní epizodu (F32), periodickou (rekurentní) depresivní poruchu (F33), depresivní fázi bipolární afektivní psychózy (F31), trvalou poruchu nálady - dystymii a cyklothymii (F34) a depresivní reakci (F43). Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F32 depresivní epizoda a příznaky somatického syndromu (viz příloha č.1).

Deprese je velmi častou psychickou poruchou. Postihuje lidi kteréhokoliv věku, povolání, inteligence, vzdělání, ekonomického zázemí. Je přibližně 2x častější u žen než u mužů. Závažnější deprese, zejména pokud jsou spojeny s myšlenky na sebevraždu, jsou zpravidla léčeny při hospitalizaci. V následném grafu je tabulka počtu pacientů s afektivní poruchou hospitalizovaných v léčebnách a psychiatrických klinikách ČR v letech 2005-2009. Údaje jsou uváděné v procentech /Zdravotnická statistika, ÚZIS ČR, 2005-2009/.

Graf č.1 **Přehled hospitalizovaných pacientů s depresí za období let 2005-2009**



## 1.1 Formy deprese

Podle závažnosti můžeme rozlišit několik forem deprese, které se liší jak mírou depresivního prožívání, tak mírou narušení fungování.

- **Lehká depresivní epizoda** – Projevuje se mírnou depresí nebo ztrátou radosti. Člověk postižený mírnou depresí se musí do všeho nutit, nicméně v důležitých věcech se mu to daří, máloco ho potěší, je spíše rozmrzelý a stahuje se do sebe. Většinou je schopen pracovat a udržet si sociální vazby. Léčba může probíhat ambulantně.

- **Středně těžká depresivní epizoda** – Pokles nálady je už závažnější než u předchozí formy. Deprese je více méně trvalá, celodenní a jen obtížně se daří ji na krátkou dobu rozptýlit. Postižený jen obtížně zvládá pracovní, sociální a domácí aktivity. Zpravidla je v pracovní neschopnosti. Léčba probíhá buď ambulantně, nebo v rámci hospitalizace, což je vždy nutné v případě vážných sebevražedných rozlad.

- **Těžká depresivní epizoda** – Základním projevem je pronikající hluboká depresivní nálada. Typicky se objevuje také výrazný psychomotorický útlum, který omezuje schopnost se o sebe postarat. V tomto případě postižený zpravidla leží nebo sedí a hledí před sebe. Silné pocity viny, ztráta sebeúcty, pocity zbytečnosti a neúčinnosti mohou vést k sebevražedným tendencím. Pacient už není schopen pracovního a společenského zapojení. Existuje také agitovaná forma těžké deprese, pro kterou je typický neklid a dezorganizované chování /Malá, Pavlovský, 2002, s.65/.

Hodnocení závažnosti deprese (viz příloha č. 2).

## 1.2 Léčba

Cílem léčby depresivní poruchy je odstranění příznaků onemocnění, odstranění rizika relapsu a obnovení původní kvality života. K léčbě využíváme léky, psychoterapii a jiné biologické metody /Praško, Prašková, 2007, s.79/.

### 1.2.1 Farmakologická léčba

Léky volby u depresivní poruchy jsou antidepresiva. Dále mohou být přechodně podávána anxiolytika, zejména u agitovaných depresí, a u depresí s psychotickými příznaky. U farmakorezistentních depresí jsou také podávána antipsychotika druhé generace. **Antidepresiva** jsou základní léky pro léčbu depresivní epizody. Ovlivňují patickou náladu, úzkost a napětí, postupně pomáhají zvýšit aktivitu a zájem. Mechanismem účinku je úprava aktivity neuromodulátorů, jako je serotonin, noradrenalin a dopamin na synaptické štěrbině, což vede k následným genomickým účinkům a změnám neuroplasticity. Účinek antidepresiv není okamžitý, zpravidla se dostaví za 3–6 týdnů podávání. I po odeznění depresivního onemocnění je nutno pokračovat v užívání léků a to nejméně 6–9 měsíců. U opakované epizody deprese by léčba měla trvat nejméně 2 roky, po třech a více epizodách 5 let. Často je potřebné užívat antidepresiva po celý život. Bylo zjištěno, že pokud si pacienti léky vysadí předčasně, až u 80% pacientů dochází k návratu deprese /Praško, Bulíková, Sigmundová, 2009, s.58/.

Informace o tom, jak antidepresiva užívat, jak dlouho je nutné je brát, o jejich vedlejších účincích, patří k psychoedukaci pacienta. Je však pravda, že během deprese si pacient může informace hůře pamatovat a je potřeba mu je opakovat. Zkušená psychiatrická sestra by měla znát nejenom léčebný účinek psychofarmak, dobu, za kterou dojde k jejich účinku, ale také by měla znát jejich vedlejší účinky /Malá, Pavlovský, 2002, s.112/.

Moderní antidepresiva mívají zpravidla mírné a jen dočasné vedlejší účinky, které se zpravidla objevují záhy po nasazení léků. Různé skupiny antidepresiv mívají své typické vedlejší účinky. K těmto časným **vedlejším účinkům** patří u klasických tricyklických antidepresiv:

- sucho v ústech
- zácpa
- obtížnější močení
- rozostřené vidění
- závratě
- únavnost a nesoustředěnost
- sexuální potíže

Většina z těchto vedlejších účinků je dočasného charakteru a po 2 týdnech zpravidla ustoupí. Ovšem snížení libida a přibírání na váze patří mezi nežádoucí účinky, které se mohou objevovat dlouhodobě. Část pacientů se na sexuální dysfunkci postupně adaptuje, u některých však potřebujeme hledat jiný lék či korigovat dysfunkci pomocí přídatné medikace. Přibírání na váze vyžaduje větší kázeň při jídle a dostatečný tělesný pohyb /Praško, Prašková, 2007, s.80-83/.

Během hospitalizace na sestře plně leží zodpovědnost za správné podání léků a sledování případných nežádoucích účinků. Pacient má nárok znát jméno léku, který dostává. Je pravdou, že v minulosti to bývalo pacientům odepřeno a o lécích je mohl informovat pouze lékař. Pokud pacient ví, jaký lék dostává, může nás upozornit, že v minulosti tento lék špatně snášel /Malá, Pavlovský, 2002, s.112/.

## 1.2.2 Biologická léčba

Vedle farmakoterapie se pro léčbu deprese používá několik biologických metod, které mohou být k léčbě použity samostatně, ale zpravidla se s farmakoterapií kombinují.

- **Fototerapie**

Při fototerapii je depresivní pacient vystavován umělému světlu o intenzitě 2500 – 10 000 luxů po dobu nejméně 10 dnů. Světlo, které se využívá k léčbě, je ve svém spektru podobné slunečnímu světlu, bez ultrafialové části záření. Fototerapie se aplikuje zejména ráno. Délka aplikace závisí na světlené intenzitě. Při intenzitě 10.000 luxů trvá aplikace 30 minut, při 5.000 luxech po dobu nejméně 60 minut, při 2.000 luxech až 120 minut /Malá, Pavlovský, 2002, s.105/. Účinek je vysvětlován synchronizací cirkadiálních rytmů jedince, ovšem je řada dalších teorií, které vysvětlují mechanismus fototerapie jiným způsobem. Nejlepší efekt byl zaznamenán u sezonní afektivní poruchy /Praško, Bulíková, Sigmundová, 2009, s.67/.

- **Elektrokonvulzivní terapie - ECT**

Elektrokonvulzivní terapie patří mezi biologické léčebné metody. Podstatou léčby je vyvolání stavu podobného epileptickému záchvatu, který vzniká po stimulaci mozkové tkáně elektrickým proudem o nízkém napětí /Radimský a kol., 2001, s.8/. Moderní stimulační přístroje dávkuje energii tak, aby zatížení organismu bylo co nejšetrnější. ECT terapie se provádí v sérii 5–10 stimulací, 2x–3x týdně. Výkon je prováděn v krátkodobé celkové anestézii a v myorelaxaci. Elektrokonvulzivní terapie je indikována zejména u těžkých forem deprese a katatonních stavů /Hrdlička,1999, s.54/.

## 1.2.3 Psychoterapie

Psychoterapie je důležitou součástí léčby. Poskytuje podporu, porozumění a vedení v průběhu léčby, umožňuje pochopení některých mechanismů udržování deprese a učí, jak je překonat. Dále učí zdravému životnímu stylu, který pomáhá zabránit návratu depresivní epizody. Psychoterapie bývá zpravidla používána v kombinaci s antidepresivy, ale u mírné depresivní poruchy může pomoci i samotná. U středně těžké deprese je však optimální kombinovaná léčba, u těžké deprese zpočátku psychoterapie není možná a užívá se až po zlepšení pacienta natolik, aby byl schopen z psychoterapie profitovat.

Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem v nemoci děje. Učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s problémy v životě, a posléze trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové epizody. Psychoterapeutický přístup poskytuje **bezpečný prostor**, ve kterém se nemocný může projevit a vyjádřit všechno, co ho trápí. Psychoterapie pomáhá řešit i další problémy v životě, které nemusí být součástí příznaků poruchy; zabývá se ztrátami v životě, změnami v životních rolích, konflikty v práci nebo v blízkých vztazích, sociální izolací pacienta apod. /Praško, Kosová, 2001, s.6-7/.

- **Individuální terapie**

Individuální psychoterapie bývá v praxi nejrozšířenější. Účastní se jí pouze psychoterapeut a pacient. Dochází ke vzniku intenzivního terapeutického vztahu, ve kterém velkou roli hraje důvěra a pocit bezpečí pacienta a jeho postupná motivace k vlastní aktivitě /Vymětal, 2003, s.67/. Individuální psychoterapie pomáhá svojí **příjemnou a přátelskou atmosférou** pacientovi postupně začít důvěřovat ve vlastní síly. Terapeut pacienta zpravidla do ničeho nenutí, spíše společně hledají cesty řešení situace. Individuální psychoterapie může být výhodná zejména pro pacienty se silnou sociální úzkostí, kteří mají problémy se otevřít před skupinou. Nejčastěji se užívá u ambulantní léčby /Praško, Kosová, 2001, s.6-7/.

- **Skupinová terapie**

Skupinová psychoterapie probíhá zpravidla ve skupině kolem 9-12 osob. Skupina pomáhá pacientovi si uvědomit, že i ostatní lidé mohou mít podobnou zkušenost a na jejich příkladech vidí, jak se ostatní pokoušejí své problémy řešit, porovnává to se svojí situací. Terapeut skupinu vede k nalézání konstruktivních řešení, pacienty oceňuje a posiluje, učí je vzájemně se pozitivně ohodnotit a nenásilně brání tendenci uvíznout v nařikání a stěžování si na příznaky. Pacient se **učí od ostatních**, jak řešit své problémy a vyrovnat se svým onemocněním /Praško, Prašková, 2007, s.88/.

- **Podpůrná psychoterapie**

Podpůrná terapie patří k neodmyslitelné součásti léčby, kterou by měla zvládat i zdravotní sestra. Mezi základní rysy patří naslouchání, vcítění, vyjádření podpory, vedení, podávání informací, povzbuzování. Důležitá je pro pacienta možnost vyjádřit svoje pozitivní i negativní emoce /Praško, Bulíková, Sigmundová, 2009, s.64/.



- **Kognitivně-behaviorální terapie – KBT**

Kognitivně-behaviorální terapie je vysoce **strukturovaná forma** psychoterapie, která pacienta učí **krok za krokem**, jak porozumět svému depresivnímu myšlení, cítění a chování a jak je postupně začít měnit pomocí změny hodnocení sebe a událostí, postupného plánovitého zvýšení aktivity a změny hlubších postojů k sobě a druhým. KBT teorie vysvětluje emoční poruchy jako důsledek nepřiměřeného kognitivního zpracování zkušenosti. Události si pacient vysvětluje negativními automatickými myšlenkami „*Nestojím za nic*“, „*Nic jsem nezvládl*“, „*Nikdo o mně nestojí*“ apod., které vedou ke zhoršení nálady a snížení aktivity přesto, že neodpovídají skutečnosti /Praško, Prašková, 2007, s.89/. Čím víc je člověk depresivní, tím více svým **automatickým myšlenkám** věří. Čím více je automatických myšlenek, tím více se prohlubuje jeho depresivní nálada a další symptomatologie. Uzavírá se **bludný kruh** deprese /Praško, Možný a kol., 2007, s.279-280/.

Záznam bludného kruhu u pacienta s depresí (viz. příloha č.3) a záznam negativních automatických myšlenek (viz. příloha č.4).

Pacient se na počátku terapie učí zejména zacházet s příznaky a problémy v životě a **nacvičuje dovednosti**, jak zvládat stresující situace. Se změnou myšlení a chování přichází i úprava nálady a postupně se zlepšuje sociální adaptace. Dovednosti, které se pacient během léčby naučí, mu pak zůstávají. KBT patří k nejúspěšnějším přístupům pro léčbu středně těžkých a lehkých depresivních epizod /Praško, Možný a kol., 2007, s.279-286/.

**Základní postupy** v KBT deprese:

- porozumění onemocnění, příznakům a souvislostem – uvědomění si okolností a spouštěčů depresivního prožívání, zmapování tzv. bludného kruhu deprese (souvislost mezi myšlenkami, emocemi, tělesnými reakcemi a chováním), ujasnění si vlivu deprese na fungování v různých oblastech života
- záznam činnosti a posléze účelné plánování činností – aktivity jsou plánovány od nejjednodušších, náročnost se postupně zvyšuje
- postupná změna depresivních myšlenkových vzorců (tzv. kognitivní restrukturalizace) a vytvoření nedeprativního způsobu myšlení
- nácvik relaxace a zklidňujícího dýchání
- nácvik komunikace a asertivity
- nácvik metody řešení problémů
- prevence relapsu deprese.

## 2 Ošetrovatelská péče u pacientů s depresí

V oblasti ošetrovatelské péče u depresivního pacienta je potřeba se věnovat zejména těmto oblastem :

- navázání kontaktu s pacientem, vytvoření terapeutického vztahu, kvalitní komunikaci
- péči o tělesný stav, podpoře sebepéče, výživě
- prevenci sebevražedného jednání
- spánku
- aktivitě a volnému času
- edukaci
- stigmatizaci a sebe-stigmatizaci

Chování sestry k depresivnímu pacientovi vyžaduje citlivé vyjádření pochopení, jemné povzbuzování, ale nenucení, chválení za věci, které se pacientovi podařily. Sestra by měla projevovat **empatii**, ale nikoliv nadměrnou lítost, protože ta pacienta demobilizuje. Neměla by se depresivního pacienta pokoušet rozveselovat, ani mít na něj nadměrné nároky, které pacient pro nedostatek energie a rozhodnosti není schopen splnit. Familiární veselost pacient vnímá jako nepochopení a proto bychom se ji zdravotník měl vyvarovat. Sestra se snaží zjistit, co má pacient rád a dobře dělá a pokusí se jej k této činnosti povzbudit; ne však za každou cenu. Doporučuje mu, aby plánoval své činnosti pouze na hodiny dopředu a zatím pokud možno nepřemítal o vzdálené budoucnosti, na kterou ještě pochopitelně nemá jasný pohled, protože o ní uvažuje z hlediska momentálního nedostatku energie a pocitů bezmoci /Venglářová, Mahrová, 2006, s.89/.

K činnostem by pacient neměl být nucen, ale spíše zván a povzbuzován. Hluboce depresivní pacient může zájem sestry odmítat s tím, že si to nezaslouží, nebo že jakákoliv pomoc nemá smysl. Nemělo by to vést k tomu, že se sestra stáhne a přestane se pacientovi věnovat – za depresivními proklamacemi pacienta je zpravidla skrytá **potřeba přijetí a bezpečí** /Praško, 2010, s.148/.

## 2.1 Komunikace

*„Komunikace je nástrojem uspokojování potřeb člověka“*

*Venglářová Martina*

Nesmírně důležitý moment v komunikaci nastává už **při příjmu pacienta** na oddělení. První dojem dokáže ovlivnit pacientův postoj na celou dobu hospitalizace. Je důležité, aby sestra uměla správně komunikovat.

Také v průběhu služby sestra častěji pacienta kontaktuje a navazuje s ním rozhovor. Především ji zajímá, jak se cítí, zda něco nepotřebuje, nebo si s ním jen tak pohovoří. Tím prospívá **navození důvěry** a přijetí, což tito pacienti potřebují /Malá, Pavlovský, 2002, s.118/.

Těmto dovednostem se sestry učí na výukových kurzech, seminářích a odborných konferencích.

Zásady pro komunikaci s depresivním pacientem (viz. příloha č. 5)

### 2.1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme **dorozumívání se pomocí slov**. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení. Celkové ladění komunikace pomáhá vytvářet vztah nemocného k osobám, které o něj pečují.

Umět správně komunikovat neznámá jen správně zvolit slova, ale je nutné věnovat pozornost dalším prvkům, jako jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, správná intonace a výška hlasu a v neposlední řadě i délka projevu. Pacienti trpící depresí bývají hůře soustředění a jejich chápání bývá po dobu deprese zhoršené. Proto komunikace s nimi vyžaduje pomalejší tempo, používání kratších vět, jasnost a konkrétnost.

Stavu pacienta má být proto úměrná rychlost řeči, její hlasitost i modulace. Mlčet neznámá, že sestra či pacient nemá co říci. Ovšem depresivní pacient snáší mlčení špatně, protože hledá za ním svoji chybu. Je pro něj důležitější pomalé tempo a odmlky, než úplné mlčení. Sám toho zpravidla moc nenamluví, ale jednoduchý rozhovor může významně pomoci i v hluboké depresi /Venglářová, Mahrová, 2006, s.19-22/.

Verbální komunikaci s depresivními pacienty lze posoudit podle **následujících kritérií**:

- **Jednoduchost** – věty mají být jednoduché, nevětvené, poskytovat jen tolik informací, kolik je pacient schopen pojmout. Sestra si musí ověřit, zda nemocný porozuměl sdělovanému. Proto, u depresivních pacientů nepoužívá složitá souvětí, jinotaje ani se nepokouší o humor.

- **Stručnost** – stručná informace je jasná a působí profesionálně; nesmí být však až tak stručná, že ztrácí důležité informace a tím i srozumitelnost. Pro depresivního pacienta je stručná informace pochopitelná, dobře se v ní orientuje a nemusí dlouze uvažovat, co všechno informace obsahuje.

- **Zřetelnost** – při komunikaci s pacientem sestra musí jasně vyjádřit podstatu věci. Zřetelnost se týká nejen verbálních, ale i neverbálních složek. Při nedostatečné hlasitosti sdělení nemusí pacient s horší schopností koncentrace porozumět.

- **Vhodné načasování** – zejména u závažných témat je načasování velice důležité. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor a dostatek času. Pokud pacient chce sdělit svůj problém, sestra mu naslouchá a může ho v projevu podpořit /Venglářová, Mahrová, 2006, s.23-25/.

Komunikace s pacientem může být rozvíjená, ale bohužel také bržděná. Mezi **brzdící síly v komunikaci** patří následující přístupy:

- V komunikaci by se sestra měla vyvarovat chyb, jako je bagatelizace a zlehčování obtíží (i když to může myslet dobře, aby pacientovi „ulehčila“), protože depresivní člověk propadá dojmu, že jeho situaci nikdo nerozumí. Není vhodné, zejména na počátku léčby, doporučovat nové aktivity, které způsobí zvýšené nároky na adaptaci a přetěžují tak pacienta. Sestra by neměla také nutit pacienta k rozhodování či ponechávat pacienta sama sobě, neboť se může stát, že nezvládne běžné denní činnosti a pak má tendence si to vyčítat nebo se za to obviňovat.

- Pro depresivního pacienta je frustrující přílišný spěch, naléhání, příliš velká očekávání od jeho výkonu. Pacient potřebuje sestru, která si věří, protože pochybnosti u autority ještě více zpochybňují jeho nejistotu o sobě. Ovšem pokud s ním někdo jedná namyšleně nebo arogantně, zraňuje ho to, protože už sám má o sobě dost pochybností /Venglářová, Mahrová, 2006, s. 19-28/.

### 2.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je souhrn **mimoslovních sdělení**, která jsou vědomě nebo nevědomě předávána člověkem k jiné osobě nebo lidem. Jednodušeji je popisována jako řeč těla. Bývá považována za upřímnější než verbální projev. Depresivní pacient může být na neverbální projevy velmi citlivý, zejména pokud zažil odmítání doma nebo v zaměstnání. Proto neverbální projevy netrpělivosti, naléhání, pohrdání nebo nadměrného soucítění mohou být pro něj zraňující /Venglářová, Mahrová, 2006, s. 45-70/.

## 2.2 Péče o tělesný stav, podpora, sebepéče

U pacientů s depresí je důležitý **aktivní přístup** sestry v péči o nemocného. Pacienti bývají pasivní a ne příliš často žádají sestru o pomoc při řešení svých obtíží. Lidé s depresí se za svůj stav mnohdy stydí, protože je mnoho věcí, které kvůli ní nezvládnou. Pokud se podaří zvládnout sebepéči, může to být pro ně velmi důležité, protože mají alespoň jednu oblast, kterou zvládnou sami /Neubauerová, 2010/.

Sestra by měla průběžně sledovat u nemocných nejen jejich duševní, ale i **somatický stav**. Dále se zajímá o projevy, které významně souvisejí s tělesnými příznaky deprese. Při přijímání pacienta zjišťuje jeho stravovací návyky, preferenci jídel, problémy související s přijímáním výživy /Mikšová, 2006, s.20/, protože jedním ze symptomů deprese je nechutenství, které vede u těžších forem onemocnění k váhovému úbytku. Dále je důležité si všimnout i příjmu tekutin /Neubauerová, 2010/. Důležité je pacienta dostatečně informovat o dodržování adekvátního příjmu živin, hydrataci. Sestra by měla zároveň přispívat ke zlepšení chuti pacienta i příjemným, čistým prostředím a estetickou úpravou stravy /Mikšová, 2006, s.20-21/. Pacienti trpící depresí **zanedbávají potřeby svého těla** právě v době, kdy vyváženou, plnohodnotnou stravu a dostatečný příjem tekutin nejvíce potřebují /Neubauerová, 2010/.

Deprese se často projevuje somatickými stesky, které mohou být příčinou **sníženého příjmu stravy a tekutin**. Pacienti si často stěžují na pocit sevřenosti hrudníku a břicha, pálení okolo žaludku a porušené vyprazdňování. Pacienti trpící depresí často trpí zácpou. Proto dalším úkolem sestry je denně zaznamenávat do dokumentace četnost stolice.

Sestra si všimá u pacienta oblast **hygieny**. Od pacienta či jeho rodiny je důležité získat informace v oblasti hygieny, zjistit kritéria stupně soběstačnosti /Mikšová, 2006, s.32/, protože

pacienti s depresí mohou mít problémy přinutit se k činnosti a často úkony hygieny a péči o svůj zevnějšek odkládají /Neubauerová, 2010/. Cílem ošetrovatelské péče je zajištění a dopomoc hygienické péče v oblastech, které pacient potřebuje. Za pomoci rodiny sestra zajistí i potřebné pomůcky /Mikšová, 2006, s. 33–35/.

## 2.3 Prevence sebevražedného jednání

*„Sebevražda je trvalé vyřešení dočasného problému.“*

*Doubek Pavel*

Zvýšenou pozornost zasluhují pacienti s **intenzivními myšlenkami na sebevraždu**. Sebevražedné myšlenky a tendence jsou běžnou součástí depresivního syndromu. Suicidální impulsy a suicidální chování vyplývají z emocionálně nesnesitelného pocitu psychické trýzně a kognitivního zúžení, které brání nalezení cesty z prožívaného stresu. Cílem péče o suicidálního pacienta je ochrana před sebezničením do té doby, než je opět schopen převzít tuto zodpovědnost zpět na sebe.

Člověk s vysokým rizikem sebevraždy, který **není schopen kontrolovat sám sebe**, potřebuje být pod kontrolou vnější. Nebezpečí sebevražedného jednání je naléhavé, jestliže člověk v krizi je depresivní a současně obtěžován vtíravými sebevražednými myšlenkami a fantaziemi mající nutkavý, neodbytný charakter /Vymětal, 2003, s.142/.

Pacienti pomýšlející na sebevraždu se často stydí a **cítí zahanbení**. Jedním z motivů sebevražedných tendencí může být pocit **ztráty sebeúcty**. Proto při hodnocení sebevražedného rizika (dotazník–viz příloha č.6), mluvíme s pacientem vždy s respektem a důrazem na jeho individualitu a hodnotu. Samotný dotazník nemusí stačit na posouzení rizika, protože pacient může sebevražedné myšlenky bagatelizovat nebo disimulovat. Každou zmínku o suicidii ze strany pacienta je potřebné brát vážně /Praško, 2010, s.210-217/.

Náznaky o suicidálním úmyslu mohou být přímé nebo nepřímé. Přímé se vyjádří větami typu: „*Chci umřít!*“, „*Zabiji se!*“. Nepřímé bývají méně nápadné: „*Nedokážu už dále snášet život!*“, „*Nemá to cenu!*“, „*Takový život je nesnesitelný!*“ Když pacient naznačuje, že jeho život nemá smysl, zpravidla čeká na naši přímou otázku, zda myslí na to, že by tady nebyl. Pokud řekne, že ano, musíme se přímo zeptat, zda o sebevraždě uvažuje: „*Myslíte na sebevraždu?*“. Pro pacienta tato otázka mění situaci. Často to, o čem mlčel a nedokázal se

svěřit, styděl se za to, nebo prožíval ambivalentní pocity, bylo poprvé otevřeně pojmenováno. To pak umožňuje svěřit se a probrat protichůdné postoje s tím spojené. Pokud si ujasníme, že o sebevražedné úvahy jde, měli bychom se zeptat na to, zda už promýšlel, jak to udělat. Pokud plán nemá a mluví o tom, že by raději zemřel, je ve stádiu úvah a zpravidla nehrozí tak bezprostřední nebezpečí. Nejvýznamnějším kritériem závažnosti je **suicidální plán**, u kterého se dají hodnotit **čtyři složky**: letalita metody, dostupnost prostředků, promyšlenost do detailů a příprava na smrt. Plánování zastřelením se nebo skoku z mostu je více letální, než požití léků či pořezení si zápěstí /Praško, 2010, s.210-217/.

Mezi **rizikové faktory**, kromě depresivního syndromu, patří sebevražda v rodině, sebevražedný plán v anamnéze, mužské pohlaví, nezaměstnanost a abusus návykových látek /Praško a kol., 2003, s.77/.

## 2.4 Spánek

Samotné onemocnění, úzkost, stres, ale i vedlejší účinky léků mohou vést k poruchám spánku. V akutní fázi nemoci, nebo při sekundární insomnii bývají krátkodobě podávána hypnotika. Sestra by se měla zajímat, jaké zvyky měl pacient před usínáním v domácím prostředí.

Často se stává, že pacient se domáhá léků na spaní, aniž by je potřeboval, protože je přesvědčen, že jinak neusne. Je nutné zohlednit průběh dne, případné rozrušení a emocionální rozpoložení, protože u depresivních pacientů je běžné denní polehávání a pospávání s následkem večerní nespavosti. Pokud je pacient výrazně rozrušen a je zjevné, že bez medikace spát nedokáže, je **podání léků** na spaní nutné. O tom má rozhodnout lékař. Sestra nemocné s poruchou spánku v noci průběžně kontroluje a zapisuje průběh spánku /Hlinovská, Fišarová, 2009/.

Pacienta lze upozornit na různé vlivy, které mohou narušit kvalitu spánku. Je dobré informovat pacienty o **spánkové hygieně** (viz příloha č. 7).

## 2.5 Socioterapie a aktivizace

Pojmem socioterapie je možno si představit léčebné postupy, které vedou ke zmírnění vlivu **nepříznivých společenských faktorů** na příznaky onemocnění a k omezení těchto psychopatologických projevů na sociální postavení pacienta /Malá, Pavlovský, 2002, s.58/. Afektivní poruchy mohou vyřazovat pacienta z běžného života, mohou vést ke ztrátě pracovního zařazení, k narušení dosavadních mezilidských kontaktů, v těžších případech k invalidizaci; mnohdy se rozpadne i rodinné zázemí. Rehabilitace na psychiatrickém oddělení začíná už v průběhu hospitalizace a je zaměřená na **uchování kvality života** pacienta v rozsahu, jaké dovolí jeho onemocnění. Jakmile dojde k alespoň k částečnému zklidnění, úkolem sestry je zapojit pacienta do pracovního, kulturního a tělovýchovného programu. Je důležité, aby sestra brala ohled na pacientovy momentální duševní a tělesné schopnosti. Pacienta sestra nenutí do aktivit, které jsou v dané situaci nad jeho síly /Malá, Pavlovský, 2002, s. 111/.

**Pravidelný režim** s aktivitou je nedílnou součástí při léčbě deprese. Sestra dohlíží na to, aby pacienti trávili přes den v lůžku co nejméně času, navrhuje vhodné aktivity (např: sledování TV, hraní společenských her, cvičení) /Radimský a kol., 2001, s.46-47/.

- **Ergoterapie**

Ergoterapie nebo-li léčba prací, patří k důležitým rehabilitačním přístupům pro resocializaci pacienta. Umožňuje také aktivizovat jeho **pracovní schopnosti** /Radimský a kol., 2001, s.45/. V psychiatrii má ergoterapie nejdelší tradici. Pracovní prostory poskytovaly i rozsáhlé zahrady, parky a sady v okolí. Cílem bylo vyplnění volného času pacientů jako prostá léčba zaměstnáním.

V současné psychiatrii se rozvinuly moderní metody, které často napomáhají v diagnostice onemocnění, informují o postupu či ústupu změn, změně příznaků onemocnění /Kubínková, Křížová, 1997, s.76/.

S ústupem nemoci stoupá význam léčby prací. Důležitá je diferenciacie práce pro pacienta. Z počátku mohou být práce individuální, později kolektivní. Úkoly by vždy měly být přiměřené stavu pacienta. K práci je potřeba pacienta získat. Tomu napomáhá třeba ukázka dosavadních prací nebo i osobní příklad. Pacienta k činnosti by neměla sestra nutit. Pro zvýšení motivace je nutné znát pacientovi sociální poměry, záliby a najít zpočátku činnosti, které nevyžadují dlouhou koncentraci. Pokud pacient pracuje s nástroji, je potřeba,



aby ho sestra více kontrolovala a po skončení práce nástroje přepočítala. Za každou činnost, pracovní výkon nebo výsledek, je třeba pacienta **ocenit**. Často stačí pochvala či vystavení výrobku. Pokud se práce pacientovi nedaří, je na sestře, aby ho podpořila a povzbudila.

Ergoterapie by měla mít vyčleněny speciální prostory, které by měly být přehledné, vhodně upravené a dostatečně osvětlené /Kubínková, Křížová, 1997, s.76-77/.

U pacientů s depresí by neměla chybět i **fyzická aktivita**, jako jsou pravidelné ranní rozčvičky, chození na procházku, výlety a aktivní část na životě mimo zdravotnické zařízení v podobě propustek na víkend /Radimský a kol., 2001, s.46-47/.

## 2.6 Edukace

Psychoedukace je nedílnou součástí ošetrovatelského plánu, jehož dosažení podmiňuje úspěšnost terapeutického procesu. Sestra používá psychoedukaci při práci s pacienty v rámci svých kompetencí. Při psychoedukaci by sestra měla vystupovat otevřeně, s důsledným klidem a otevřeností, protože to pomáhá tomu, aby se pacient sám zapojil, ptal se, začal být aktivní a později se samostatně zapojil terapie.

Psychoedukace může být individuální nebo skupinová. Snahou psychoedukace je **seznámit pacienta s onemocněním**, jeho příčinami, léčbou, co dělat a nedělat během akutní epizody deprese, jak se bránit návratu deprese, s faktory, které zvyšují zranitelnost v depresi, jsou spouštěči rozvoje poruchy a jejího relapsu, informovat o tom, co to jsou antidepresiva, jak působí, jaké jsou jejich vedlejší účinky, prodiskutovat a vyvrátit mýty a předsudky týkající se jak léčby, tak samotné deprese, vysvětlit, o čem je psychoterapie, naučit, jak je možné se zklidnit pomocí kontrolovaného dechu do břicha, poučit o plánování času apod.. Psychoedukace poučuje o všech oblastech týkajících se informací o nemoci a její léčbě, i o širším kontextu depresivní poruchy. Nedílnou součástí je i **psychoedukace rodiny**, která se také podílí na ošetrovatelském procesu. Cílem je podpora pozitivní vazby pacienta s rodinou, která by pro pacienta měla být nejenom materiální oporou, ale psychickou podporou. Po ukončení hospitalizace by rodina měla vytvořit v domácím prostředí kvalitní zázemí /Vučková, 1997, s. 109-115/.

Záznam edukačního programu na Klinice psychiatrie (viz příloha č. 8).

## 2.7 Stigma

Jedním z úkolů sester na psychiatrii je zmírnění stresu pacientů, který přináší stigmatizace a sebe-stigmatizace duševní nemoci. Stigmatizace, zejména blízkými osobami „*Jsi blázen!*“ nebo sebe-stigmatizace „*Jsem méněcenný, když jsem skončil na psychiatrii!*“ vede k posílení příznaků a udržování deprese, strachu z návratu domů a do zaměstnání /Hlinovská, Fišarová, 2009/. Pacient se za svojí depresí stydí sám před sebou a fakt psychiatrické léčby pak snižuje jeho sebedůvěru.

Stigma (ocejchování) pacienta s psychiatrickým onemocněním bývá spojeno se silnými emocemi a **předsudky**, které jsou posilována společností a kulturou. Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou **diskriminace** nositele. Naše kulturní prostředí (včetně postojů zdravotníků), je ve srovnání s vyspělými státy v tomto ohledu velmi nevyzrálé. Velkou mírou na utváření postojů k duševním onemocněním se podílejí média, informace z doslechu a literatura /Malá, Pavlovský, 2002, s.9-10/. Stigmatizace může mít významný stabilizující vliv na psychickou poruchu.

**Mechanismy stabilizujícího vlivu** mohou být různé:

- pacient mění obraz o sobě samotném a své chování pod vlivem nálepky, nebo aby se ji zbavil „*Už nebudu schopen normálně fungovat*“, nebo naopak „*Nebyla to deprese, byl jsem jen unavený z práce*“.
- retrospektivně interpretuje své chování ve smyslu deviace „*Vždy jsem byl neschopný*“.
- pro okolí může sloužit jako status: neponechává místo pro jiné vlastnosti, než obsahuje stereotyp, jedinec je redukován na „*psychiatrického pacienta*“ /Praško, 2001/.

Stigma bere nemocným důvěru ve vyhledání pomoci. Bojí se, že když vyhledají psychiatrickou léčbu, dozví se to okolí a odsoudí je. To vede ke strachu, který je zdrojem psychické zátěže, zejména stresu a tím nepříznivě ovlivňují průběh onemocnění. **Média** mají často sklon líčit lidi s duševním onemocněním v negativním světle. Výsledkem bývá strach z nemoci, který bývá nesrovnatelný se strachem z jiných somatických onemocnění. Strach ze stigmatizace může být tak velký, že někteří pacienti dokonce mají strach o sobě více mluvit i před odborníkem a **potíže bagatelizují**. Jindy se snaží depresi „neprojevit“, křečovitě se usmívají, nebo jí rozumí až jako důsledku tělesných potíží. Stigma zasahuje nejenom samotného pacienta, ale také jeho rodinu /Hlinovská, Fišarová, 2009/. Ze strachu ze stigmatizace někdy příbuzní odrazují svého člena od léčby na psychiatrii. Jakoby platilo „*kdo se léčí na*

*psychiatrii, je blázen“*. Rodina se obává jak toho, že bude označen za duševně nenormálního její člen, tak že „*cejch*“ dostane celá rodina a „*bude to hanba*“.

Duševní poruchy bývají neprofesionály hůře pochopitelné, vzbuzují obavy, úzkosti a mají navíc větší souvislost se **sociálně negativními jevy**, což může vést ke konfliktům a vyhroceným situacím, zvláště při střetu medicínských a společenských zájmů. Úlohou sestry je pomáhat pacientovi, aby stigmatizaci odmítl a sám se neznačkoval. Významně zde může pomoci psychoedukace, která vysvětluje přiměřeným způsobem co je to deprese, jak vzniká a jak se dá léčit a upozorňuje i na to, že depresi trpí někdy v životě 20% populace, nehýbá se ani významným lidem, umělcům, politikům, lékařům, ani psychiatrům. **Přijetí deprese jako nemoci**, kterou lze léčbou odstranit, pomáhá v samotné léčbě i prevenci nových epizod /Malá, Pavlovský, 2002, s. 9-10/.

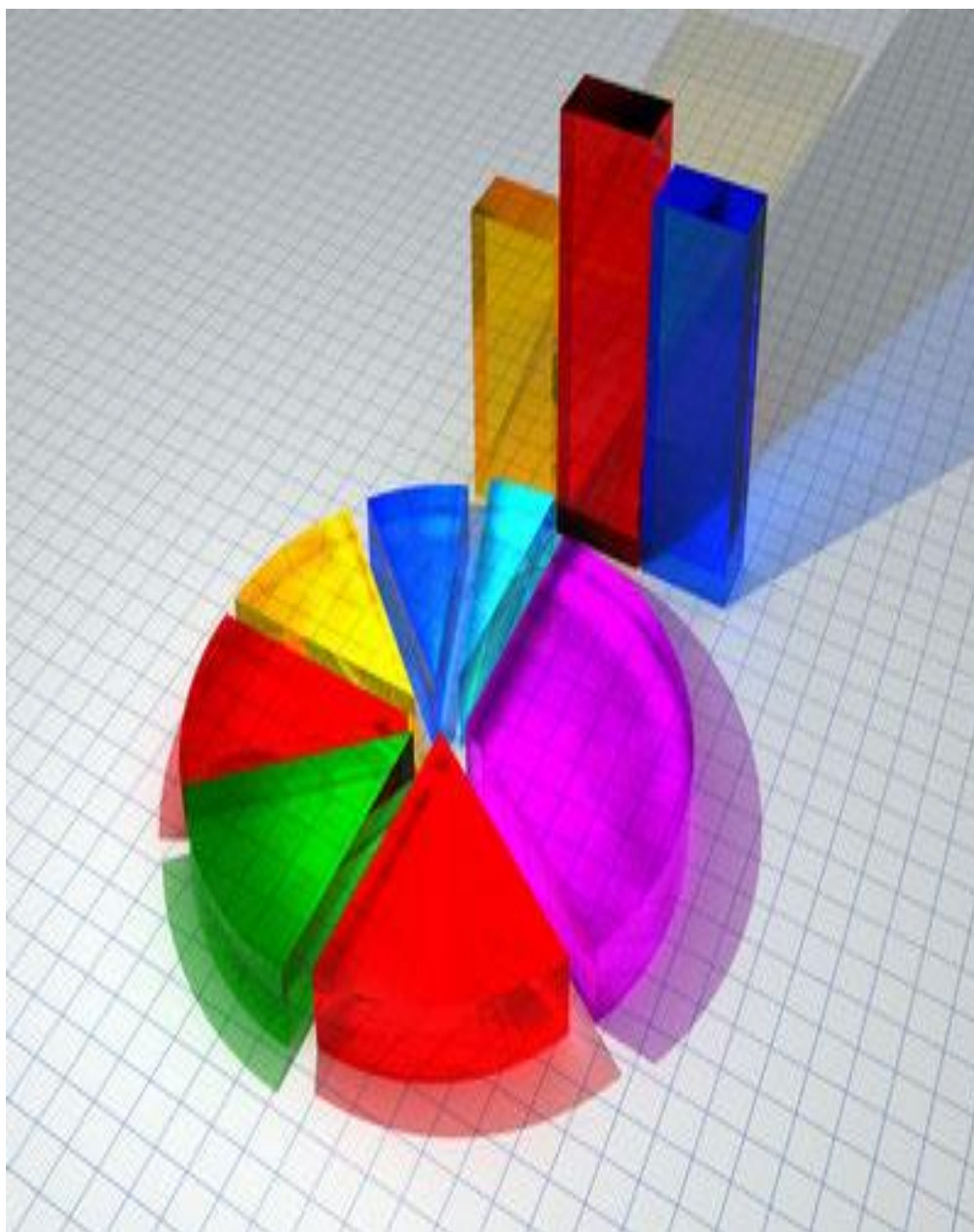
### 3 Shrnutí

Povolání zdravotní sestry je fyzicky náročné, ale nese sebou i velkou psychickou zátěž z důvodu různých problémů, k nimž v každodenní ošetrovatelské praxi dochází. Pokud má zdravotní sestra dobře pracovat, pak je potřeba, aby byla sama v dobré kondici. I když jedním z úkolů je, aby zdravotní sestra pečovala o pacienty, péče o sebe sama je stejně důležitá. Patří sem péče o duši (věnovat se relaxaci, reflexi a radostem), péče o tělesné zdraví (pohyb, tělesné cvičení), stanovení hranic (sestavení naléhavosti úkolů, nezapomínat v nich uvádět i volný čas na odpočinek). Nedílnou součástí je umět předcházet **syndromu vyhoření**, žít smysluplným životem, mít dostatek síly a energie k výkonům, které ji v práci čekají. Je-li zdravotní sestra v psychické pohodě, podává ve svém povolání dobrý výkon. /Křivohlavý, 2004, s. 9-41/.

Při práci s depresivním pacientem je zároveň potřeba zachovávat psychoterapeutický přístup, nenutit, spíše povzbuzovat. Uměním je pacienta uklidnit, vysvětlit mu vše, co ho zajímá i co k léčbě potřebuje. I když ze začátku pacienti s depresí mohou působit, že nejsou schopni situaci pochopit či vysvětlování odmítají, od sestry se očekává, že potlačí vlastní negativní emoce a zachová si schopnost rozhodovat se profesionálně a s klidnou myslí /Malá, Pavlovský, 2002, s. 107/.

Je to hlavně sestra, kdo monitoruje, jak prožívá pacient své potíže, zda během hospitalizace došlo k posunu a zlepšení zdravotního stavu, a kdo sleduje, jak pacient sám sebe vnímá během hospitalizace, nakolik psychoedukace pomohla lépe chápat jeho onemocnění.

# PRAKTICKÁ ČÁST



## 4 Formulace problému a cíl šetření

Po prostudování literatury, uvedené v teoretické části a ujasnění si možností, které poskytuje běžné psychiatrické oddělení, nás zajímalo, zda léčba pomáhá pacientům snížit míru deprese a zda psychoedukace prováděná na oddělení má pro ně smysl. Míru deprese jsme sledovali po dobu 4 týdnů.

Na počátku dotazníkového šetření jsme si zformulovali následující **cíle** šetření:

- Zjistit charakter depresivních příznaků a jejich změnu v Beckově stupnici pro posuzování deprese (Beckův depresivním inventář) v průběhu 4 týdenní hospitalizace u pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou. Dále zjistit, zda jsou mezi pohlavími rozdíly v míře deprese, ve věku, kdy do léčby přišli i v poklesu příznaků po léčbě.
- Zjistit, zda edukace prováděná na oddělení byla pro pacienty přínosná a jak velkou důležitost edukaci samotní pacienti přikládají, kterou oblast edukace pokládají za nejvýznamnější. Pro splnění tohoto cíle jsem použila „Dotazník edukace“.
- Zjistit, zda v hodnocení psychoedukace jsou rozdíly mezi muži a ženami a mezi pacienty s různým vzděláním.

Pro zplnění cílů nás zajímala **oblast** týkající se **léčby a projevu deprese**. Pokládáme za důležité zodpovědět následující otázky:

*„Jsou nějaké rozdíly mezi depresivními muži a ženami ve věku, kdy se přicházejí pro depresi léčit, v závažnosti deprese, v úspěšnosti léčby deprese? Změní se příznaky u pacientů s depresivním onemocněním vlivem 4 týdenní hospitalizace?“*

Další **oblast** je **psychoedukace**, kde jsme si stanovili tyto otázky:

*„Má vliv na úspěšnost léčby psychoedukace, kterou pacienti zažili v minulosti? Byla edukace prováděná na oddělení o depresivním onemocnění pro pacienty přínosná? Které části psychoedukace pokládají pacienti za nejvíce přínosné? Je rozdíl mezi muži a ženami v tom, které části psychoedukace pokládají za nejvíce přínosné? Je rozdíl mezi pacienty s různým vzděláním v tom, které části psychoedukace pokládají za nejvíce přínosné?“*

Abychom mohli odpovědět na námi stanovené cíle a otázky, stanovili jsme si následující **hypotézy**, jejichž pravdivost bude možné ověřit jednoduchými statistickými metodami:

*(1) Hypotéza týkající se léčebného efektu:*

**Nulová hypotéza:** Během léčby nedojde ke změně depresivních skóre v BDI.

**Alternativní hypotéza:** Během léčby dojde k významnému zlepšení depresivních skóre měřených BDI.

*(2) Hypotéza týkající se demografických dat:*

**Nulová hypotéza:** Mezi muži a ženami nebude rozdíl v průměrném věku, v závažnosti deprese na počátku léčby ani v efektu léčby.

**Alternativní hypotéza:** Mezi pohlavími zjistíme rozdíl ve věku (ženy budou v průměru mladší), závažnosti deprese (ženy budou udávat vyšší skóre závažnosti deprese) na počátku léčby a v efektu léčby (efekt léčby bude u žen vyšší).

*(3) Hypotéza týkající se vztahu předchozí psychoedukace a léčebného efektu:*

**Nulová hypotéza:** předešlá psychoedukace nebude mít žádný vliv na efekt současné léčby.

**Alternativní hypotéza:** předchozí psychoedukace v minulosti bude mít pozitivní vliv na efektivitu současné léčby, tzn. u těch pacientů, kteří v minulosti absolvovali nějakou formu psychoedukace dojde ke většímu poklesu depresivních skóre.

*(4) Hypotéza týkající se vztahu psychoedukace a pohlaví:*

**Nulová hypotéza:** Mezi muži a ženami není rozdíl v chápání důležitosti jednotlivých oblastí psychoedukace.

**Alternativní hypotéza:** Ženy budou častěji udávat důležitost komunikace v psychoedukaci, zatímco muži budou spíše zdůrazňovat psychoedukaci o medikaci.

*(5) Hypotéza týkající se vztahu vzdělání a chápání důležitosti jednotlivých oblastí psychoedukace:*

**Nulová hypotéza:** Mezi skupinami s různým vzděláním není rozdíl v chápání důležitosti jednotlivých oblastí psychoedukace.

**Alternativní hypotéza:** Pacienti s nižším vzděláním budou preferovat psychoedukaci o vlivu léků, zatímco pacienti s vyšším vzděláním budou mít zájem i o další oblasti psychoedukace, zejména o to, jak zacházet s možnou stigmatizací, jak komunikovat a jak upravit svůj životní styl.

## 5 Metoda

Ke zjištění údajů byla použita metoda sběru dat za pomoci dotazníku. Je to nejrozšířenější metoda šetření. Její výhodou je rychlý sběr dat a anonymita dotazovaných respondentů. Nevýhodou může být nepřesnost při vyplňování, nedostatečné porozumění otázkám, subjektivní zkreslení a neosobní kontakt. Jsou to nevýhody všech dotazníkových šetření, které jsem se snažila zmírnit důkladným vysvětlením dotazníků pacientům, výzvou, aby se zeptali, kdykoliv nebudou mít pocit, že něčemu jasně rozumí a při odevzdávání dotazníků zopakováním, zda všemu dobře porozuměli a zda si něco ještě nechtějí ujasnit. Dotazníky byly konzultovány a doporučeny prof. MUDr. Janem Praškem, CSc., MUDr. Danou Kamarádovou a MUDr. Anetou Sandovan.

### 5.1 Soubor respondentů

Do dotazníkového šetření byli zahrnuti pacienti z psychiatrické kliniky s diagnózou středně těžká deprese. Z 90 testovaných jedinců vyhovělo kritériím pouze **40 respondentů**.

Do průzkumového vzorku jsme zahrnuly pacienty, kteří splňovali následné kritéria:

- diagnóza F32.1
- věk 18 let a výše
- ochota spolupracovat
- doba léčení 4 týdny

Do šetření jsme nezahrnuly pacienty s depresí v rámci jiných poruch (např. schizofrenie, schizoafektivní poruchy, bipolární poruchy, demence).

### 5.2 Použité metody

Základem praktické části je „*Beckova sebesuzovací stupnice deprese*“. Druhý dotazník „*Míra edukace depresivních pacientů*“ byl vytvořen pouze pro potřebu bakalářské práce.



### 5.2.1 Dotazník č. 1

**Beckova sebesuzovací stupnice deprese** (viz příloha č. 8) je 13 položkový sebesuzovací dotazník. Umožňuje rychlé zhodnocení celkové symptomatologie. Vyplňuje se jednou týdně. Slouží k hodnocení změny celkového skóru deprese během hospitalizace nejen pro terapeuta, ale i pro samotného pacienta.

Každá položka obsahuje 4 alternativní odpovědi. Vybírá se jedna z nich, která nejlépe odpovídá pacientovým současným pocitům a myšlenkám. Skórování je následující:

- A – 0 bodů,
- B – 1 bod,
- C – 2 body,
- D – 3 body.

Čím vyšší je celkové skóre, tím vyšší je míra depresivity (Domino, 2006, s.191).

### 5.2.2 Dotazník č. 2

**Míra edukace depresivních pacientů** (viz příloha č.9). Dotazník obsahuje 5 základních otázek, z nich 1 je doplněna podotázkou. Tento dotazník se zaměřuje na zjištění, které oblasti psychoedukace pacienti pokládali za nejdůležitější a nakolik byla pro ně psychoedukace přínosná a srozumitelná.

Dotazník obsahuje několik typů otázek. Za prvé jde o uzavřené otázky s možností odpovědi **ANO/NE**. Druhým typem jsou otázky **otevřené**, které nabízejí výčet z více variant (ano /částečně ano /spíše ne /ne). Třetím druhem otázek, jsou otázky **otevřené volné**, na které může klient volně odpovídat vypsáním dané odpovědi. Tyto otevřené otázky nabízejí pacientovi, aby odpověděl co nejkonkrétněji.

V záhlaví dotazníku vedle stručných instrukcí nutných pro vyplnění, jsou zjišťována základní demografická data jako **věk** a **pohlaví**, **dosažené vzdělání** a **počet hospitalizací** sloužící k základnímu rozdělení vzorku respondentů.

### 5.3 Zpracování získaných dat

Data jsme zpracovali pomocí programu Microsoft Excel 2000 a Microsoft Word 2000 v operačním systému Windows XP. Získána data jsou uváděna **v procentech** a pro názornost jsou zanesena do **tabulek a grafů**. Typ použitých grafů - výsečový (zachycuje příspěvek hodnoty k celkovému součtu) a sloupcový (skupinový, porovnává provázané hodnoty pro různé kategorie).

*Statistické metody:* Pro statistické hodnocení byl použit statistický program PRISM 3. Kvantitativní data, jako je věk pacientů a výše skóre v Beckově stupnici závažnosti deprese byla hodnocena sloupcovou statistikou, kde byly zjištěny průměry, směrodatné odchylky a typ rozložení (parametrické či neparametrické). Pro zjištění statistických rozdílů pak byly použity t-testy, párové pro opakovaná měření (skóre na počátku a na konci léčby) a nepárové pro porovnání dat mezi pohlavími. Pro hodnocení průměrných hodnot preferencí byl použit **Kruskal Wallisův test**, protože rozložení hodnot bylo neparametrické. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi kvantitativních dat, která měla parametrické rozložení, byly korelovány parametrickou statistikou (Pearsonovo r).

U kvantitativních dat (jednotlivé otázky dotazníků na psychoedukaci) byly zjištěny frekvence v jednotlivých kategoriích, statistické rozdíly mezi pohlavími a mezi typy vzdělání pak byly srovnány pomocí **Chi-kvadrát testů** (při více než dvou kategoriích) a **Fisherova přesného testu** (při dichotomních kategoriích). Rozdíly byly pokládány za významné, pokud dosáhly 5% hladinu významnosti.

Používané zkratky **r.** – respondent/ů, **Nr.** – celý soubor 40 respondentů, **%** -počet procent

## 6 Popis sledovaného vzorku

Do sledovaného souboru bylo zařazeno celkem 40 pacientů s **věkovým průměrem**  $42,58 \pm 10,03$ let, z toho 25žen v průměrném věku  $42,92 \pm 12,41$ let a 15mužů v průměrném věku  $42,00 + 11,77$ let. Nejmladšímu respondentovi ve zkoumaném souboru bylo 25let, nejstaršímu bylo 74let. Průměrný věku mužů a žen se statisticky významně od sebe nelišil (nepárový t-test: ns).

Respondenti byli podle věku rozděleni do tří kategorií. První skupinu tvořili respondenti do **35let**, druhou skupinu tvořili jedinci ve věku od **36** do **46let** a třetí skupinu byly respondenti ve věku **47let a více**.

Tabulka č.1 *Rozlišení podle věku*

	<i>Nr.</i>	<i>%</i>
<b>18-35</b>	12	30
<b>36-46</b>	14	35
<b>47 a více</b>	14	35
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

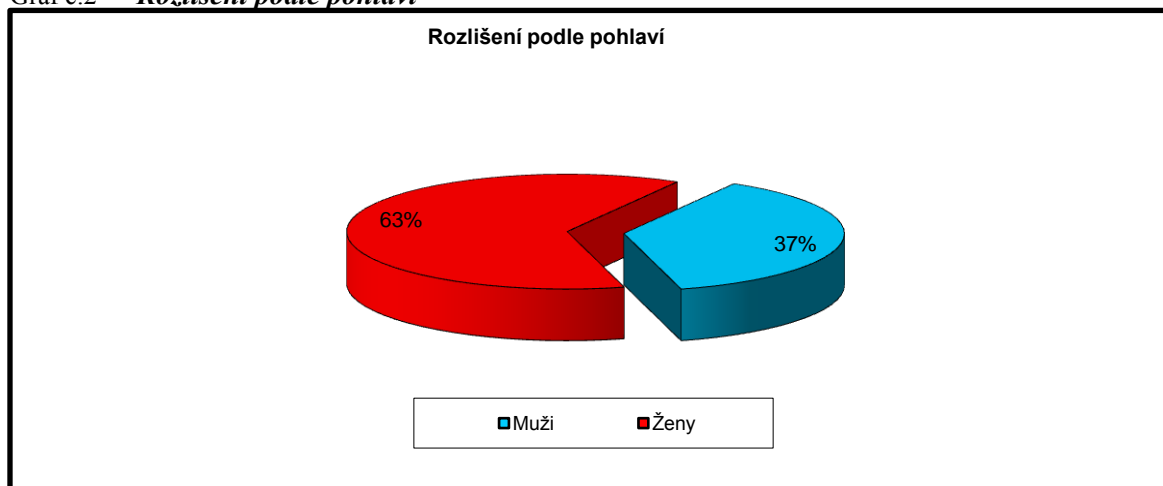
### Rozlišení podle pohlaví

Ze 40 vyplněných dotazníků získaných od respondentů, bylo **37,5%**(15r.) mužů, **62,5%**(25r.) žen. Rozložení odpovídá přibližnému rozdělení počtu i pacientů na oddělení. Ženy jsou hospitalizované téměř 2x častěji než muži.

Tabulka č. 2 *Rozlišení podle pohlaví*

	<i>Nr.</i>	<i>%</i>
<b>Muži</b>	15	37,5
<b>Ženy</b>	25	62,5
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Graf č.2 *Rozlišení podle pohlaví*



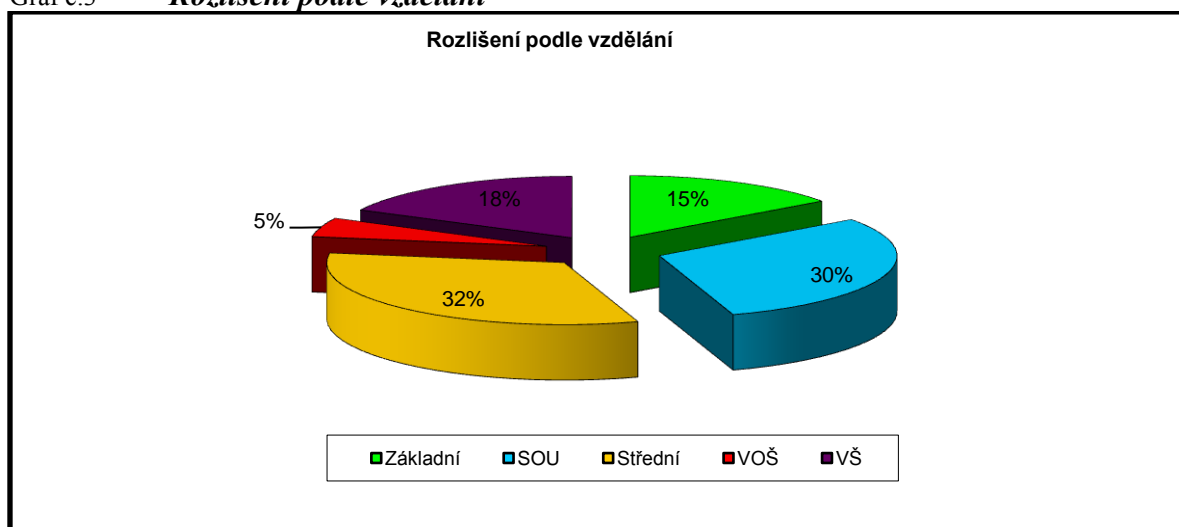
### Rozlišení dle vzdělání

Mezi respondenty, kteří dotazník vyplnili, převažují nejvíce respondenti se získaným vzděláním na středních školách s maturitou **32,5%**(13r.) a na středních odborných učilištích **30%**(12r.) Základní školu má **15%**(6r.). Vysokoškolské vzdělání absolvovalo **17,5%**(7r.). Vyšší odbornou školu má jen **5%**(2r.) dotazovaných. Z tabulek č.1, č.2, č.3 můžeme vyčíst, že depresivní onemocnění postihuje muže i ženy v jakémkoliv věku a se všemi úrovněmi vzdělání.

Tabulka č.3 *Rozlišení podle vzdělání*

	<i>Nr</i>	<i>%</i>
<b>Základní</b>	6	15
<b>SOU</b>	12	30
<b>Střední</b>	13	32,5
<b>VOŠ</b>	2	5
<b>VŠ</b>	7	17,5
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Graf č.3 *Rozlišení podle vzdělání*



### Rozlišení podle druhu pobytu

Z celkového počtu 40 respondentů bylo poprvé hospitalizováno **47,5%**(19r.). Opakovaně hospitalizováno pro depresivní onemocnění bylo **52,5%**(21r.) pacientů.

Tabulka č.4 *Rozlišení podle druhu pobytu*

	<i>Nr</i>	<i>%</i>
<b>První pobyt</b>	19	47,5
<b>Opakovaný pobyt</b>	21	52,5
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

## 7 Vyhodnocení dotazníku BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ (BDI)

Podle celkového skóru v BDI lze rozlišit čtyři kategorie podle závažnosti deprese:

- 0– 8 norma
- 9– 14 lehká deprese
- 15- 25 středně těžká deprese
- 26 a více těžká deprese

V prvním týdnu hospitalizace podle BDI byli všichni respondenti v pásmu středně těžké deprese. Nejvyšší skóre bylo 25 bodů a nejnižší skóre bylo 15 bodů.

Při hodnocení dotazníku BDI ve čtvrtém týdnu hospitalizace se dostalo do pásma lehké deprese **52,5%**(21r.). Nejvyšší skóre bylo 21 bodů a nejnižší skóre bylo 9 bodů. Podrobnější rozčlenění zlepšení podle pohlaví je nastíněno v následující tabulce.

Tabulka č.5 *Zlepšení pacientů v BDI v průběhu hospitalizace*

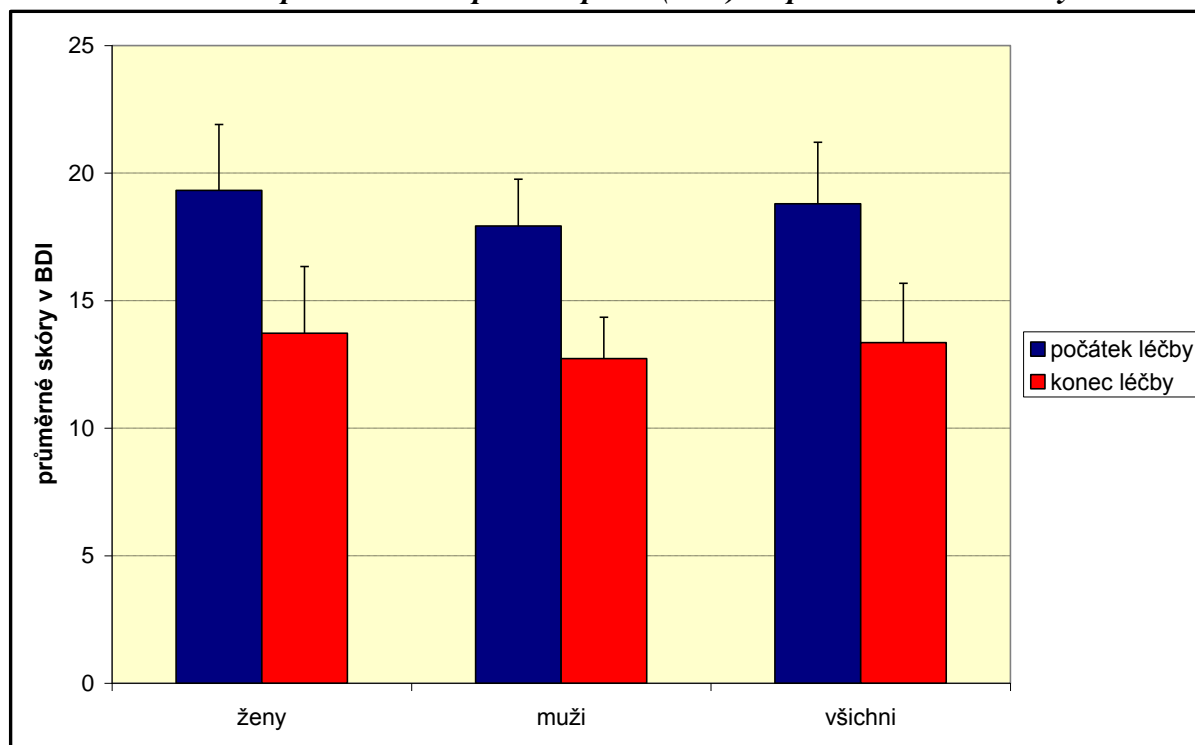
	<i>Nr</i>	<i>Ženy</i>	<i>Muži</i>
<b>0 – 2</b>	1	1	0
<b>3 – 4</b>	13	7	6
<b>5 – 7</b>	21	13	8
<b>8 – 10</b>	5	4	1
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>25</b>	<b>15</b>

Při statistickém hodnocení byl **na počátku** celkový průměrný skór závažnosti deprese BDI  $18,80 \pm 2,41$  bodů a na konci  $13,35 \pm 2,33$  bodů; došlo tedy ke statisticky velmi významnému poklesu průměrných skóru (párový t-test;  **$p < 0,0001$** ).

Při porovnání počátečních skóru ve stupnici BDI mezi ženami ( $19,32 \pm 2,59$ ) a muži ( $17,93 \pm 1,83$ ), nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (nepárový t-test; ns).

Rovněž **na konci** léčby se průměrné skóry žen ( $13,72 \pm 2,62$ ) a mužů ( $12,73 \pm 1,62$ ) od sebe statisticky významně nelišily (nepárový t-test; ns). Pokles skóru u obou pohlaví byl podobně, jako u celého souboru vysoce statisticky významný (obojí párový t-test;  **$p < 0,0001$** ).

Graf č.4 **Beckova posuzovací stupnice deprese (BDI) na počátku a konci léčby**



Také porovnání celkové změny skóre v průběhu terapie nevykazuje významný statistický rozdíl mezi skupinou žen ( $5,60 \pm 2,26$ ) a mužů ( $5,20 \pm 1,47$ ) (nepárový t-test; ns). Mezi ženami a muži není významný rozdíl ve frekvenci osob s nižším či vyšším vzděláním (chi-kvadrát; ns), ani v poměru prvně a opakovaně hospitalizovaných pacientů (Fisherův přesný test: ns).

Při analýze vztahu mezi je kvantitativními daty, jako je věk, intenzita deprese v BDI na počátku a na konci léčby a změna v BDI v průběhu léčby, nebyl zjištěn významný vztah mezi věkem a dalšími parametry. Byl však zjištěn statisticky významný pozitivní vztah mezi počátečním skórem v BDI a velikostí změny v léčbě (Pearsonovo  $r = 0,4532$ ;  $p < 0,005$ ), tzn. čím vyšší skóre byly v BDI na počátku, tím ke větší změně došlo během léčby.

## 7.1 Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku BDI

### Položka č.1) Nálada

Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace. Nálada, jako hlavní příznak depresivního onemocnění, patří k nejvýznamnějším ukazatelům zlepšení pacientů.

Po čtyřech týdnech došlo ke zlepšení nálady u 57,5%(23r.).

Tabulka č.6 *Nálada*

	První týden		Čtvrtý týden	
	Nr	%	Nr	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	1	2,5
<b>Hodnota 1</b>	16	40	37	92,5
<b>Hodnota 2</b>	23	57,5	2	5
<b>Hodnota 3</b>	1	2,5	0	0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### Položka č.2) Pesimismus

U deprese je typické, že pacienti mají pesimistické výhledy na svoji budoucnost, jsou často přesvědčeni, že už je nic dobrého nečeká, obávají se budoucnosti. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Po čtyřech týdnech došlo ke zlepšení pesimismu u 55%(22r.).

Tabulka č.7 *Pesimismus*

	První týden		Čtvrtý týden	
	Nr	%	Nr	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	0	0
<b>Hodnota 1</b>	16	40	32	80
<b>Hodnota 2</b>	19	47,5	7	17,5
<b>Hodnota 3</b>	5	12,5	1	2,5
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### Položka č.3) Pocit neúspěchu

Pocit neúspěchu patří k depresivnímu onemocnění. Pacienti se neumějí radovat z maličkostí, přetrvává u nich pocit, že zklamali nejen sami sebe, ale ostatní lidi kolem sebe. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení pocitu neúspěch u 45%(18r.).

Tabulka č.8 *Pocit neúspěchu*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	3	7,5
<b>Hodnota 1</b>	21	52,5	35	87,5
<b>Hodnota 2</b>	17	42,5	2	5
<b>Hodnota 3</b>	2	5	0	0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

#### **Položka č.4) Neuspokojení z činnosti**

Deprese má mnoho projevů, ke kterým patří neuspokojení z činnosti, netěší je skoro vůbec nic, často nevzbudí ani sebemenší potěšení, ať se sebevíce snaží. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke z neuspokojení z činnosti u 52,5%(21r.).

Tabulka č.9 *Neuspokojení z činnosti*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	2	5
<b>Hodnota 1</b>	14	35	34	85
<b>Hodnota 2</b>	26	65	4	10
<b>Hodnota 3</b>	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

#### **Položka č.5) Vina**

Pocity provinění, myšlenky, že je člověk bezcenný, trápí mnoho lidí s depresivním onemocněním. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Po čtyřech týdnech došlo ke zlepšení viny u 50%(20r.).

Tabulka č.10 *Vina*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	1	2,5	3	7,5
<b>Hodnota 1</b>	19	47,5	35	87,5
<b>Hodnota 2</b>	18	45	2	5
<b>Hodnota 3</b>	2	5	0	0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>



### **Položka č.6) Nenávist k sobě samému**

Ztráta sebedůvěry, nenávist k sobě samému, pocity, že jsou všem na obtíž trápí spoustu lidí u deprese. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení nenávisti k sobě samému u 27,5%(11r.).

Tabulka č.11 *Nenávist k sobě samému*

	První týden		Čtvrtý týden	
	Nr	%	Nr	%
<b>Hodnota 0</b>	2	5	3	7,5
<b>Hodnota 1</b>	27	67,5	35	87,5
<b>Hodnota 2</b>	9	22,5	1	2,5
<b>Hodnota 3</b>	2	5	1	2,5
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### **Položka č.7) Myšlenky na sebevraždu**

Sebevražedné myšlenky a tendence jsou běžnou součástí depresivního syndromu. Často vyplývají z emocionálně nesnesitelného pocitu trýzně. Pacienti pomýšlející na sebevraždu se často stydí a cítí zahanbení. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení myšlenek na sebevraždu jen u 7,5%(3r.).

Tabulka č.12 *Myšlenky na sebevraždu*

	První týden		Čtvrtý týden	
	Nr	%	Nr	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	1	2,5
<b>Hodnota 1</b>	38	95	36	90
<b>Hodnota 2</b>	2	5	3	7,5
<b>Hodnota 3</b>	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### **Položka č.8) Sociální izolace**

Člověk v depresi prožívá řadu nepříjemných pocitů, cítí se hodně unavený, má pocit, že mu nikdo nerozumí a začíná se stranit lidí, protože nedokáže u okolí najít porozumění. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení sociální izolace u 32,5%(13r.).

Tabulka č.13 *Sociální izolace*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	4	10
<b>Hodnota 1</b>	27	67,5	33	82,5
<b>Hodnota 2</b>	13	32,5	3	7,5
<b>Hodnota 3</b>	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### Položka č.9) Nerozhodnost

Odkládat svá rozhodnutí, pocit, že rozhodování v běžných věcech dělá obtíže patří k dalším příznakům onemocnění. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení nerozhodnosti u **42,5%**(17r.).

Tabulka č.14 *Nerozhodnost*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	0	0
<b>Hodnota 1</b>	13	32,5	29	72,5
<b>Hodnota 2</b>	27	67,5	11	27,5
<b>Hodnota 3</b>	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### Položka č.10) Vlastní vzhled

Člověk v depresi není schopen se sám o sebe postarat, trpí výčitkami a má pocit, že není pro nikoho přitažlivý a že vypadá staře a odpudivě. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení vlastního vzhledu u **25%**(10r.).

Tabulka č.15 *Vlastní vzhled*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	8	20	11	27,5
<b>Hodnota 1</b>	21	52,5	24	60
<b>Hodnota 2</b>	8	20	3	7,5
<b>Hodnota 3</b>	3	7,5	2	5
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### **Položka č.11) Potíže při práci**

Aktivita bývá často u tohoto onemocnění snižena, pacienti mohou být zpomalení, bez iniciativy. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení potíží při práci u 60%(24r.).

Tabulka č.16 *Potíže při práci*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	0	0
<b>Hodnota 1</b>	15	37,5	38	95
<b>Hodnota 2</b>	25	62,5	2	5
<b>Hodnota 3</b>	0	0	0	0
<b><i>Celkem</i></b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### **Položka č.12) Únavnost**

Pocity slabosti, únava, snížení psychomotorického tempa je vyvoláno psychickou poruchou, která není ovlivnitelná vůlí. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení únavy u 45%(18r.).

Tabulka č.17 *Únavnost*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	0	0	0	0
<b>Hodnota 1</b>	20	50	36	90
<b>Hodnota 2</b>	20	50	4	10
<b>Hodnota 3</b>	0	0	0	0
<b><i>Celkem</i></b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### **Položka č.13) Nechutenství**

K tělesným příznakům u onemocnění deprese patří nechutenství, často z důvodu pocitu sevření na hrudi, úzkosti. Tabulka nám předkládá rozdílnost odpovědí respondentů v prvním a čtvrtém týdnu hospitalizace.

Ve čtvrtém týdnu došlo ke zlepšení nechutenství u 27,5%(11r.).

Tabulka č.18 *Nechutenství*

	První týden		Čtvrtý týden	
	<i>Nr</i>	%	<i>Nr</i>	%
<b>Hodnota 0</b>	1	2,5	9	22,5
<b>Hodnota 1</b>	36	90	31	77,5
<b>Hodnota 2</b>	3	7,5	0	5
<b>Hodnota 3</b>	0	0	0	0
<b><i>Celkem</i></b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

## 8 Hodnocení dotazníku zaměřených na edukaci pacientů

### Otázka č.1) Byl jste v minulosti edukován o svém onemocnění?

Na otázku odpovědělo ano **52,5%**(21r.). Ne, nebyl jsem edukován o svém onemocnění, nebo žádný edukační program jsem neabsolvoval, odpovědělo **47,5%**(19r.).

Při rozlišení kladných odpovědí podle pohlaví, bylo edukováno v minulosti 60% žen a jen 40% mužů.

Tabulka č.19 *Byl jste v minulosti edukován o svém onemocnění?*

	<i>Nr</i>	<i>%</i>
<b>Ano</b>	21	52,5
<b>Ne</b>	19	47,5
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### Pokud odpověď byla kladná: **Bylo pro Vás téma výkladu srozumitelné?**

Na tuto podotázku odpovědělo jen 21 respondentů, kteří byli již minulosti edukováni o svém onemocnění. Respondenti mohli volit ze čtyř odpovědí. Ano, edukace byla srozumitelná, odpovědělo **13,5%**(3r.). Částečně srozumitelnou hodnotilo edukaci **47,6%**(10r.). Spíše ne, odpovědělo **38,9%**(8r.) respondentů. Žádný respondent neuvedl, že by edukace pro něj nebyla srozumitelná.

Dále nás zajímal důvod, proč edukace nebyla dle respondentů srozumitelná. Jako nejčastější důvod uváděli respondenti: „*Hodně informací podaných najednou, používání cizích slov, málo času na zpětnou vazbu a dotazy.*“ **95%** respondentů prošlo edukačním programem v rámci předchozí hospitalizace, jen **5%** dotázaných bylo edukováno při individuální ambulantní psychoterapii. Získané data jsou pro přehlednost uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č.20 *Bylo pro Vás téma výkladu srozumitelné?*

	<i>Nr</i>	<i>%</i>
<b>Ano</b>	3	13,5
<b>Částečně ano</b>	10	47,6
<b>Spíše ne</b>	8	38,9
<b>Ne</b>	0	0
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

### Otázka č.2) Pokládáte dostatečnou informovanost o svém onemocnění za důležitou?

Více jak polovina **55%**(22r.) dotazovaných uvedla, ano, pokládá informovanost o onemocnění deprese za velice důležitou. Částečně ano, odpovědělo **42,5%**(17r.). Pouze **2,5%**(1r.) odpovědělo na tuto otázku spíše ne. Žádný respondent neuvedl variantu ne.

Tabulka č.21 *Pokládáte dostatečnou informovanost o svém onemocnění za důležitou?*

	<i>Nr</i>	<i>%</i>
<b>Ano</b>	22	55
<b>Částečně ano</b>	17	42,5
<b>Spíše ne</b>	1	2,5
<b>Ne</b>	0	0
<b><i>Celkem</i></b>	<b><i>40</i></b>	<b><i>100</i></b>

### Otázka č.3) Byla pro Vás edukace probíhající na oddělení přínosná?

Z celkového počtu 40 respondentů na otázku „Byla pro Vás edukace probíhající na oddělení přínosná?“ odpovědělo **40%**(16r.) ano. Částečně ano, odpovědělo **37,5%**(15r.) dotázaných. Spíše ne, odpovědělo **22,5%**(9r.)respondentů. Ne, neodpověděl žádný dotázaný.

Tabulka č22 *Byla pro Vás edukace probíhající na oddělení přínosná?*

	<i>Nr</i>	<i>%</i>
<b>Ano</b>	16	40
<b>Částečně ano</b>	15	37,5
<b>Spíše ne</b>	9	22,5
<b>Ne</b>	0	0
<b><i>Celkem</i></b>	<b><i>40</i></b>	<b><i>100</i></b>

### Otázka č.4) Která z oblastí edukace pro Vás byla nejdůležitější/nejpřínosnější?

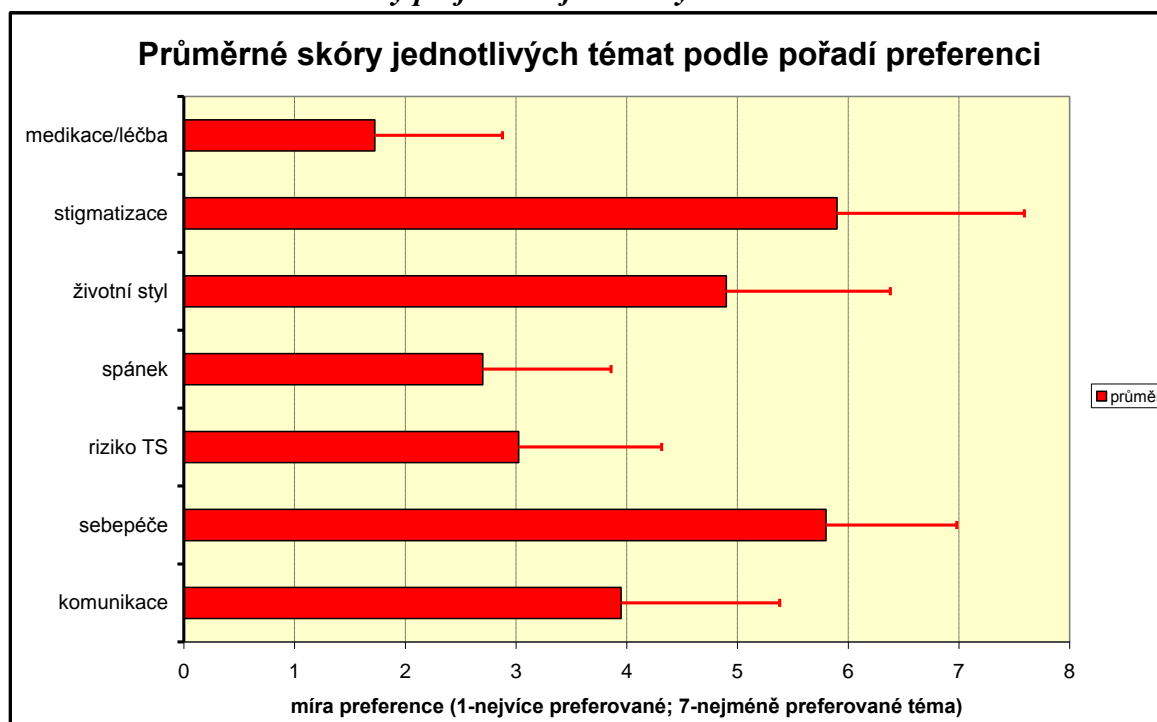
Zde respondenti měli seřadit uvedené oblasti edukace podle důležitosti (kdy hodnota **1**-znamená nejvíce důležité, **7**-nejméně důležité). Největší důležitost přiřadilo **62,5%**(25r.) oblasti léčba, léčebný režim, medikace, vedlejší účinky léků. Na druhé místo řadili suicidium a možná rizika. Na třetím místě je oblast spánkové hygieny. Tuto variantu volili převážně respondenti nad 46 let. Oblast komunikace, jak správně komunikovat, je řazena respondenty na čtvrté místo. Na pátém místě zařadili respondenti oblast aktivity a na šesté místo oblast sebezpečí. Na posledním, sedmém místě, je oblast stigmatizace.

Tabulka č.23 **Která z oblastí edukace pro Vás byla nejdůležitější/nejpřínosnější?**

	1	2	3	4	5	6	7	Celkem
<b>Komunikace</b>	2	4	7	16	5	4	2	<b>40</b>
<b>Sebepéče</b>	0	1	1	3	4	16	12	<b>40</b>
<b>Suicidum</b>	5	12	7	10	6	0	0	<b>40</b>
<b>Spánek</b>	6	10	17	4	2	1	0	<b>40</b>
<b>Aktivita</b>	1	3	4	2	14	13	3	<b>40</b>
<b>Stigmatizace</b>	1	3	0	3	4	6	23	<b>40</b>
<b>Léčebný režim medikace</b>	25	7	4	2	2	0	0	<b>40</b>

Pokud byly spočteny průměrné skóry, z preferencí jednotlivých oblastí je zřejmé, že rozdíly v zájmu o jednotlivé oblasti byly **statisticky vysoce významné** (Kruskal Wallis test;  $p < 0,0001$ ). V tomto hodnocení nejnižší průměrný skór (nejvyšší preferenci) získalo rovněž téma léčba, léčebný režim, medikace, vedlejší účinky léků. Druhým v pořadí byl spánek, který však je častější než riziko TS. Nejvyšší průměrné skóry a tím nejnižší průměrné preference získala oblast stigmatizace a sebepéče.

Graf č.5 **Průměrné hodnoty preference jednotlivých témat**



### Otázka č.5) Víte jak se bránit návratu (relapsu) deprese?

Na tuto otázku odpovědělo ano „*Vím, jak se bránit relapsu.*“ **10%**(4r.). Jedná se především o ženy s vysokoškolským vzděláním. Variantu částečně ano, zvolilo **62,5%**(25r.). Tuto odpověď udávali respondenti se středoškolským vzděláním, nejčastěji středního věku. Spíše ne, odpovědělo **27,5%**(11r.) dotázaných. Jedná se většinou o lidi se základním vzděláním, mladšího věku, nebo věku nad 65 let.

Tabulka č.24 *Víte jak se bránit návratu (relapsu) deprese?*

	<i>Nr</i>	<i>%</i>
<b>Ano</b>	4	10
<b>Částečně ano</b>	25	62,5
<b>Spíše ne</b>	11	27,5
<b>Ne</b>	0	0
<b><i>Celkem</i></b>	<b>40</b>	<b>100</b>

## 8.1 Statistické zpracování

### Vliv předchozí a nynější psychoedukace na efekt léčby

Mezi pacienty, kteří absolvovali psychoedukaci v minulosti a terapeutickým efektem nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. U pacientů, kteří v minulosti udávají psychoedukaci, došlo k poklesu skóre v BDI o  $5,714 \pm 1,927$ , u pacientů bez psychoedukace pak o  $5,158 \pm 2,062$  (nepárový t-test; ns).

Rovněž nebyl zjištěn rozdíl v terapeutickém efektu u pacientů, kteří hodnotí současnou psychoedukaci jako přínosnou (pokles skóre v BDI o  $5,813 \pm 1,721$ ), částečně přínosnou ( $5,500 \pm 1,743$ ) nebo spíše nepřínosnou ( $5,333 \pm 2,719$ ) (one-way ANOVA: ns.).

### Preference témat psychoedukace mezi ženami a muži

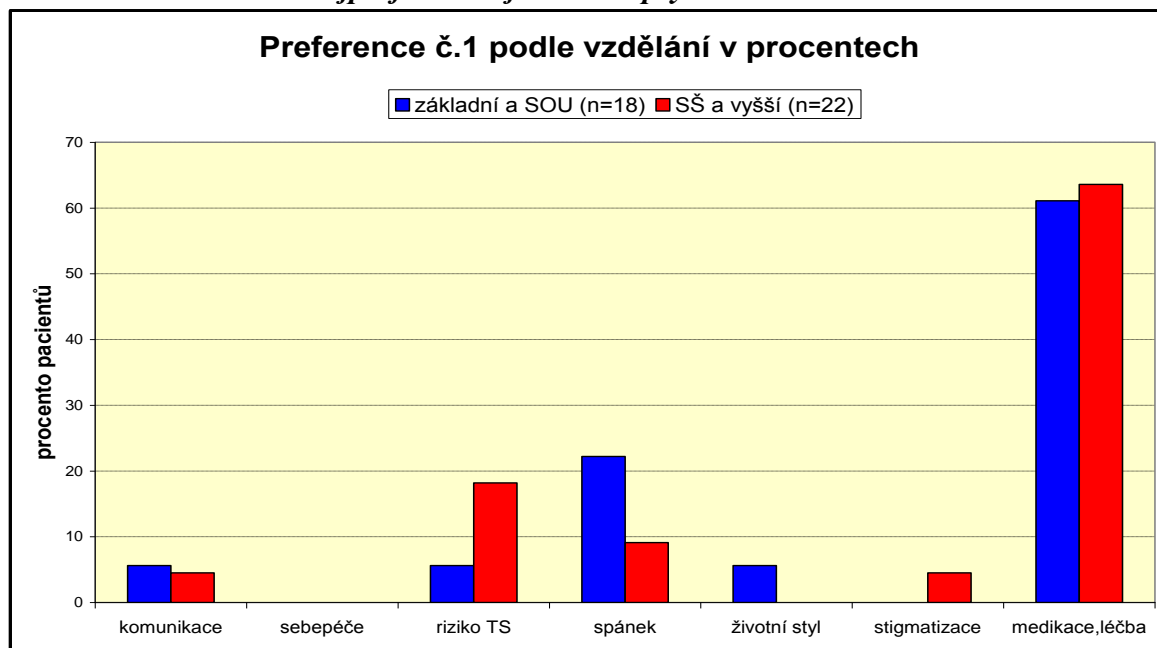
Při hodnocení preference jednotlivých témat edukace nebyl zjištěn mezi pohlavími žádný významný rozdíl (chi-kvadrát test; ns). Obě pohlaví preferují zejména psychoedukaci o léčbě, 4 ženy (a žádný muž) preferovaly psychoedukaci o životním stylu.

### Hodnocení psychoedukace podle výše vzdělání

Analýza preference témat edukace podle výše vzdělání neukázala významnější rozdíly. Při hodnocení nejvíce preferovaného tématu nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi osobami se základním vzděláním či vyučením oproti osobám se středoškolským a vyšším vzděláním (chi-kvadrát test: ns).

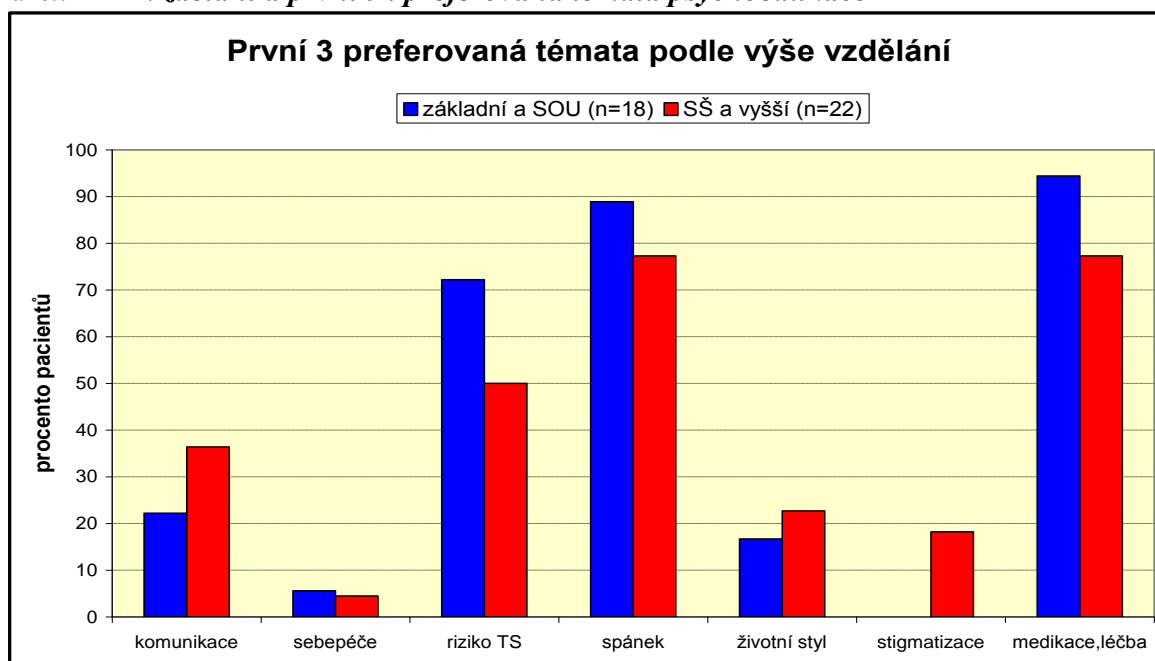


Graf č.6 *Vzdělání a nejpreferovanější témata psychoedukace*



Při hodnocení 3 nejpreferovanějších témat rovněž nebyl zjištěn mezi skupinou s nižším vzděláním a skupinou s vyšším vzděláním žádný statisticky významný rozdíl (chi-kvadrát test: ns). Nápadné však je, že z pacientů s nižším vzděláním (základní a vyučení) se o téma stigmatizace nezajímá v prvních třech preferencích žádný, zatímco u pacientů s vyšším vzděláním 18,2%, tento rozdíl však není statisticky významný (Fisherův přesný test: ns).

Graf č.7 *Vzdělání a první tři preferovaná témata psychoedukace*



## 9 Diskuse

Významným omezením studie je malý počet respondentů, který omezuje generalizaci výsledků. V celém souboru respondentů je nižší počet mužů, což může omezovat kvalitu srovnání mezi pohlavími. Jako všechna sledování, které užívají dotazníkové metody, je tato práce zatížená nepřesností, která vyplývá ze subjektivního sebe-posuzování pacientů. Pacienti mohou některé údaje nadhodnocovat a jiné podhodnocovat v závislosti na tom, co chtějí sami sobě i druhým přiznat. Předpokládáme, že toto zkreslení je podobné jak u mužů, tak i u žen.

Výsledky studie se jen částečně shodují s hypotézami, které jsme si předem stanovili, ale odpovídají literárním údajům.

### Vyhodnocení hypotéz:

#### (1) *Hypotéza týkající se léčebného efektu:*

Během léčby došlo ke statisticky významnému poklesu depresivních skóre měřených BDI u všech respondentů. Je více pravděpodobné, že u pacienta, který podstupuje léčbu, dojde k výraznému zlepšení, než u pacienta, který léčbu nepodstupuje. Nejen samotná medikace, ale pravidelný režim, psychoterapie, aktivita a přijetí deprese, jako onemocnění které je léčitelné, napomáhá k uzdravení pacienta.

Respondenti se zlepšili o 4 až 6 bodů ve výsledcích BDI za čtyři týdny léčby.

**Alternativní hypotéza byla potvrzena.**

#### (2) *Hypotéza týkající se demografických dat:*

Výsledky podporují **nulovou hypotézu** – mezi muži a ženami nebyl rozdíl v průměrném věku, v závažnosti deprese na počátku, ani v účinnosti léčby. Přesto, že literatura /Praško, Prašková, 2007/ udává, že ženy onemocní depresí 2x častěji než muži, neprokázali se v našem souboru respondentů rozdíly mezi pohlavími při hodnocení závažnosti příznaků (v dotazníku BDI). Jako důvod neprokázání alternativní hypotézy vidíme malý vzorek respondentů, ve kterém bylo zastoupeno více žen než mužů.

**Alternativní hypotéza nebyla potvrzena.**

(3) *Hypotéza týkající se vztahu předchozí psychoedukace a léčebného efektu:*

Výsledky opět podporují **nulovou hypotézu** – předchozí psychoedukace neukázala statisticky významný vliv na aktuální léčbu deprese. Je pravděpodobné, že při této velikosti souboru není možné prokázat vliv psychoedukace na efektivitu léčby.

**Alternativní hypotéza nebyla potvrzena.**

U procentuálního zpracování odpovědí respondentů je zjevné, že 60% žen častěji udávalo, že již v minulosti byly edukovány, oproti jen 40% mužů. Dále ženy uváděly, že edukace byla pro ně více srozumitelná než pro muže. Přesto, že se statisticky neprokázal vliv edukace na léčbu, více jak 70% respondentů ví, alespoň částečně, jak předcházet relapsům (data v otázce č.5). Průměrná zlepšení byla větší u pacientů, kteří v minulosti psychoedukaci prodělali, než průměrné zlepšení dříve needukovaných.

(4) *Hypotéza týkající se vztahu psychoedukace a pohlaví:*

Podle pohlaví se v našem souboru respondentů neprojeví významné rozdíly v chápání důležitosti jednotlivých témat psychoedukace, což opět potvrzuje nulovou hypotézu.

**Alternativní hypotéza nebyla potvrzena.**

(5) *Hypotéza týkající se vztahu vzdělání a chápání důležitosti jednotlivých oblastí psychoedukace:*

Zdá se, že druh vzdělání nerozhoduje o preferenci typu psychoedukace. Mezi pacienty s nižším i vyšším vzděláním, se nezjistili významné rozdíly při preferenci jednotlivých oblastí psychoedukace. Nejčastěji pacienti volili oblast o léčbě a vlivu léků.

**Alternativní hypotéza nebyla potvrzena.**

Přesto, že se nepotvrdila rozlišnost preference oblastí edukace podle věku, pohlaví a vzdělání, potvrdil se fakt, že nejvíce zajímá respondenty oblast léčebného režimu. Tuto oblast pokládají pacienti za nejvíce důležitou při léčbě deprese. Z toho se dá usoudit, na stále přetrvávající fakt, že nasazení vhodného léku a jejich správné užívání, je jediným možným řešením. Nasazení medikace a edukace o účincích léků spadá v současné době více do kompetencí lékaře než sester. Proto je důležité, aby sestra se zaměřila na edukace v ostatních oblastech. Jako další významné označili respondenti oblast spánkové hygieny, oblast rizika suicida a oblast komunikace. Jako zajímavé hodnotíme to, že respondenti udávali oblast stigmatizace na posledním místě. Domnívali jsme se, že stigmatizaci budou pacienti přikládat mnohem větší důraz.

# ZÁVĚR

V péči o duševně nemocné zaujímá sestra důležité místo. Bývá to především ona, která tráví s nemocným velkou většinu času. Dovednosti sestry by měly být na takové úrovni, aby pacienta dobře chápala, byla mu oporou, mohla kdykoliv účinně zasáhnout a v případě potřeby být pacientovi na blízku. K posouzení a zvládnutí situace je nutno mít schopnost empatie a umět se vcítit do momentálního duševního rozpoložení pacienta, být sebejistá, umět se klidně rozhodovat s ohledem na celý kontext situace. Při ošetřování pacienta s depresí by sestra měla znát nejen faktory související s rozvojem nemoci, ale i terapeutické kroky potřebné ke zvládnutí deprese.

Tato práce je zaměřena na péči pacienta s depresivní poruchou. Deprese je onemocnění celého organismu, nikoliv lenost. S tím, jak se vyvíjejí vědecké poznatky o depresivním onemocněním, vyvíjí se také jejich terapie. Cílem této práce je, aby byly sestry s touto problematikou dostatečně seznámeny.

Úvodní kapitola **teoretické části** se zaměřuje na samotné onemocnění. Stejně jako jiné nemoci, tak i deprese se vyskytuje v mnoha podobách. Další kapitola se zaměřuje na rozdělení, příčiny a formy terapie u deprese. Následující kapitola je věnována ošetrovatelské péči u pacientů s depresí, je zaměřena zejména na navázání kontaktu a vztahu, komunikaci, péči o tělesný stav, výživu, prevenci sebevraždného jednání, spánek, aktivitu a volný čas, psychoedukaci a význam stigmatizace a sebe-stigmatizace.

**Praktická část** se zabývá výzkumným šetřením za pomoci dvou dotazníků. První se zaměřuje na intenzitu depresivních příznaků na počátku a na konci léčby. Druhý dotazník se zaměřuje na vliv psychoedukace, její přínosnost a srozumitelnost pro pacienty.

V závěru můžeme zhodnotit, že všechny námi zformulované **cíle**, které jsme si stanovili na počátku dotazníkového šetření, **byly splněny**:

- Při procentuálním i statistickém zpracování BDI došlo ke zlepšení příznaků po čtyřech týdnech hospitalizace u pacientů.
- U procentuálního zpracování výsledků byla edukace alespoň částečně přínosná a 70% respondentů ví, jak se bránit návratu deprese. Nejvíce pacienti preferují oblast týkající se léčby a medikace, nejméně oblast stigmatizace.

- Ze zpracování výsledků nebyli zaznamenány rozdíly mezi muži a ženami. Ženy více preferovaly oblasti léčby, medikace a spánkovou hygienu, muži více preferovali oblast léčby, medikace a možná rizika suicida. U procentuálního zpracování dle vzdělání, lidé se středoškolským a vysokoškolským vzdělání, nejčastěji středního věku, ví, jak se bránit návratu deprese.

Domníváme se, že se nám podařilo získat přehled o nemoci zvané deprese. Naše práce by mohla přispět nejen samotným pacientům ke snadnějšímu zvládnutí problematiky, ale i ostatním pracovníkům pracujícím ve zdravotnictví a širší veřejnosti. Na základě získaných informací se domníváme ve shodě s údaji v literatuře, že se jedná o onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou pozornost ze strany specialistů, tak ze strany pacientů a touto vzájemnou formou spolupráce je zde možnost uzdravení nebo alespoň remise.

Tato práce mi pomohla lépe se zorientovat v problematice onemocnění deprese. Získané vědomosti uplatním při práci s pacienty trpící depresí. V současné době má i sestra možnost studovat psychoterapeutické kurzy a pracovat jako koterapeut. Na psychiatrii, kde pracuji jako zdravotní sestra, je edukace pacientů velice důležitá. Při získávání dat do dotazníkového šetření sami pacienti byli velice aktivní a zúčastňovali se pravidelně edukačních programů. Největším přínosem pro mě bylo zjištění, že program o edukaci se pacientům velice líbil.

*„Člověk je tvor snadno zranitelný. Když vám lidé přestanou věnovat pozornost, když vás již nerozptyluje nic zajímavého, když vás příliš unavuje práce, když změny vašeho zdravotního stavu jsou příliš velké, začíná být život těžký“.*

Sue Atkinsonová

## SEZNAM LITERATURY

1. DOUBEK, Pavel, HERMAN, Erik, HOVORKA, Jiří, a PRAŠKO, Jan. *Deprese a její léčba*. 2 vyd. Praha: MAXDORF, 2009. s.32 . ISBN 978-80-7345-186-8.
2. DOMINO, G. *Psychological testing: an introduction*. Cambridge University Press – literatura, 2006. s 191.
3. HLINOVSKÁ, Jaroslava, a FIŠAROVÁ, Zdenka. *Ošetrovatelský proces v psychiatrii – spojení teorie a praxe*. Florence plus 9/2010. (cit. 16.11.2010). Dostupné na WWW : [http://www.florence.cz/osetrovatelstvi/florence-plus/osetrovatelsky-proces-v-psychiatrii-spojeni-teorie-a-praxe#SlideFrame\\_1](http://www.florence.cz/osetrovatelstvi/florence-plus/osetrovatelsky-proces-v-psychiatrii-spojeni-teorie-a-praxe#SlideFrame_1)
4. HOSCHL, Cyril, a kolektiv. *Psychiatrie*. 1 vyd. Praha : Scientia Medica,1997. s 175. ISBN 80-85526-64-6.
5. HOSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, a ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1 vyd. Praha: TIGIS spol. s r.o., 2002. s. 895. ISBN 80-900130-1-5.
6. HRDLIČKA, Michal. *Elektrokonvulzivní terapie*. 1 vyd. Praha : Galén, 1997. s.167. ISBN 80-7262-004-5.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi.*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. s. 123. ISBN 80-7169-349-9.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, a PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*.1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 80. ISBN 80-247-0784-5.
9. KUBÍNKOVÁ, Dana, a KŘÍŽOVÁ, Alena. *Ergoterapie*. 1 vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 1997. s. 95. ISBN 80-7067-698-1.
10. MALÁ, Eva, a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1 vyd. Praha: Portál, 2002. s.143. ISBN 80-7178-700-0.
11. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum, 1996; 179. „Zprávy“ č. 134.
12. MIKŠOVÁ, Zdenka, FROŇKOVÁ, Marie, HERNOVÁ, Renáta, a ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1 vyd. Praha : Grada Publishing, 2006.s.248. ISBN 80-247-1442-6
13. NEUBAUEROVÁ, Kateřina. *Edikace pacientka v rámci ošetrovatelské péče*.2010. (cit 30.11.2010) Dostupné na WWW: <http://katkaen.webnode.cz/news/edukace-pacienta-v-ramci-osetrovatelske-pece/> 4/2010.
14. PRAŠKO, Jan. *Stigmatizace u „psychogenních poruch*. Psychiatrie, 2001, vol. 5, (č. 1), s. 32-37.
15. PRAŠKO, Jan, BULÍKOVÁ, Barbora, a SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak jí překonat*. 1 vyd. Praha : Galén, 2009. s. 91. ISBN 978-80-7262-656-4. (cit.15.10.2010). Dostupné na WWW: [http://deprese.com/images/pdf/Depresivni\\_porucha.pdf](http://deprese.com/images/pdf/Depresivni_porucha.pdf)
16. PRAŠKO, Jan, a kolektiv. *Psychiatrie pro zdravotnické školy*. 1 vyd. Praha: Informatorium 2003. s.192. ISBN 80-7333-002-4.

17. PRAŠKO, Jan, a kolektiv. *Psychické problémy u somatických nemocných a základy lékařské psychologie*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. s.430. ISBN 978-80-244-2365-4
18. PRAŠKO, Jan, a KOSOVÁ Jiřina. *Deprese*. Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2001, s.17. (cit. 15.10.2010). Dostupné na WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/Cteniprozdravi/Deprese>
19. PRAŠKO, Jan, KYRALOVÁ, Ivana, aj. *Co je to deprese a jak se léčí*. 1 vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha. 1997. s.173. ISBN 80-85121-17-4.
20. PRAŠKO, Jan, MOŽNÝ, Petr, a kolektiv. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1 vyd. Praha :TRITON, 2007. s.1063. ISBN 978-80-7254-865-1.
21. PRAŠKO, Jan, PRAŠKOVÁ, Hana, a PRAŠKOVÁ Jana. *Deprese a jak ji zvládat*. 1 vyd. Praha : Portál, 2007. s.180. ISBN 80-7178-809-0.
22. RADIMSKÝ, Marek, a kolektiv. *Psychiatrie II*. 2 vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 217. ISBN 80-7013-350-3.
23. ÚZIS ČR, *Zdravotnická statistika - Psychiatrická péče 2005*. Praha, Ústav zdravotních informací a statistiky ČR. 2006, s.86, ISBN : 80-7280-634-3 (cit. 20.11.2010). Dostupné na WWW : <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece/2005>
24. ÚZIS ČR, *Zdravotnická statistika - Psychiatrická péče 2006*. Praha, Ústav zdravotních informací a statistiky ČR. 2007, s.83, ISBN : 978-80-7280-667-6 (cit. 20.11.2010). Dostupné na WWW : <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece/2006>
25. ÚZIS ČR, *Zdravotnická statistika - Psychiatrická péče 2007*. Praha, Ústav zdravotních informací a statistiky ČR. 2008, s.99, ISBN : 978-80-7280-789-5 (cit. 20.11.2010). Dostupné na WWW : <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece/2007>
26. ÚZIS ČR, *Zdravotnická statistika - Psychiatrická péče 2008*. Praha, Ústav zdravotních informací a statistiky ČR. 2009, s.104, ISBN : 978-80-7280-852-6 (cit. 20.11.2010). Dostupné na WWW : <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece/2008>
27. ÚZIS ČR, *Zdravotnická statistika - Psychiatrická péče 2009*. Praha, Ústav zdravotních informací a statistiky ČR. 2010, s.121, ISBN : 978-80-7280-903-5 (cit. 20.11.2010). Dostupné na WWW : <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece/2009>
28. VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace s depresivním člověkem*. Psychiatrická sekce ČAS, 2007. (cit.30.11.2010). Dostupné na WWW: [http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty\\_-afektivni-poruchy/](http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-afektivni-poruchy/)
29. VENGLÁŘOVÁ, Martina, a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s.144. ISBN80-247-1262-8
30. VUČKOVÁ, Jaroslava, a kolektiv. *Ošetřovatelství – IV*.1 vyd. Praha : Foruna,1997. s. 140. ISBN 80-7168-507-0
31. VYMĚTAL, Jan *Úvod do psychoterapie*. 2 vyd. Praha : Grada, 2003. s. 262. ISBN 80-247-0253-3.

## Seznam grafů

<b>Graf č.1</b>	Přehled hospitalizovaných pacientů s depresí za období let 2005-2009.....	12
<b>Graf č.2</b>	Rozlišení podle pohlaví.....	35
<b>Graf č.3</b>	Rozlišení podle vzdělání.....	36
<b>Graf č.4</b>	Beckova posuzovací stupnice deprese (BDI) na počátku a konci léčby.....	38
<b>Graf č.5</b>	Průměrné hodnoty preference jednotlivých témat.....	47
<b>Graf č.6</b>	Vzdělání a nejpreferovanější témata psychoedukace.....	49
<b>Graf č.7</b>	Vzdělání a první tři preferovaná témata psychoedukace.....	49



## Seznam tabulek

<b>Tabulka č.1</b>	Rozlišení podle věku.....	35
<b>Tabulka č.2</b>	Rozlišení podle pohlaví.....	35
<b>Tabulka č.3</b>	Rozlišení podle vzdělání.....	36
<b>Tabulka č.4</b>	Rozlišení podle druhu pobytu.....	36
<b>Tabulka č.5</b>	Zlepšení pacientů v BDI v průběhu hospitalizace.....	37
<b>Tabulka č.6</b>	Nálada.....	39
<b>Tabulka č.7</b>	Pesimismus.....	39
<b>Tabulka č.8</b>	Pocit neúspěchu.....	40
<b>Tabulka č.9</b>	Neuspokojení z činnosti.....	40
<b>Tabulka č.10</b>	Vina.....	40
<b>Tabulka č.11</b>	Nenávist k sobě samému.....	41
<b>Tabulka č.12</b>	Myšlenky na sebevraždu.....	41
<b>Tabulka č.13</b>	Sociální izolace.....	42
<b>Tabulka č.14</b>	Nerozhodnost.....	42
<b>Tabulka č.15</b>	Vlastní vzhled.....	42
<b>Tabulka č.16</b>	Potíže při práci.....	43
<b>Tabulka č.17</b>	Únavnost.....	43
<b>Tabulka č.18</b>	Nechutenství.....	44
<b>Tabulka č.19</b>	Byl jste v minulosti edukován o svém onemocnění?.....	45
<b>Tabulka č.20</b>	Bylo pro Vás téma výkladu srozumitelné?.....	45
<b>Tabulka č.21</b>	Pokládáte dostatečnou informovanost o svém onemocnění za důležitou?.....	46
<b>Tabulka č.22</b>	Byla pro Vás edukace probíhající na oddělení přínosná?.....	46
<b>Tabulka č.23</b>	Která z oblastí edukace pro Vás byla nejdůležitější/nejpřínosnější?.....	47
<b>Tabulka č.24</b>	Víte jak se bránit návratu (relapsu) deprese?.....	48

## Seznam příloh

<b>Příloha č.1:</b>	Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F32 depresivní epizoda.....	59
<b>Příloha č.2:</b>	Hodnocení závažnosti deprese.....	60
<b>Příloha č.3:</b>	Záznam bludného kruhu u pacienta s depresí.....	61
<b>Příloha č.4:</b>	Záznam negativních myšlenek u pacienta s depresí.....	62
<b>Příloha č.5:</b>	Zásady komunikace s depresivním pacientem.....	63
<b>Příloha č.6:</b>	Dotazník rizika sebevražedného chování.....	64
<b>Příloha č.7:</b>	Spánková hygiena.....	65
<b>Příloha č.8:</b>	Záznam edukačního programu pro deprese.....	66
<b>Příloha č.9:</b>	Škála deprese – sebesuzovací dotazník BECK.....	71
<b>Příloha č.10:</b>	Míra edukace u depresivních pacientů.....	73

## **Příloha č. 1**

### **Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F32 depresivní epizoda**

- G1. Depresivní epizoda by měla trvat alespoň 2 týdny
- G2. Nikdy se nevyskytly příznaky, které by stačily k naplnění kritérii pro hypomanickou nebo manickou epizodu
- G3. Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou

### **Příznaky somatického syndromu (MKN-10 1996)**

Musí být přítomny alespoň 4 z následujících příznaků:

- (1) zřetelná ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné
- (2) nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď
- (3) ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou
- (4) deprese je těžší ráno
- (5) objektivní důkaz výrazné psychomotorické retardace nebo agitovanosti
- (6) výrazná ztráta chuti k jídlu
- (7) úbytek hmotnosti (o 5 % nebo více za poslední měsíc)
- (8) zřetelná ztráta libida

## Příloha č. 2

### Hodnocení závažnosti deprese

LEHKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA	STŘEDNĚ TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA	TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA BEZ PSYCHOTICKÝCH PŘÍZNAKŮ	TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA S PSYCHOTICKÝMI PŘÍZNAKY
<b>A. Obecná diagnostická kritéria pro depresivní epizodu:</b>			
G1. Trvání alespoň 2 týdny			
G2. V průběhu života se nikdy nevyskytly příznaky hypománie nebo mánie			
G3. Není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou			
<b>B. Musí být přítomny z následujících příznaků:</b>			
alespoň dva	alespoň dva	všechny tři	všechny tři
(1) depresivní nálada v míře jednoznačně abnormální pro daného jedince, přítomna po většinu dne a téměř každý den a trvajícím alespoň 2 týdny			
(2) ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné			
(3) pokles energie nebo zvýšená unavitelnost			
<b>C. Z následujícího seznamu přídatných symptomů musí být přítomny:</b>			
Jeden nebo více	alespoň šest	alespoň osm	alespoň osm
(1) ztráta sebevědomí nebo sebeúcty			
(2) bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny			
(3) opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování			
(4) stížnosti nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti			
(5) změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením (subjektivně nebo objektivně)			
(6) poruchy spánku jakéhokoliv typu			
(7) změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti			
<b>D. Kterýkoli z následujících okruhů:</b>			
Nesmí být přítomen	nesmí být přítomen	nesmí být přítomen	musí být přítomen
(1) bludy nebo halucinace, jiné než uváděné jako typicky schizofrenní, nejčastěji mají depresivní, sebeobviňující, hypochondrický, nihilistický, paranoidní nebo persekční obsah			
(2) depresivní stupor			

## Příloha č. 3

### Záznam bludného kruhu u pacienta s depresí

Error! Objects cannot be created from editing field codes.

## Příloha č. 4

### Záznam negativních myšlenek u pacienta s depresí

SITUACE:	MYŠLENKY: (nakolik jim věřím)	EMOCE:	RACIONÁLNÍ REAKCE: (nakolik ji věřím)	AKCE
Připálila jsem omáčku	Nejsem schopna zvládat domácnost. (80%)  Nikdy to nebude lepší. (90%)	Bezmoc 80%  Smutek 70%	Ale vždyť jsem jen připálila omáčku. 90%  Dokázala jsem poprvé po měsíci uvařit oběd. 90%  Během tohoto měsíce jsem se hodně zlepšila. 70%	Přestanu si naříkat. Udělám novou omáčku.  Zítra budu vařit znovu, i kdyby mi něco nevyšlo, není to žádná tragédie.
Návštěva manželova spolužáka. Mlčela jsem po celou dobu návštěvy.	Vidí, jak jsem nemožná. 90%  Jsem úplně nemožná. 80%  Vlád'a mě opustí. 80%	Napětí 80%  Strach 90%	Zase tak moc si mě nevšímal I když jsem byla zdravá, tak jsem s ním moc nemluvila. 60%  To, že mlčím, neznamená, že jsem nemožná. Měli svoje „téma“. 80%  Vlád'a se ke mně choval	Dám jim něco k jídlu a pití.  Vlád'ovi řeknu, až budeme sami, že ho mám ráda.  Příště mohu zkusit alespoň krátkou konverzaci, pak je ale asi stejně ponechám sobě.

			příjemně. 90%	
--	--	--	---------------	--

Datum	SITUACE	AUTOMATICKÉ MYŠLENKY	EMOCE	RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ	VÝSLEDEK
6.5.10 10:00	Soused mi neodpověděl na pozdrav	Nestojím mu ani za pozdrav. Něco proti mně má. Dává mi najevo, jak mnou pohrdá. Všichni vidí, jak jsem neschopná.	Lítost a vztek Strach Smutek Rezignace	Nezaregistroval mě. Nemám důvod si to myslet Přehnaná reakce na situaci, kdy mě nepozdravil soused	Přestanu se tím zabývat, není to tak významné. Příště ho sama pozdravím podruhé a hlasitěji.
6.5.10 13:00	Dcera nechtěla sníst oběd. Křičela jsem na ní.	Dělá mi to, protože mě nemá ráda. To co vařím, nikomu nechutná. Jako matka jsem úplně selhala.  Dopadne tak blbě jako já.	Lítost . Vztek na sebe  Strach	Nejí, protože na to nemá chuť Většinou to s chutí snědí. To, že se občas rozkřiknu není úplné selhání. To se straším, ale ani já jsem zas tak strašně nedopadla.	Omluvit se, že jsem na ní zbytečně křičela. Příště se jí předem zeptat, zda má hlad a pokud to přeženu s přísností, omluvím se.

## Příloha č. 5

### Zásady komunikace s depresivním pacientem

#### Neverbálně :

- Chápavý, ale povzbudivý pohled, vstřícná mimika, klidný posed, volné tempo s jasnou artikulací
- Dost času na vyslechnutí, nespěchat

#### Verbálně :

- Trpělivé vyslechnutí, projevy akceptace, úcty, zájmu, pochopení, vcítění. Dávat najevo pochopení pro tento stav i situaci nemocného, empatizovat s jeho pocity bezmoci, ale vyjadřovat naději na zlepšení budoucnosti.
- Pomoci mu orientovat se v situaci, vysvětlit mu, co se s ním děje.
- Pomoc při přijetí deprese jako nemoci, která se dá léčit – snížit pocity viny a zabránit „nálepkování duševní nemoci“.
- Učinit negativní myšlenky více ego-dystonními, učit je, aby jim nedůvěřoval.
- Vytvořit naději na vyléčení a stále ji podporovat.
- Zajistit důvěru ve zdravotnický tým.
- Vysvětlit plán léčby a jeho postupu. Podání přiměřených informací o účincích léků a jejich nežádoucích účincích.
- Stanovení krátkodobých cílů přiměřených pacientovým schopnostem, často dosažitelných pomalými kroky.
- Neklást náročné cíle a úkoly.
- Navádět k činnostem, které jsou momentálně odpočinkové nebo alespoň trochu příjemné.
- Úkoly zjednodušit a aktivitu zmírnit na možnosti, které při nedostatku energie depresivní pacient má.
- Denní činnost rozdělit na menší úseky
- Pomoc při vyjádření eventuálních sebevražedných myšlenek a uzavření antisuicidálních kontraktů /Praško a kolektiv, 2010, s.146/.

# Příloha č. 6

## Dotazník rizika sebevražedného chování



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLMOUC

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc  
Tel. 588 441 111, E-mail: [fn@fnol.cz](mailto:fn@fnol.cz)  
IČ: 00098892

KLINIKA PSYCHIATRIE

Identifikační štítek

Pacient(ka) – jméno a příjmení:

Rodné číslo (číslo pojištěnce):

.....Kód ZP:.....

Adresa trv. pobytu (případně jiná adresa):

Dok. č. Fm-L009-019-PSY-001,  
str. 1/1, v.č.: 2

**Zhodnocení rizika  
sebevražedného jednání  
NGASR**

Zhodnocení rizika sebevražedného jednání NGASR									
Rizikový faktor	Datum →	Ano		Ne		Ano		Ne	
1. Beznaděj		3	0	3	0	3	0	3	0
2. Deprese a ztráta zájmu a potěšení		3	0	3	0	3	0	3	0
3. Plán spáchat sebevraždu		3	0	3	0	3	0	3	0
4. Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu		3	0	3	0	3	0	3	0
5. Sebevražedný pokus v anamnéze		3	0	3	0	3	0	3	0
6. Přítomnost stresových událostí		1	0	1	0	1	0	1	0
7. Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, přikazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)		1	0	1	0	1	0	1	0
8. Vážné duš. problémy nebo sebevražda v rodin. anamnéze		1	0	1	0	1	0	1	0
9. Varovné známky sebevražedného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)		1	0	1	0	1	0	1	0
10. Psychóza v anamnéze		1	0	1	0	1	0	1	0
11. Ztráta manželky/manžela nebo životního partnera		1	0	1	0	1	0	1	0
12. Známky sociálního stažení		1	0	1	0	1	0	1	0
13. Socioekonomické strádání v anamnéze		1	0	1	0	1	0	1	0
14. Užívání alkoholu nebo jiných toxic. látek v anamnéze		1	0	1	0	1	0	1	0
15. Přítomnost terminálního onemocnění		1	0	1	0	1	0	1	0
Úroveň rizika: vysoká (skóre 15 a více) střední (skóre 8 - 14) nízká (skóre 0 - 7)	<b>Celkem</b>								
<b>Jmenovka + podpis sestry</b>									
Opatření při vysokém riziku sebevražedného jednání: Opatření při středním riziku:					Pacienti jsou umístěni na pokoji zvýšené péče, jsou pod neustálým dozorem ZPOD, ZPBD. Tzn., že i při hygieně pacientů v koupelně je přítomen ZPOD, ZPBD. Mimo asistenci při osobní hygieně platí opatření uvedená u vysokého rizika.				

\* vyhodnot' rizika sebevražedného jednání NGASR je-li v anamnéze pacienta suicidalní jednání  
\* u rizikové skupiny pacientů vyhodnot' riziko sebevražedného jednání před odjezdem na dovolenou

Vyhodnocení rizika agrese - Broset violence checklist									
Rizikový faktor	Datum →	Ano		Ne		Ano		Ne	
1. Zmatenost		1	0	1	0	1	0	1	0
2. Podrážděnost		1	0	1	0	1	0	1	0
3. Výbušnost		1	0	1	0	1	0	1	0
4. Slovní vyhrožování		1	0	1	0	1	0	1	0
5. Agrese vůči věcem		1	0	1	0	1	0	1	0
<b>Vyhodnocení: Přítomnost 2 a více rizikových faktorů znamená vyšší pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodinách.</b>	<b>Celkem</b>								
<b>Jmenovka + podpis sestry</b>									
Opatření při vysokém riziku sebevražedného jednání: Pacienti jsou umístěni na pokoji zvýšené péče, jsou pod neustálým dozorem ZPOD, ZPBD. Tzn., že i při hygieně pacientů v koupelně je přítomen ZPOD, ZPBD. Opatření při středním riziku: Mimo asistenci při osobní hygieně platí opatření uvedená u vysokého rizika.									

\* vyhodnot' riziko agrese pacienta vždy při informaci v anamnéze o agresivním chování  
\* vyhodnot' riziko agrese pacienta vždy za doprovodu POLICIE ČR, SOS zaměstnanec



## Příloha č. 7

### Spánková hygiena

#### SPÁNKOVÁ HYGIENA

Spánková hygiena je přehled obecných doporučení jedincům, kteří mají problémy s nedostatečným a nekvalitním spánkem (usínáním, opakovaným probouzením a časným buzením). Pravidla platí pro ty, u kterých bylo vyloučeno onemocnění, které nespavost může způsobovat a kdy je nutno léčit jeho příčinu.



[www.zdravyspanek.cz](http://www.zdravyspanek.cz)

- 1/ pravidelně uléhat ke spánku a pravidelně vstávat
- 2/ nespát během dne
- 3/ postel používat pouze ke spánkové a sexuální aktivitě
- 4/ jít do postele přiměřeně fyzicky i psychicky unavený
- 5/ před spaním se nepřejídat
- 6/ zajistit přiměřenou pohybovou aktivitu během dne, ne těsně před spaním
- 7/ zůstat na lůžku jen po dobu spánku
- 8/ při neusnutí do 30 min, vstát a dělat nezajímavou a monotonní práci
- 9/ nepoužívat kofein a pravidelně alkohol před spaním
- 10/ intermitentně použít hypnotika
- 11/ nekouřit před spaním a při probuzení v průběhu noci
- 12/ zařadit během dne chvílku, ve které je možno zorganizovat své plány tak, aby plánování nerušilo usínání a spánek
- 13/ spát ve vyvětrané místnosti temperované na 17-21°C
- 14/ zajistit pokud možno nehlukné a klidné prostředí
- 15/ zajistit barevně, esteticky a ergonomicky příjemnou ložnici a lůžko, vyhnout se alergickým materiálům
- 16/ při poruše zejména usínání potlačit negativní myšlenky rušící spánek a usínání

Ve spolupráci s MUDr. Miroslavem Moránem,  
Neurologická klinika FN Bohunice, Brno.  
HYP/12.04/010/27078990/CZ

### Záznam edukačního programu pro deprese



#### Psychoedukační program: PORUCHY NÁLADY 1 - Co je to deprese

##### Ján Praško a spolupracovníci

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc  
Katedra psychiatrie Universita Palackého v Olomouci

#### Základní informace

- deprese neznamená, že je člověk „nenormální“ nebo „bláznivý“, ani to není známka osobní slabosti
- jde o velmi časté onemocnění
- léčba pomáhá naprosté většině postižených zbavit se příznaků
- bez léčby mohou příznaky deprese trvat i léta
- neléčená deprese může skončit i sebevraždou
- nejvíce kompetentní pro léčbu deprese je odborník – psychiatr
- nejdůležitější pro léčbu a předcházení depresi je užívání léků, velmi však může pomoci psychoterapie
- postiženému může hodně pomoci laskavé a trpělivé přijetí od rodiny a přátel

#### Základní témata programu

- Co je to deprese, co je to mánie
- Co je příčinou deprese a které faktory zvyšují náchylnost k depresi
- Jak se deprese léčí
- Co dělat a nedělat během akutní epizody deprese
- Jak se můžu bránit návratu deprese

#### Co je to deprese

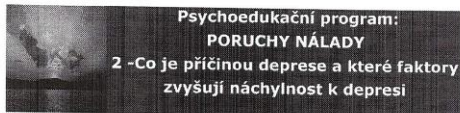
- je jedním z nejčastějších problémů, který můžeme zažít
- každoročně ji onemocní 5% obyvatelstva různého věku
- **onemocnění celého organismu**
- od běžného smutku nebo rozladěnosti se liší zejména: je intenzivnější a hlubší, trvá déle, nepříznivě ovlivňuje výkonnost
- nejedná se o slabost, nedostatek vůle nebo sebekázně

#### Jaké jsou typické projevy deprese

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo „prázdňá“ nálada
- negativní pohled na sebe a sebedoceňující myšlenky
- pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci
- sebeobviňování a ztráta smyslu života
- ztráta zájmu a radosti
- nespavost, předčasně ranní probouzení, nebo naopak nadměrná ospalost a spavost i během dne
- ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení váhy nebo naopak přejídání se a přibývání na váze
- pokles energie, únava, ospalost, malátnost
- nezájem o sexuální život

#### Jaké jsou typické projevy deprese

- nadměrné polehávání, odkládání činnosti
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu
- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost
- potíže se soustředěním, zapamatováním si, rozpomináním se a s pamětí vůbec (přechodné)
- přetrvávající tělesné příznaky- bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti
- tíha na hrudi, ztuhlost nebo ochablost svalstva, snadná unavitelnost
- nadměrné obavy a starosti



### Ján Praško a spolupracovníci

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc  
Katedra psychiatrie Universita Palackého v Olomouci

### Co se děje během deprese v mozku ?

- stresové události působí jako spouštěče (výrazné životní události / souhrn drobných stresujících vlivů)
- změna v biochemii mozku
- každá nervová buňka má výběžky, které posílají a dostávají zprávy od ostatních nervových buněk
- přenos zprávy zabezpečují „chemické látky- poslové“
- chemičti poslové ovlivňují způsob, jak se cítíme
- při depresi jde o serotonin, noradrenalin a dopamin
- epizoda deprese je spojena s jejich relativním nedostatkem v synapsích
- **antidepresiva** zvýší dostupnost těchto látek

### Zranitelnost k depresi zvyšují - 1

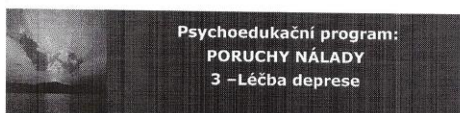
- **vrozené faktory** (pravděpodobnost přenosu z rodičů na děti je asi 15%)
- **podmínky vývoje v dětství** (ztráta, předčasné oddělení, týrání)
- **stresové životní události** (události, které vedou k sociální izolaci, změně role, ztrátě důležité role, ztrátě přirozené aktivity)
- **biochemické faktory** (příčina versus součást)

### Zranitelnost k depresi zvyšují - 2

- **psychologické faktory** (lidé s nízkým sebevědomím, silně stresující podmínky, lidé s problémy v asertivním jednáním, lidé, kteří mají potíže se snášením kritiky, nadměrnou potřebu pochvaly, nadměrně závislí na hodnocení druhých)
- **současná rodinná a pracovní situace** konflikty mezi partnery, rodiči a dětmi, workoholizmus- nadměrné pracovní tempo a málo odpočinku)

### Zranitelnost k depresi zvyšují - 3

- **tělesná onemocnění** - ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, mozková příhoda, Parkinsonova choroba, cukrovka, revmatizmus, snížená činnost štítné žlázy; někdy navazuje na bouřlivé hormonální změny po porodu a v menopauze
- **léky, drogy a alkohol**



**Psychoedukační program:  
PORUCHY NÁLADY  
3 – Léčba deprese**

**Ján Praško a spolupracovníci**

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc  
Katedra psychiatrie Universita Palackého v Olomouci

### Léčba deprese

- cílem: odstranit příznaky onemocnění, odstranit rizika relapsu (opětovně vzplanutí choroby) a obnovit původní kvalitu života
- optimální je kombinace antidepresiv a psychoterapie (léky umožní rychlý ústup příznaků a psychoterapie pomůže naučit účinnější způsoby, jak zacházet s problémy v životě, které deprese přecházely nebo během ní vznikly)

### Léčba deprese

- **akutní** – zmírnění a odstranění depresivních příznaků (3 měsíce)
- **udržovací** – po odeznění akutní epizody deprese, cílem je udržet dosažené zlepšení na dobu 6–9 měsíců, což je průměrná délka depresivní epizody  
- po úspěšné akutní léčbě se člověk může cítit už velmi dobře, nicméně příznaky jsou překryty léky a po vysazení medikace u 80 % lidí dochází k znovuzplanutí deprese
- **profylaktická** – po ukončení udržovací léčby, zpravidla více let, někdy celý život (indikována hlavně u pacientů, kteří zažili opakované epizody deprese, mají bipolární poruchu nebo dystymii)

### Trvání léčby

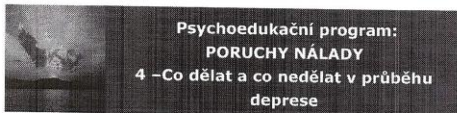
- podle doporučení světové zdravotnické organizace by mělo podávání antidepresiv trvat ještě půl roku po odeznění deprese, pokud jde o první epizodu v životě; pokud jde o opakovanou epizodu, mělo by následně podávání antidepresiv trvat ještě dva roky
- po předčasném vysazení léků až 80 % pacientů dostane deprese znovu

### Antidepresiva

- upravují aktivitu serotoninu, noradrenalinu a dopaminu
- regulují jejich porušenou rovnováhu, jejich efekt není okamžitý, ale zpravidla se objeví za 3–6 týdnů podávání
- **SSRI** v současné době lékem první volby při léčbě deprese (Cipralex, Citalec, Zoloft, Apo-parox, Fevarin)
- antidepresiv je celá řada a důležité je zvolit správnou léčbu spolu se svým psychiatrem a potom **pokračovat v léčbě dostatečně dlouho a v dostatečné dávce**
- **jiné skupiny léků: stabilizátory nálady, antipsychotika,**
- **další terapie: fototerapie, elektrokonvulzivní terapie**

### Vedlejší účinky

- antidepresiva mívají lehké a většinou dočasné vedlejší účinky, které se objevují u některých lidí
- sucho v ústech (pít více vody, žvýkat žvýkačku bez cukru, častěji si čistit zuby)
- zácpa (jíst více vláknin, ovoce, zeleniny, projímavé minerální vody a čaje)
- obtížnější močení (naplněný měchýř může být nepříjemný a močení pomalejší, proud moče slabší) nevystrašit se, nejste tím vážněji ohroženi, pustit si zároveň tekoucí vodu z vodovodu, dát si nohy do studené vody, při větších potížích se poraďte se svým lékařem)



**Ján Praško a spolupracovníci**  
Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc  
Katedra psychiatrie Universita Palackého v Olomouci

### Doporučení -1

- uvědomte si, že deprese i úzkost jsou léčitelné
- nezástávejte s problémy sami
- důvěřujte svému lékaři a nebojte se mu sdělit své potíže
- pravidelně užívejte léky, které vám lékař předepsal
- nekladte si žádné náročné cíle a úkoly
- během deprese nedělejte žádná závažná rozhodnutí (jako je rozchod v důležitém vztahu, odchod od rodičů, změna bydliště, finanční investice, změna zaměstnání apod.)

### Doporučení - 3

- neočekávejte od sebe příliš
- neuchylujte se do samoty, udržujte kontakt s blízkými lidmi
- nepokoušejte se příznaky „zaspat“
- velmi pečlivě zvažujte, zda si jít lehnout do postele
- nevěřte lidem, kteří vám říkají, že „byste se měli vzbudit“
- nestyďte se plakat, kdykoliv to potřebujete

### Pocity při depresi

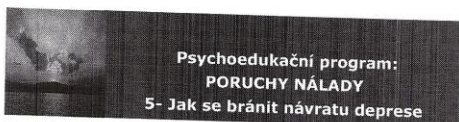
- při depresi jsou časté negativní pocity a myšlenky, které vedou k tomu, že se cítíte **vyčerpaní, bezmocní, často i bez naděje a pocitu smyslu života**
- tyto negativní pocity jsou součástí deprese a **zkreslují pohled** na životní situaci, ve které se nacházíte
- většina lidí v depresi má tendenci vidět sebe, okolnosti svého života a budoucnost jako katastrofu
- toto hodnocení skutečnosti bude přetrvávat pravděpodobně až do té doby, než začne fungovat léčba

### Doporučení - 2

- neuchylujte se do samoty, udržujte kontakt s blízkými lidmi
- nesrovnávejte aktivitu v nemoci se svou aktivitou ve zdraví
- neodjíždějte na dovolenou do neznámého prostředí
- neříkejte si, že depresi a úzkost „zlomíte vůlí“
- zkuste dělat to, co je vám příjemné
- pokud se odhodláte k delší činnosti, rozdělte ji na menší úseky

### Doporučení - 4

- nečekejte od léčby zázraky za několik dní
- zásadně v depresi nejezděte na dovolenou
- pokud vás přepadají myšlenky na sebevraždu – řekněte to svým blízkým a hlavně to řekněte svému lékaři
- vysvětlete svojí rodině, že deprese je nemoc
- neukončujte předčasně léčbu, i když se už budete cítit dobře
- s vašimi příznaky nemohou pomoci léčitelé, akupunktura, homeopatie ani jiné alternativní praktiky



**Ján Praško a spolupracovníci**  
Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc  
Katedra psychiatrie Universita Palackého v Olomouci

### Jak se bránit návratu deprese

#### 2. Sociální síť

- sociální izolace je jedním z nejdůležitějších spouštěčů depresivní poruchy
- z dlouhodobého hlediska nejdůležitější nápravou bývá nalezení příležitosti, jak se setkávat s lidmi a trávit s nimi čas
- Proč je setkávání s lidmi tak důležité?
  - máte možnost si ulevit
  - nutí vás přemýšlet také o něčem jiném než o svých potížích
  - pomáhá strukturovat rozpadlý časový plán
  - zmírňuje pocity izolace a osamělosti
  - je to lépe naplněný čas než ležení v posteli
  - pomáhá nalézání smysluplných aktivit
  - po stabilizaci stavu výrazně brání rozvoji deprese

### Jak se bránit návratu deprese

- aerobní cvičení (trvá nejméně 20 minut, je v přiměřeném tempu, plynulé (bez přestávky) a procvičuje svaly dolní poloviny těla (vytrvalostní běh, nebo jízda na rotopedu)
- na náš duševní život působí anaerobní cvičení tím, že uvolňuje endorfiny, které přivádějí mozek do stavu relaxované bdělosti a klidu, působí proti depresivní náladě, zrychluje vybavování paměťových dat a podporuje růst nervových spojení
- pravidelné cvičení 3x týdně
- velmi důležité je mít radost z toho, co děláte

### Jak se bránit návratu deprese

- i po letech prožívání depresivních příznaků je vyléčení velmi dobře možné
- je nutné ale počítat s tím, že se příznaky mohou vrátit, proto je dobré se na to připravit

#### 1. Užívání léků

velmi důležité je nepřerušit léčbu antidepresivy předčasně (to by mohlo způsobit rychlý návrat příznaků)

### Jak se bránit návratu deprese

#### 3. Dieta a cvičení

- prozatím není objevena „antidepresivní dieta“, ale jídla s nízkým obsahem tuku, cereálie, semínka, zelenina, ovoce, těstoviny atd. jsou důležitá pro zdraví a mohou pozitivně ovlivnit náladu
- pravidelný pohyb je základním prostředkem proti stresu
- pohyb je pro naše tělo **přirozenou potřebou** podobně jako dech, jídlo a milování; nedostatek pohybu vede k tomu, že tělo chátrá
- lidé, kteří se tělesně nenamáhají ani rekreačně, bývají postiženi příznaky úzkosti a deprese přibližně dvakrát častěji než lidé, kteří mají **pravidelnou aerobní tělesnou zátěž**

### Jak se bránit návratu deprese

#### 4. Změna životního stylu

- zabudujte si do svého denního programu „**relaxační okénka**“, **pravidelně odpočívajte**
- každý den udělejte něco, co vám přinese **potěšení**, věnujte se koníčkům, zájmům, umění
- když vám něco dělá starost, **svěřte se** s tím přátelům nebo odborníkům (vytvořte si telefonní seznam užitečných čísel)
- uspořádejte si svůj **denní program**
- pravidelný spánek, pravidelné ranní vstávání, vyhnutí se alkoholu, kouření, spěchu, otravným lidem

## Příloha č. 9

### Škála deprese – sebeposuzovací dotazník BECK

Dobrý den, jmenuji se Irena Mádrová a jsem studentkou III. ročníku Fakulty zdravotnických věd v Olomouci. Žádám Vás o vyplnění dotazníku, který se zabývá sebeposouzením u onemocnění deprese. Dotazník je anonymní a výsledky použiji pouze pro vlastní potřeby studia.

**Instrukce vyplnění** – zakroužkujte jednu vhodnou odpověď

#### 1. Nálada

- 0 -nemám smutnou náladu
- 1- cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
- 2 -jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
- 3 -jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést

#### 2. Pesimismus

- 0 -do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
- 1 -poněkud se obávám budoucnosti
- 2 -vidím, že se už nemám na co těšit
- 3 -vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit

#### 3. Pocit neúspěchu

- 0 -nemám pocit nějakého životního neúspěchu
- 1 -mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
- 2 -podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
- 3 -vidím, že jsem jako člověk(otec,manžel a pod) v životě zcela zklamal

#### 4. Neuspokojení z činnosti

- 0 -nejsem nijak zvlášť nespokojený
- 1 -nemám z věcí takové potěšení, jako jsem míval
- 2 -už mne netěší skoro vůbec nic
- 3 -ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení

#### 5. Vina

- 0 -necítím se nijak provinile
- 1 -občas cítím, že jsem méněcenný,horší než ostatní
- 2 -mám trvalý pocit viny
- 3 -ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný,zlý provinilý člověk

#### 6. Nenávist k sobě samému

- 0 -necítím se zklamán sám sebou
- 1 -zklamal jsem se sám v sobě
- 2 -jsem dost znechucen sám sebou
- 3 -nenávidím se

## **7. Myšlenky na sebevraždu**

- 0 -vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat
- 1 -mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
- 2 -často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
- 3 -kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

## **8. Sociální izolace**

- 0 -neztratil jsem zájem o lidi a okolí
- 1 -mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
- 2 -ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
- 3 -ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

## **9. Nerozhodnost**

- 0 -dokážu se rozhodnou v běžných situacích
- 1 -někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
- 2 -rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
- 3 -vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout

## **10. Vlastní vzhled**

- 0 -vypadám stejně jako dříve
- 1 -mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
- 2 -mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- 3 -mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě

## **11. Potíže při práci**

- 0 -práce mi jde od ruky jako dříve
- 1 -musím se nutit, když chci něco dělat
- 2 -dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
- 3 -nejsem schopen jakékoliv práce

## **12. Únavnost**

- 0 -necítím se více unaven než obvykle
- 1 -unavím se snáze než dříve
- 2 -všechno mne unavuje
- 3 -únava mne zabraňuje cokoli udělat

## **13. Nechutenství**

- 0 -mám svou obvyklou chuť k jídlu
- 1 -nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval
- 2 -mnohem hůře mi teď chutná jíst
- 3 -zcela jsem ztratil chuť k jídlu



## **Příloha č. 10**

### **Dotazníkové šetření Míra edukace u depresivních pacientů**

Dobrý den, jmenuji se Irena Mádrová a jsem studentkou III. ročníku Fakulty zdravotnických věd v Olomouci. Žádám Vás o vyplnění dotazníku, který se zabývá informačním šetřením po absolvování edukace o depresi při hospitalizaci pacientů na Psychiatrické klinice v Olomouci. Dotazník je anonymní a výsledky použiji pouze pro vlastní potřeby studia.

### **Identifikační údaje**

#### **Pohlaví ( správnou odpověď zakroužkujte)**

- a) muž
- b) žena

#### **věk respondenta ( správnou odpověď zakroužkujte)**

- a) 18-30
- b) 31-50
- c) 51 a více

#### **nejvyšší dosažené vzdělání ( správnou odpověď zakroužkujte)**

- a) základní
- b) střední odborné učiliště (SOU)
- c) střední škola s maturitou (SŠ)
- d) vyšší odborné vzdělání (VOŠ)
- e) vysokoškolské vzdělání (VŠ)

#### **Hospitalizace ( správnou odpověď zakroužkujte)**

- a) první hospitalizace ve FNOL Psychiatrická klinika
- b) opakovaná hospitalizace ve FNOL Psychiatrická klinika

## Míra edukace u depresivních pacientů

**1. Byl jste již v minulosti edukován o svém onemocnění (deprese)?**  
(správnou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
- b) ne

pokud ano, kde a kým ( napište)

Pokud ano, **Bylo pro Vás téma výkladu srozumitelné?**  
(správnou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
- b) částečně
- c) spíše ne
- d) ne

Při odpovědi b)c)d) napište proč-----

**2. Pokládáte dostatečnou informovanost o svém onemocnění za důležitou?** (správnou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
- b) částečně ano
- c) spíše ne
- d) ne

**3 Byla pro Vás edukace probíhající na oddělení přínosná?**  
(správnou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
- b) částečně ano
- c) spíše ne
- d) ne

**4 Která z oblastí edukace pro vás byla nejdůležitější /nejpřínosnější?**  
( k položkám a-g přiřaďte číslo 1 – 7 . 1=nejvíce zaujalo, 7= nejméně zaujalo)

- a) komunikace s okolím
- b) péče o tělesný stav, podpora sebepéče, výživa
- c) riziko sebevražděného jednání
- d) spánek
- e) aktivita a volný čas, zájmy
- f) stigmatizace
- g) medikace, léčebný režim, rizikové faktory onemocnění

**5. Víte, jak se bránit návratu (relapsu) deprese**  
( správnou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
- b) částečně ano
- c) spíše ne
- d) ne