

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**DEPRESE A JEJÍ DOPAD NA KVALITU ŽIVOTA
DOSPĚLÝCH JEDINCŮ**

Bakalářská práce

Autor práce: Paulína Šragová
Vedoucí práce: Bc. Ivana Šlaisová

2007

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HREDEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**DEPRESSION AND HER INCIDENCE ON QUALITY OF LIFE
OF ADULT PERSONS**

Bachelor's thesis

Autor: Paulína Šragová
Supervisor: Bc. Ivana Šlaisová

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové
.....
(podpis)

Děkuji vedoucí bakalářské práce Bc. Ivaně Šlaisové za odborné vedení, Mgr. Ivaně Masárové za nesmírnou trpělivost, se kterou ke mně přistupovala po celou dobu psaní této práce a mému synovi Jakubovi, který mi celou dobu dodával sílu a radost.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 Deprese	7
1.1 Úvod do deprese	7
1.1.1 Deprese – vymezení pojmu	8
1.2 Historické pojetí duševní nemoci včetně deprese.....	11
1.2.1 Starověk	11
1.2.2 Středověk.....	12
1.2.3 Novověk.....	12
1.2.4 Dějiny 20. století	13
1.3 Příčiny deprese.....	14
1.4 Projevy deprese.....	17
1.4.1 Deprese ve vyšším věku.....	19
1.4.2 Poporodní deprese	19
1.5 Dopad deprese.....	20
1.5.1 Suicidium	20
1.5.2 Stigma	22
1.5.3 Sexuální aktivita.....	25
1.5.4 Soudní psychiatrie.....	25
1.5.5 Sociální izolace, chronicita, invalidita	26
1.6 Léčba deprese	26
1.6.1 Psychoterapie.....	26
1.6.2 Farmakologická léčba	27
1.6.3 Elektrokonvulze.....	28
1.6.4 Fototerapie.....	29
1.6.5 Doplnující formy léčby u deprese	30
2 Ošetrovatelství v psychiatrii	31
2.1 Ošetrování duševně nemocných	31
2.2 Ošetrovatelská péče o depresivního pacienta	33
2.3 Komunikace s depresivním pacientem.	35
2.4 Edukace depresivního pacienta a jeho blízkých	36
2.5 Etické aspekty ošetrovatelské péče.....	37
3 Kvalita života.....	39
3.1 Vymezení pojmu kvalita života	39
3.2 Kvalita života u nemocných	40
3.3 Měření kvality života.....	42
4 Zkoumaný soubor a použité metody.....	44
5 Výsledky	46
6 Diskuse.....	73
ZÁVĚR	78
ANOTACE	80
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	81
SEZNAMY	84
Seznam grafů	84
Seznam tabulek.....	85
Seznam příloh	86
PŘÍLOHY	87

ÚVOD

Do své bakalářské práce chci vnést ucelenější a komplexnější pohled na jedno z nejčastějších onemocnění současnosti. Deprese je pojem skloňován jak odbornou, tak i laickou veřejností. Pracuji na psychiatrické klinice, a nejen tam vidím dopad depresivní poruchy na život lidí. S depresí jsem se setkala i v mém nejbližším okolí a je to pro mě nesmazatelná a hluboká vzpomínka. Snad i proto jsem si zvolila toto téma. Doufám, že práce přinese zajímavé poznatky, které přispějí k pochopení lidí trpících s depresí.

Cíle práce

- vysvětlit pojem deprese;
- přiblížit historické aspekty depresivní poruchy;
- nastínit příčiny, projevy, léčbu a dopad deprese na některé oblasti lidského života;
- zaměřit se na ošetrovatelskou péči u depresivních pacientů;
- popsat kvalitu života obecně i ve specifické rovině – u duševně nemocných, včetně depresivní poruchy;
- zmapovat kvalitu života u depresivních jedinců.

1 Deprese

1.1 Úvod do deprese

Deprese představuje jedno z nejhorších utrpení. Je to bolest duše, která je mnohdy horší než bolest těla. Deprese je něco jiného než smutek, i když jsou si oba pocity velmi blízké. Smutek patří k životu a je přirozený. Bývá spojován se ztrátou něčeho, někoho. Po určité době se však jeho intenzita zmenšuje a prožívaný nedostatek se může stát popudem k hledání nových mezilidských vztahů, zájmů a věcí. Smutek tak může mít i svou kladnou stránku, protože přivádí truchlícího blíž k lidem a pomáhá mu nalézat a zvažovat životní hodnoty.

Naproti tomu deprese je nemoc, nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabost. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení. Je pravdou, že se projevuje smutkem, ale ten je intenzivnější a déle trvající než smutek přirozený, který jsem zmiňovala výše. Deprese zasahuje jak toho kdo jí onemocněl, tak i celou jeho rodinu. V sociálním kontextu se v souvislosti s depresí mluví o neinfekční nákaze, která se projevuje snahou vyhnout se depresivnímu člověku, být s ním co nejméně v kontaktu. Depresivní porucha vede k pocitu ztráty smyslu života. Mnoho lidí trpících depresí pomoc nehledá. Buď si neuvědomují, že jsou depresivní, nebo to vědí a stydí se za to. Doufají, že nemoc překonají sami. Bojí se přiznat depresi, protože mají pocit, že jde o jejich selhání. Jenomže nepřiznat depresi a neléčit ji je nerozumné. Zanedbaná deprese ničí jak postiženého, tak i celou jeho rodinu a léčí se hůře než když člověk přijde včas. Neléčená deprese může skončit sebevraždou.

Svět a svoboda depresivního člověka jsou zúženy na minimum. Tíha lidského údělu se stává v depresi nesnesitelnou, protože není sdílena s druhými lidmi, což vrhá člověka do samoty a izolace. Nemocný lituje minulosti, popírá budoucnost, přeje si svůj zánik, znehodnocuje svůj život. Okolí se cítí ohroženo nakažlivostí jeho pesimismem, postižený signalizuje, že úsilí všech je zbytečné. (Kryl, 2006).

1.1.1 Deprese – vymezení pojmu

Deprese je slovo latinského původu. Znamená pokles, ustrnutí, stagnaci, stísněnost, sklíčenost, netečnost. Deprese je dnes všeobecně známým termínem. Často se užívá a preferuje i v povědomí laické veřejnosti, i když nemusí vždy jít o depresi.

Ještě donedávna se deprese dělily na endogenní, pocházející zevnitř, u nichž se soudilo na biologické příčiny a exogenní, jejichž příčina pocházela zvnějšku. Exogenní deprese se dále dělily na :

1. **reaktivní** – jenž představovaly nepřiměřeně hlubokou a dlouhou reakci na utrpěnou ztrátu nebo trauma;
2. **neurotické** – šlo o různé nepříznivé vlivy ve vývoji jedince;
3. **somatické** – jednalo se o druhotný důsledek postižení mozku buď organickým postižením (ateroskleróza, atrofie CNS) nebo metabolickou poruchu (jaterní selhání, urémie).

Toto dělení bylo nedostačující a dennodenní praxe ukazovala, že i nesprávné. Reaktivní deprese mohly mít od počátku charakter depresí endogenních nebo se v takové postupně měnit. Endogenní deprese mohly propuknout po traumatu a psychické zátěži. (Honzák, 1999).

V současnosti disponujeme dělením podle desáté verze Mezinárodní klasifikace nemoci, která vstoupila v Čechách v platnost v roce 1994. Dnešní pohled bere v úvahu rozsah a hloubku příznaků, které nemocného obtěžují a průběh – sledující vývoj obtíží během života nemocného. Základní dělení depresí je:

1. **deprese mírné;**
 2. **deprese středně těžké;**
 3. **deprese těžké;**
- s přítomností somatických či bez somatických příznaků u všech tří skupin;
 - s psychotickými či bez psychotických příznaků u těžké deprese.

Podle charakteru průběhu může jít o **depresivní fázi**, která představuje aktuální stav depresivních potíží. Při opakujícím se výskytu depresivních epizod mluvíme

o *rekurentní* nebo *periodické depresi*. Také se můžeme setkat s unipolárním a bipolárním dělením deprese. *Unipolární deprese* se vyskytuje samostatně jako chorobná jednotka. *Bipolární deprese* (maniodepresivní porucha) se střídá se stavy mánie. Jedná-li se o chronickou depresivní poruchu nálady mírné intenzity, mluvíme o *dysthymii*. Obvykle začíná v ranné dospělosti a trvá nejméně několik let, někdy celý život. Pokud se chronicky střídá depresivní nálada se stavy hyperaktivity a nápadně zlepšenou náladou mluvíme o *cyklothymii*.

Výskyt deprese podle některých zdrojů:

Depresivní epizoda postihne aspoň jednou za život 10 – 20 % osob (Vokurka, Hugo, 2005).

Deprese je psychické onemocnění, které se řadí mezi afektivní poruchy. Jednou za život postihne 10 – 15 % populace. Začíná nejčastěji mezi dvacátým pátým a třicátým pátým rokem života. Bipolární porucha je méně častá než jiné poruchy nálady, objevuje se asi u 10 % lidí trpících depresí. Onemocní jí 1 – 2 osoby ze sta. Ke zvratu v náladě dochází obvykle postupně. (Praško a kol., 2003).

Porucha nálady se objevuje nejvíce v populaci ve věku 15 – 45 let. Depresivní porucha je jednou z nejvíce zastoupených nemocí ve světě, zahrnuje 10 % všech nemocných. Deprese je více rozšířena mezi ženami. Aktuální poměr nemocných žen k mužům v USA je 2:1. Maniodepresivní porucha je méně častá než unipolární deprese. Prevalence bipolární poruchy je 0,5 % – 1 %. Studie z USA ukazuje, že dysthymii trpí kolem 3 % populace a je více častá u žen mladších 65 let, u svobodných osob a osob sociálně slabších. Pro cyklothymii nejsou relevantní údaje. (Andreasen, Black, 2000).

Odhady uvádějí, že depresivní poruchou trpí kolem 10 % populace, ve starším věku – nad 65 let – je to již 17 % osob. (Honzák, 1999). U pacientů ve věku nad 65 let se vyskytují deprese často v souvislosti s jinými depresemi a zdravotními problémy. Doc. Harold Koenig uvádí prevalenci velké deprese u osob tohoto věku méně než jedno procento, ale dalších 10 % tvoří jiné formy deprese. U hospitalizovaných starých lidí a u seniorů v domovech důchodců, jde o asi 20 % z těch, kteří jsou bez kognitivních vad. (www.zdrava-rodina.cz).

Ženy trpí depresí přibližně dvakrát častěji než muži a prevalence roste až na dvacet procent u bezdětných kuřáček a vdov. Celoživotní prevalence deprese se

odhaduje na 15 % populace. Průřezová prevalence, tj. kolik lidí právě v téhle chvíli trpí depresí, je 3 – 4 %. (Höschl, 2004).

Svůj život podle odhadu ukončí sebevraždou 5 – 15 % depresivních nemocných. K rozpoznání míry rizika suicida slouží Pöldingerův dotazník (viz Příloha č. 2). (Praško, 2003).

Nesmíme zapomínat na to, že deprese je závažné onemocnění s rizikem chronicity a suicida, zhoršující prognózu somatických onemocnění, která snižují kvalitu života, a v nemnoha případech způsobují i invaliditu postižených. Často je deprese přehlédnuta. Vedou k tomu některé důvody:

1. deprese je považována za neinfekční nákazu – snažíme se vyhnout styku s depresivními jedinci, pro současný stav depresivního člověka hledáme jiná vysvětlení (málo se snaží, má nedostatek vůle, je líný);
2. deprese, zejména ve vyšším věku, se neprojevuje vždy výrazně smutnou náladou, ale řadou nespecifických obtíží, hlavně tělesnými příznaky, což vede k jejímu přehlížení a nerozpoznání;
3. samotní pacienti si také často nalhávají, že jde o něco jiného a staví do popředí hlavně somatické obtíže. Dokonce i tehdy, jedná-li se o opakovanou zkušenost s depresí, snaží se vyhnout stigmatu psychiatrické diagnózy a z ní plynoucí odborné psychiatrické péče.

1.2 Historické pojetí duševní nemoci včetně deprese

1.2.1 Starověk

Ve starověku lidé považovali duševní nemoc za seslání trestu od Bohů, za odvrácení jejich náklonnosti. Jediná obrana člověka spočívala v nošení amuletů, talismanů, v magických obřadech a rituálech. Později se objevují prvotní zárodky lidového léčitelství. Tuto léčbu měli na starosti vyvolení v kmenu, šamani.

K celkovému vývoji péče o duševně nemocné výrazně přispělo egyptské a řecké lékařství. Útočištěm pro duševně nemocné byly v Egyptě chrámy. Při léčbě smutné nálady se v nich provozovaly hry a tělesná cvičení. V léčbě se uplatňovaly libozvučné zpěvy, příjemná hudba a tanec. Chrámy byly obklopeny kvetoucími zahradami a uměle vytvořenými háji. Důležitý byl pravidelný denní režim nemocných a hygiena těla.

Významnou starozákonní osobností, postiženou depresí, byl král *Šalamoun*, jemuž pomáhaly příběhy královny ze Sáby překonávat noci naplněné nespavostí.

Také syn korintského krále, *Hipponos*, trpěl poruchami emotivity. V Iliadě je jeho situace zachycena následovně: „*Když se Hipponos zprotivil veškerým Bohům častokrát álejskou plání se toulával samojediný, trápil se ve svém srdci a prchával před stykem s lidmi.*“ (Honzák, 1999).

Významnou osobností řeckého lékařství starověku byl *Hippokrates* (460 – 370 př.n.l.). Už v té době zdůrazňoval individuální přístup k nemocnému. Zastával názor, že duševní choroby se objevují u matek po porodu, že úzkostné stavy, trvají-li dlouho, mohou přejít v melancholii – pro niž je typická sklíčenost a hluboký smutek. Pojem melancholie je odvozen od řeckých slov *mélas* – černý, tmavý, chmurný a *cholé* – žluč. Neboť podle Hippokrata, za toto utrpení mohlo příliš mnoho „černé žluče“ v těle člověka. Hippokrates dále rozlišoval mezi „chladnou žlučí“ – melancholií v užším smyslu slova a „teplou žlučí“, jak označoval stav mánie (řec. *mainesthai* – být šílený). Nadbytek některé ze čtyř hlavních tělních šťáv léčil pouštěním žilou, projímadly a dávidly tak, aby došlo k vyrovnání nepoměru v těle. Z léčiv užíval nerostné látky a rostliny, které doplňoval zábaly, úpravou životosprávy, tělocvikem a procházkami přírodou. (Munzarová a kol., 2006).

Ve druhém století našeho letopočtu zmiňuje *Aretaios z Kappadolie* onemocnění bez horečky, při níž smutný duch zůstává ustavičně upjat na stejnou myšlenku a neústupně se jí drží.

1.2.2 Středověk

Ve středověku bylo šílenství chápáno jako hřích, nečistota, zbavení rozumu, posednutí zlými duchy, d'áblem. Duševně nemocní byli ze společnosti vyčleňováni do ústraní, mimo normální jedince.

V léčbě „šilenců“ se užívalo metody zaříkávání a exorcismu. U netečných nemocných, kam můžeme zařadit i lidi s depresí, se k jejich probuzení používalo čichání ostře pronikavých zápachů, nasazování mravenců a hmyzu do šatů nebo oblečení, pálení kůže rozžhaveným železem. Církev měla v lékařství vedoucí postavení, čímž určovala i vyučování medicíně. Osudy psychiatrie ve středověku patří mezi nejčernější v dějinách medicíny vůbec. V této době se do popředí dostává víra v čarodějnictví a víra v existenci duševních nemocí způsobených démony. Historické odhady z Evropy ohledně čarodějnických procesů předpokládají několik set tisíc obětí. Duševně nemocní tvořili část z nich. (Marková a kol, 2006).

V roce 1621 vyšlo v Anglii slavné dílo *Roberta Burtona Anatomie melancholie*. Autor rozlišoval mezi melancholií hlavy, která vzniká v mozku, melancholií celého těla, jejíž příčinou je vzniklá nerovnováha černé žluče a hypochondrickou melancholií čili nadjímající melancholií, pocházející z útrobu.

1.2.3 Novověk

Významným představitelem tohoto období byl francouzský lékař *Phillipe Pinel* (1745 – 1826). Postupně se snažil odstranit poutání duševně nemocných a nahradit vězeňský režim režimem bez zastrašování a přílišného omezování. Propagoval vlídný přístup k nemocným a jejich pochopení. I když to v té době neměl vůbec lehké, svými myšlenkami se stal vzorem pro ostatní. Pinela lze považovat za legendu humanismu v psychiatrii. Je právem řazen mezi první psychiatry.

Pojem deprese vznikl teprve v 19. století. Mnichovský psychiatr *Emil Kraepelin* (1856 – 1926) publikoval v roce 1883 klasifikaci psychických onemocnění založenou na symptomech. Rozlišoval tři hlavní skupiny psychiatrických nemocí:

1. *dementia praecox* – nazvaná později podle Bleulera schizofrenií;
2. *maiodepresivní psychózu*;
3. *paranoiu*.

Podle Kraepelina patřily projevy deprese k maniodepresivnímu onemocnění, ačkoliv toto onemocnění zahrnovalo širokou škálu různých projevů. Takovéto chápání bylo akceptováno prakticky do roku 1950, kdy někteří odborníci, na základě klinických pozorování, zpochybnili myšlenku jen jednoho onemocnění a to, že někteří pacienti trpí jen depresí, když u jiných dochází k střídání deprese a mánie. (Janosikova, 1999).

Dále dějiny obohatil *Kretschmerův* empiricky vzniklý a do určitého systému somatotypů zařazený názor, že pokladem pro vznik deprese je pyknická neboli cyklothymní konstituce.

1.2.4 Dějiny 20. století

Sigmund Freud (1856 - 1939) a jeho psychoanalýza tvoří základ všech pozdějších škol, které jsou označovány jako „dynamické“. Freud tvrdil, že deprese je výsledkem potlačovaného vzteku, zlosti, který se objevil v raném dětství a který nemohl být – třeba z obavy ze ztráty lásky matky patřičně projeven. Jde tedy o agresi obrácenou proti sobě, vedoucí k pocitům viny, výčtkám svědomí a beznaději.

Psychologové orientovaní behavioralisticky namítali, že pojem osobnost je pojem velmi nepřesný a pro objektivní vědecké zkoumání nepoužitelný. Jejich hypotézou bylo, že veškeré chování je naučitelné a to buď správným a adaptivním způsobem nebo způsobem nesprávným a nevýhodným.

Čisté behaviorální školy považují depresi za v zásadě naučenou reakci a léčení vidí v jejím přeučení. Pozdější výzkumy ukázaly, že behavioristické hledisko je příliš úzké a že je nutné přiřadit do pohledu na chování jedince také mozkovou aktivitu, která jeho chování předchází. Jedná se o zdůraznění kognitivních funkcí. Dochází tak k propojení dvou pohledů a vzniká kognitivně-behaviorální terapie.

Psychoanalytické názory, že depresivní lidé jsou nositelem hněvu, který obrátili proti sobě, zpochybnil odlišným vysvětlením v roce 1979 Aaron Beck, představitel kognitivní teorie. Beck vysvětluje depresi obráceně, jako důsledek nepřiměřeného kognitivního zpracování zkušeností. Jedná se o tzv. kognitivní třídu deprese:

1. **negativní sebekoncepce** – depresivní jedinec vnímá sám sebe jako méněcenného člověka, neúspěch připisuje vlastním nedostatkům;
 2. **negativní pohled na svět** – život je plný těžkostí, překážek a zklamání;
 3. **negativní pohled na budoucnost** – jedinec předpokládá, že špatný stav současnosti bude pokračovat i v budoucnu, neexistuje žádná naděje.
- (Praško, 2003).

Z psychologických výkladů deprese je zajímavé tvrzení zakladatele logoterapie Viktora E. Frankla (1905 – 1997), který se domnívá, že v řadě případů depresí se nejedná o zásadní biologickou poruchu, ale o ztrátu smyslu života.

Mnoho slavných lidí trpělo depresí:

- renesanční umělec Michelangelo, malíř 20. století Warhol,
- spisovatelé Poe, Goethe, Andersen, Byron, van Gogh, Tolstoj, Hemingway, Styron,
- politici Lincoln, královna Viktorie, Churchill, aj.

1.3 Příčiny deprese

Co je příčinou deprese? I když se toho o depresi ví už hodně, není na tuto otázku jednoznačná odpověď. Proč deprese u některých jedinců vzniká bez zjevných překážek či ztrát? Proč přetrvává i po té, co jsou překážky již překonány? Jsme často schopni označit spouštěče depresivní nálady u jedinců. Ale protože stejné události u jiných lidí depresi nevyvolávají, nemůžeme říci, že spouštěč je jedinou příčinou. Někdy nacházíme v životě depresivního nemocného řadu drobných stresů, nespokojenosti na které nemoc

navazuje. Proč někteří jedinci reagují během života rozvojem depresivní poruchy a jiní nikoli? Odpověď na tuto otázku hledá mnoho vědců na celém světě. (Praško, 2003).

Příčiny, které vedou k depresi:

1. ***biochemické faktory*** – při depresi dochází k poruše přenosu serotoninu, nonadrenalinu a dopaminu na synapsích v mozku. Zjistilo se, že v některých oblastech v mozku jsou relativně nízké hladiny těchto chemických látek. Tato biochemická porucha je přítomna u všech typů deprese, ať se spouštěč najde nebo ne. Zda je však přímou příčinou deprese nebo jen její součástí či důsledkem, se zatím neví; (Praško, 2003)
2. ***dědičné faktory*** (genetické) – v určitých rodinách se některé typy deprese objevují častěji, což může znamenat přítomnost vrozené biologické zranitelnosti. Nejvíce pravděpodobné je to u maniodepresivní (bipolární) poruchy. Ne každý, kdo zdědil zranitelnost k afektivní poruše, jí také onemocní. Studie jednovaječných dvojčat ukázaly, že pokud jedno z dvojčat trpí depresí, je až 70 % pravděpodobnost onemocnění druhého dvojčete. U příbuzných prvního stupně je to 15 %. Dědíme určité vlohy k depresivní poruše, náchylnost k nemoci, nikoli nemoc samotnou; (Praško, 2003)
3. příčiny spočívající v narušeném ***životním stylu*** (nedostatek spánku, přepracování, vyčerpání, narušení biorytmu) – běžně má člověk stálý rytmus odpočinku a aktivity, spánku a bdění. U deprese se tento rytmus poruší. Ráno je energie málo, člověk je unavený, nevykonný, jako by ještě spal. Naproti tomu v noci je útlum nedostatečný, spánek mělký, objevují se potíže s usínáním a předčasné probouzení. Dochází k rozpadu denního režimu;
4. ***vlivy změn počasí***
 - a) změny atmosférického tlaku;
 - b) nedostatek denního světla v podzimních a zimních měsících (sezónní deprese), výskyt u 5-6 % populace;
5. ***porod a šestinedělí*** – plně vyjádřená depresivní epizoda se objevuje u 8,2 – 14,9 % rodiček (až 26 % je u adolescentních matek). Mezi rizikové faktory patří nedostatečná sociální podpora, negativní životní události, nestabilita partnerského stavu, protichůdné pocity týkající se těhotenství, deprese v předchozí anamnéze, deprese u pokrevních příbuzných;

6. **nemoc, závažná operace, úrazy**

- a) onkologické onemocnění;
- b) chronické selhání ledvin – tito pacienti tvoří skupinu s vysokou prevalencí deprese a sebevražd, na čemž se podílí jak vlivy biologické, tak psychosociální, zejména pak striktní režim dialyzační léčby;
- c) chronické jaterní onemocnění – často při nich převládá somatická symptomologie, která může být dominantní a psychologické obtíže zcela překrývat;
- d) některá autoimunní onemocnění (lupus erythematodes);
- e) Parkinsonova nemoc;
- f) revmatismus;
- g) diabetes – zde se objevuje deprese jak samostatně, tak i v souvislosti s adaptací na chronické onemocnění a doporučený režim, dospívající jsou zde ohroženi více (je ohroženo jejich sebepojetí, sebeocenění);
- h) onemocnění štítné žlázy (snížená i zvýšená činnost);
- i) Cushingova nemoc – je doprovázena psychickými poruchami v mnoha případech, deprese patří k nejčastějším z nich;
- j) Addisonova nemoc – vyvolává psychickou symptomatologii s převládajícím depresivním obrazem u převážné většiny nemocných;
- k) ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu – tito nemocní jsou popisováni jako lidé, žijící ve stálé časové tísní a s pocitem nadměrné odpovědnosti;
- l) vysoký krevní tlak, hypertenze;
- m) cévní mozkové příhody.

(Honzák, 1999).

7. **hormonální změny v menopauze** – na rozvoji deprese se zpravidla podílejí rozsáhlé hormonální změny, zejména pokles hladiny estrogenu, přidružují se k nim i strach ze stárnutí, odchod dětí z rodiny, malá podpora partnera;

8. **vyšší citová zranitelnost** – osobnost se znaky vyšší citové zranitelnosti se podle F. Flacha (1974) vyznačuje:

- a) vyšší mírou etické odpovědnosti;

- b) mimořádnou iniciativou, zvýšenou soutěživostí až soupeřivostí;
- c) závislostí na lidech, které miluje;
- d) bolestným prožíváním netaktnosti od druhých lidí, citlivou reakcí na vše co by mohlo snížit pocit jeho hodnoty.

(Křivohlavý, 2005).

9. **léky, alkohol, drogy** – v minulosti to byl Reserpin (lék na snížení tlaku), u něhož se prokázala jeho schopnost vyvolávat depresi; dnes to mohou být steroidní hormony aj., nadměrná konzumace alkoholu, závislost na drogách;

10. **psychosociální faktory** - zážitek selhání (manželská nevěra, opomenutí péče o rodiče, o své děti, krádež, zpronevěra, lhaní, nenávisť k druhému); obtížné životní zkoušky (ztráta zaměstnání, finanční a osobní neúspěchy, neoprávněné pomluvy); osamění (opuštění milovanou osobou, odmítnutí, osiření, ovdovění, po rozvodu); existenční prázdnota (pocity bezvýznamnosti vlastního bytí, existenční vakuum, ztráta smysluplnosti vlastní činnosti); výchova v rodinách, kde se udržuje atmosféra beznaděje, chronického očekávání neúspěchu; opakované situace, kdy dochází k zraňování sebeúcty člověka. (Křivohlavý, 2005, Janosikova, 1999).

1.4 Projevy deprese

Mezi nejpodstatnější projevy deprese patří:

- snížený zájem o život nebo úplný nezájem;
- u těžších forem deprese - myšlenky na smrt a sebevraždu;
- u středně těžkých a těžších forem deprese s psychotickými příznaky se objevují bludy (nejvíce bludy mikromanické – pacienti mají pocit vlastní nicotnosti, toho, že zničili sebe, svou rodinu, nic nemá smysl; trpí těžkou, nevléčitelnou chorobou; bludy vztahovačnosti – nemocní jsou přesvědčeni, že je někdo pronásleduje, někdo se jim chce pomstít nebo je potrestat za to, že jsou špatní) a výjimečně halucinace;

- pocity nerozhodnosti;
- snížená schopnost soustředění, porucha paměti, snížení schopnosti se učit;
- úbytek životní energie, svalová slabost;
- neschopnost se radovat, ztráta zájmu o to, co nám dříve dělalo radost, smutná nálada (plačtivost, přecitlivělost), pocity beznaděje, pesimismu, bezmoci;
- pocity snížení vlastní hodnoty, sebeobviňování;
- snížení zájmu o sexuální život (až úplná ztráta zájmu);
- nespavost nebo naopak zvýšená spavost, převážně problémy s usínáním, mělkým spánkem, časně ranné probouzení, pocity nevyspání;
- ztráta chuti k jídlu (méně často –zvýšená chuť k jídlu, hlavně u sezónních depresí);
- zpomalení pohybů, myšlení, řeči – projevující se posedáváním, poleháváním, u prohloubené formy může vyústit až do depresivního stuporu (u agitované formy deprese naopak neposednost, nervozita – aktivity jsou však bezcílné a zůstávají nedokončené, což ještě více umocňuje pocity neschopnosti);
- prodlévání v minulosti (neschopnost si vybavit radostné události; vyhledávání zraňujících zážitků), zádumčivost, neschopnost přijmout budoucnost až strach z budoucnosti;
- ztráta smyslu pro humor;
- zanedbaný, neupravený vzhled (neschopnost sebeběče – hlavně u těžších forem deprese);
- sklíčený výraz obličeje, vrásčité čelo, svěšené koutky úst, vyhýbání se očnímu kontaktu, svěšená hlava, nahrbená postava;
- u žen: nepravidelná menstruace až amenorea;
- ne vždy: bolest hlavy, bušení srdce, poruchy trávení, zácpa, bolesti zad, sucho v ústech;
- vyhýbání se lidem (při prohloubení deprese i blízkým).

Dále bych chtěla rozebrat projevy deprese ve vyšším věku a projevy deprese po porodu, protože tyto projevy jsou, na rozdíl od většiny probíhajících depresí, specifické.

1.4.1 Deprese ve vyšším věku

Mezi nebezpečné úvahy patří ty, které přiřazují depresi ke stáří jako samozřejmost. V praxi dochází podle Koeniga v 70 – 90 % k tomu, že lékaři připíší depresi na vrub jiné závažné nemoci a deprese zůstane nepoznána a proto i neléčena. Často se zaměňuje s demencí. (www.zdrava-rodina.cz). Skutečnost zhoršuje i fakt, že deprese ve vyšším věku se neprojevuje vždy dramaticky prezentovanou, smutnou náladou, ale řadou nespecifických obtíží – tělesných příznaků. Ve starším věku dochází ke zhoršení plasticity CNS a méně adaptivním přístupem k zátěži, které většinou přibývá. Jak v oblasti biologické, tak i v psychologické a sociální. Deprese starších lidí vyplývá z nepotřebnosti a neužitečnosti, z prožívání ztrát, z redukování rolí, ze ztrát sociálních vazeb i z důvodu sociální izolace. Význam sociálních faktorů vyplývá i z prokazatelné vyšší nemocnosti v domovech důchodců ve srovnání s populací žijící v rodinném prostředí. Pro přesnější diagnostiku deprese u starších lze použít Geriatrickou škálu deprese podle Tošnerové. (Honzák, 1999; viz Příloha č. 3).

1.4.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese jsou podobné depresím jiného původu, ale přeci jen jsou něčím specifické. Ugarriza (1992) kvantitativně rozlišuje mezi:

1. **poporodní sklíčenost** – emoční problém krátkého trvání, začínající obvykle třetí až čtvrtý den po porodu, vrcholící pátý až sedmý den, mizející do dvanáctého dne po porodu. Projev: kolísání nálady, zvýšená přecitlivělost, podrážděnost, strach, neschopnost vnímat lásku k novorozenci, následné pocity sebeobviňování;
2. **poporodní deprese** – potenciální, život ohrožující psychický stav. Obvykle se objevuje šest až dvanáct týdnů po porodu (může se objevit až do jednoho roku). Projev: únava, vyčerpanost, klesající schopnost starat se o dítě, výčitky chybějícího citu k dítěti; selhání jako matky; obavy z odchodu partnera, ale zároveň hostilita k partnerovi; úporná nepsavost, plačtivost; pocity ztráty kontroly; vzácně, při výrazném prohloubení, hrozí psychotické prožitky a riziko zabití dítěte či sebevraždy;
3. **poporodní psychóza** (dříve laktační psychóza) – vážné psychotické onemocnění ohrožující život matky i dítěte. Výskyt: 0,2 % případů se

objevuje od 48-72 hodin až do několika týdnů po porodu. Projev: neklid podrážděnost, nepsavost, dezorganizované chování, bludy, halucinace, nutnost urgentní hospitalizace, jinak jsou jak matka, tak dítě v ohrožení života. (Janosikova 1999, Praško, 2003)

1.5 Dopad deprese

1.5.1 Suicidium

Sebevražda, latinsky suicidium, je vědomé a úmyslné ukončení života. Postižený si smrt přeje a očekává, že si ji svým činem přivodí. Nejčastější příčinou sebevraždy je duševní porucha. Riziko sebevraždy u psychiatricky nemocných je dvakrát až třikrát vyšší než u ostatních. Depresivní poruchy jsou nejčastější příčinou sebevraždy. U dokonaných sebevražd je zjištěna porucha nálady či deprese ve většině případů. Suicidium je příčinou smrti 15 % lidí s afektivní poruchou. Je známou skutečností, že v průběhu léčby antidepresivy může dojít k vyprovokování sebevražedného jednání, což si můžeme vysvětlit tím, že antidepresiva nepůsobí zcela stejnou měrou na všechny oblasti psychiky. Po zlepšení motoriky a volné aktivity nemocného a zároveň při nezlepšení depresivní nálady, může toto přispět k realizaci sebevraždy. (Hanuš a kol., 1997).

Není pravda, že ten kdo mluví o sebevraždě ji neudělá. I když někdy může jít o demonstrativní pokus (parasuicidium), nemocný svým jednáním na sebe jen upozorňuje. S tímto pokusem se nejvíce setkáváme u lidí s poruchou osobnosti. Když člověk, který se pokusil o sebevraždu přežije, hovoříme o neúspěšném sebevražedném pokusu, lat. tentamen suicidii. U stavu zmatenosti může dojít k ukončení života činem, který nebyl veden touhou zemřít. Jde o sebezabití. Biická sebevražda je opakem sebevraždy patologické. Postižený je v normálním duševním stavu, motiv vychází z reality i z hodnocení objektivních skutečností. Při sebeobětování se jedinec vzdává svého života ve prospěch celku (teroristické sebevražedné útoky). Při nevléčitelné

nemoci někdy člověk volí úmyslnou smrt. Nemocný tak chce ukončit svoje utrpení. V tomto případě se jedná o bilanční sebevraždu.

Patologická sebevražda má svůj původ v psychopatologii a v patologické motivaci sebevraždy. Nemocný se zabíjí pod vlivem deprese, trpící halucinacemi nebo bludy. U osoby postižené psychotickou depresí může dojít k rozšířené sebevraždě. Tento člověk je bludně přesvědčen o utrpení, které postihne jeho blízké a rozhodne se je raději zabít, aby je uchránil. Sám pak většinou páchá sebevraždu. Jednou z nejhorších forem rozšířeného suicida je, když matka v poporodní depresi zabije sebe i svoje novorozené dítě.

Iracionalita sebevražedného jednání je pouze zdánlivá. Ve skutečnosti v něm lze vysledovat určité zákonitosti. Ty však unikají běžnému pohledu. Deprese sama o sobě je často bagatelizována, což ve svých důsledcích vede u postižených k pocitu izolace a nedostatku možné pomoci. Jedinec tak nevidí jiné východisko, ze zablokované situace, než řešení sebevraždou. Není věcí zdravotníků ani okolí soudit a posuzovat ze svého hlediska závažnost a neřešitelnost dané situace. Jedinec, který se rozhoduje pro sebevraždu prochází několika přípravnými stádii, jejichž trvání je individuální.

Fáze suicidálního jednání:

1. **suicidální myšlenky**, myšlenky na sebevraždu, se kterými člověk v mysli polemizuje;
2. **suicidální tendence**, člověk se nebrání myšlenkám, ale má k nim zatím pasivní postoj;
3. **suicidální úvahy**, jedná se už o plánování sebevraždy;
4. **rozhodnutí o suicidu**, když k němu člověk dospěje, působí jedinec na okolí uvolněným dojmem;
5. **realizace suicida** – spáchání sebevraždy. (Hanuš a kol., 1997).

V prevenci sebevraždy účinně pomáhají linky důvěry a krizová centra, zřizované hlavně u psychiatrických zařízení ve větších městech.

U pacientů se sebevražednými úmysly, kteří jsou hospitalizováni v nemocnicích mimo psychiatrické oddělení, je celá situace mnohem obtížnější. Jednak z důvodu bezpečnosti prostoru, který není tak uzpůsoben jak na psychiatrii, kde by to mělo být samozřejmostí, tak s obtížnější možností rozpoznání deprese či jiných duševních

nemocí. U některých pacientů se můžeme setkat s disimulací jednotlivých depresivních symptomů. Nezřídká je prvním příznakem samostatný suicidální pokus. Z těchto důvodů je nezbytné informovat a školit zdravotnický personál alespoň o základních o projevech duševních nemocí spojených s rizikem suicida. Sebevraždy páchají nejčastěji starší lidé. Za posledních 15 let však významně vzrostl počet sebevražd mladých mužů. (Beer a kol., 2005).

S rizikem suicida se často setkáváme nejen u starší populace, ale co je smutné i u dětí. Důvodem jsou jednak depresivní stavy, které se v tomhle věku obtížně diagnostikují nebo se na ně nemyslí, či se přehlíží. U dětí se často setkáváme i se zkratkovým jednáním.

Další rizikové faktory suicidálního chování:

- osobnostní poruchy;
- závažné somatické onemocnění nebo obavy z něj;
- závislost na alkoholu nebo psychotropních látkách;
- předcházející sebevražedné pokusy, včetně demonstračních;
- přímé i nepřímé ohlašování sebevraždy;
- příklady sebevražedného jednání v okolí (možnost nápodoby);
- stav úzkosti, pocity viny a osobního selhání;
- pracovní potíže (ztráta zaměstnání, nemožnost jeho nalezení, odchod do důchodu);
- velké finanční problémy (zpronevěry, krachy);
- dětství a dospívání prožité ve špatných podmínkách, ztráta jednoho či obou rodičů, zneužívání a týrání dětí. (Honzák, 1999).

1.5.2 Stigma

Stigma, slovo řeckého původu, značí bodnutí, cejch, viditelnou známku nemoci, stopy utrpení, znamení domnělé méněcennosti. V kontextu nemoci je stigma označením předsudku vůči nějaké skupině lidí. Jedná se o stereotypní předsudky. Předsudek ovlivňuje jednání více na základě předpokládaných vlastností než na základě

skutečných znaků jedince a jeho situace. Je pohodlnou zkratkou, která šetří rozhodování konkrétního člověka.

Duševně nemocný člověk byl a zůstává v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Duševně nemocní jsou tak vystaveni omezením, která na ně klade nejen samotná nemoc, ale i tíže sociálního hodnocení dané choroby.

Duše je něco, co nás přesahuje. Pro většinu lidí je zárukou naší výjimečnosti. Deprese, obsedantně úzkostní porucha a schizofrenie, jsou i dnes mnohými v hloubi duše považovány za trest boží, ukazující na člověka, který si svou chorobu zavinil špatnou péčí o duši. Z části popularizací, z části módou, ale i v souvislosti se společenským vývojem a rozvojem práv duševně nemocných, se pomalu odstraňuje silně negativní postoj veřejnosti k psychicky nemocným. Jsou lépe přijímáni, postoje k nim jsou humanističtější a realističtější, jsou méně ovlivňovány předsudky a obavami. Psychické choroby se popularizují v literatuře i ve filmu a vědomosti o duševních poruchách se mezi lidmi značně rozšiřují. I dnes ještě zbývá zmírnit či odstranit řadu předpojatostí a vnést více dobré vůle, ohleduplnosti, vzájemného respektu a úcty do snahy o destigmatizaci. Největší překážkou na této cestě je přirozená lidská snaha setrvávat v naučeném stereotypním jednání. (Baudiš, Libiger, 2002).

Smutné je, že předsudek o svém onemocnění sdílejí i samotní pacienti. Jednou z možností destigmatizace je informovanost pacienta o povaze, průběhu a důsledcích jeho onemocnění i o tom, jak s nemocí zacházet a jak se s ní naučit žít. Dále je důležité, aby si lidé uvědomili, že existují různé typy různě těžkých chorob s odlišnými příznaky a že některé druhy duševních poruch, včetně depresí, lze léčit.

Psychické nemoci jsou dosud považovány za cosi nepatřičného, co je třeba skrývat, za co je třeba se stydět. Snaha o destigmatizaci může nabrat až extrémního rázu, kdy někteří jedinci, kteří mají zkreslené informace o psychiatrii či duševním onemocnění vyhlásují, že být psychicky nemocný je fajn, je to dar. Pokud někdo může mluvit o daru v souvislosti s utrpením, pak jsou to právě ti, kteří trpí. Jen oni zažívají na vlastní kůži, jaké je to být psychicky nemocný den co den.

Stigmatizovaní jedinci jsou vystaveni v různé míře odmítání v běžných životních situacích jako jsou partnerské vztahy, pracoviště, bydlení, zájmová činnost, sportovní aktivity. Stigma může vést k posílení příznaků duševní poruchy, nemocným snižuje sebedůvěru, vede ke strachu a stresu nemocných. Pacienti se snaží v důsledku

stigmatizace měnit své sociální chování omezováním dřívějších sociálních kontaktů, opatrnější komunikací, vyhledáváním podobně stigmatizovaných. Nemocní mají často zkušenost, že dostanou-li nálepku psychiatrická diagnóza, okolí se od nich více či méně odvrací a zaměstnavatel o ně přestává mít zájem. Jejich důvěra je narušena, pacient se bojí mluvit o svých problémech a pocitech. (Marková a kol., 2006).

Z výsledků výzkumů z oblasti psychiatrie vyplývá, že muži jsou stigmatizováni více než ženy a starší lidé vnímají pacienty hůře. Stigmatizace se projevuje méně v intimních vztazích a v prostředích, kde se jedinec dobře uplatňoval. Je ovlivněna i některými zeměpisnými poměry okolí vůči jedinci. Na vesnicích nebo na malém městě bude jedinec stigmatizován duševní poruchou více než ve větším městě, kde je výraznější anonymita. Stigmatizace se netýká jen pacienta samotného, ale i jeho rodiny. Dopad na rodinu je hlavní příčinou dlouhého váhání než rodina vezme na vědomí, že její člen je duševně nemocný. Duševní porucha vrhá stín i na ostatní příslušníky rodiny nemocného. (Höschl a kol., 2002).

Hospitalizace v psychiatrickém zařízení může být pro nemocného a jeho rodinu významným stigmatem. Rodina se často snaží známým a sousedům utajit nebo alespoň pozměnit důvod nepřítomnosti člena rodiny. Bojí se, že pak by bylo všechno jiné a lidé by na ně pohlíželi svrchu nebo jako na rodinu, kde mají blázna. Podobně je tomu i v zaměstnání. Snažíme se předcházet dalším nepříjemnostem tím, že získáme razítko pro neschopnost od praktického lékaře.

Když se ale nad tím vším zamyslíme, má jednání rodiny své opodstatnění? Myslím, že má. Víím, není to dobrá cesta k destigmatizaci a podporuje se tak začarovaný kruh utajování a tabuizování psychiatrie vůbec. Položme si však i další otázky: Jaké jsou podmínky v naší společnosti pro přijímání duševně nemocných? Jsou zaměstnavatelé a okolí připraveni čelit pravdě? Nejsou to jen prázdná slova o změnách v postojích těchto lidí?

Myslím, že bude třeba ještě hodně času a dobré vůle, aby si lidé skutečně uvědomili naléhavost změn, které musí začít převážně u nich samotných. Úkolem zdravotníků a nejen jich, je vystupovat proti vzniku a udržování stigmatu a následné diskriminaci duševně nemocných. Naše snaha o destigmatizaci by měla vést k lepší kvalitě života nemocných a příznivějšímu průběhu onemocnění.

1.5.3 Sexuální aktivita

Snížení až ztráta zájmu o sexuální život je zjevná u převážné většiny depresivních pacientů. Spokojenost v sexuálním životě je jedním z důležitých faktorů, ovlivňujících kvalitu života. Toto tvrzení platí i pro depresivní pacienty, i když se v minulosti věnovalo této oblasti málo pozornosti. U pacientů s depresí může negativně zasahovat do sexuálního života více faktorů:

1. smutek a nezájem nemocného neprospívá partnerským vztahům a tím může narušit partnerské soužití;
2. snížení aktivity;
3. narušení centrálních neurotransmiterů v mozku má také dopad na lidskou sexualitu, dochází k poklesu sexuální apetence, vzrušivosti, orgastické schopnosti;
4. antidepriva – tyto disregulace sice napravují, avšak svými účinky sami mohou negativně ovlivňovat sexuální aktivitu, i když jsou mezi nimi významné rozdíly. (Raboch a kol., 2002).

1.5.4 Soudní psychiatrie

Ze soudního hlediska může pod vlivem deprese dojít k rozdělení majetku nemocného či úkonům, který by pacienta i jeho rodinu těžce poškodil. Tento právní úkon je hodnocen jako neplatný, protože byl motivován vážnou duševní poruchou. Z důvodu chybění volní aktivity, může dojít k trestnímu činu nedbalostního charakteru související s vykonáváním povinností.

Uvědomováním si vlastního selhávání se ještě prohloubí deprese, sebeobviňování a nechť nemocného k dalšímu životu. Sebevraždy i z těchto důvodů bývají v depresi časté. Nejzávažnější, z forezního hlediska, je rozšířená sebevražda, k níž nemocný sahá pod vlivem chorobného přesvědčení, že zabitím svých nejbližších a pak i sebe samého, je uchráněn od utrpení pozemského života. (Pavlovský, 2004).

1.5.5 Sociální izolace, chronicita, invalidita

Lidé trpící depresí se vyhýbají celé řadě aktivit. Nemají chuť do práce, přestanou se zabývat i tím, co jim dříve dělalo radost. Pokud mohou vykonávají jen nejnужnější povinnosti. Vyhýbavé chování se může objevit i v některých běžných činnostech jako je nakupování či cestování dopravními prostředky. Toto jednání souvisí s nepříjemnými pocity depresivních jedinců v daných situacích (mohou pociťovat úzkost, bezradnost, stud, strach ze ztrapnění, pocit nedostatečnosti a neschopnosti). Pocity méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem, zpočátku cizím, poté i nejbližším. Nedostatek kontaktů pak druhotně vede k osamělosti a sociální izolaci.

Neléčená nebo nesprávně léčená deprese může vést ke chronicitě depresivní poruchy a často následné invaliditě. Ta pak obvykle sociální izolaci prohlubuje a kvalitu života daného jedince výrazně snižuje.

1.6 Léčba deprese

1.6.1 Psychoterapie

Klíčový význam má psychoterapie u nemocných trpících lehčí až středně těžkou depresí, zvláště jsou-li narušeny mezilidské vazby. Pokud se na současném stavu podílely psychosociální zátěžové faktory nebo je současně přítomna i porucha osobnosti. Cílem psychoterapie u depresivního jedince je poskytovat mu naději, oporu, porozumění, vytvořit most od sociální izolace k mezilidským vztahům, vzbudit u nemocného touhu žít. Pomoci mu nahlédnout do vlastního způsobu života a vztahů a nabídnout mu pomoc v problematických oblastech, naučit ho lepší sociální obratnosti. Poskytnout nemocnému rady pro případné opakování depresivních fází, poučit jej jak rozeznávat varovné signály deprese a správně na ně reagovat. Depresivní člověk potřebuje věřit v budoucnost, pociťit lidskou spoluúčasť, má potřebu uznání a posílení. (Kryl, 2006).

Pro lidi trpící hlubokou depresí je psychoterapie málo účinná. Může pomoci v době, kdy deprese odeznívá. U lehkých forem deprese je někdy schopna psychoterapie pomoci i bez léků (Praško, 2003).

Nelze zapomínat ani na pacientovo vlastní přání ohledně psychoterapie. Absolutní kontraindikace v psychoterapii depresivních poruch neexistuje. Vždy má smysl se alespoň pokusit o citlivé psychotherapeutické vedení, i když se nejedná přímo o systematickou psychoterapii.

Je považováno za prokázané, že kombinace farmakoterapie s adekvátní psychoterapií přináší lepší výsledky než oddělené a samostatné používání těchto metod. (Praško, 2003, Vymětal, 2003, Kryl, 2006).

1.6.2 Farmakologická léčba

Z hlediska farmakologické léčby deprese rozlišujeme:

1. **akutní léčbu** – jde o období do odeznění akutních příznaků nemoci;
2. **pokračovací léčbu** – odeznění příznaků deprese, což ještě neznamená její vyléčení, obecně se doporučuje pokračovat v léčbě jeden rok (min. 4 – 6 měsíců); předčasné ukončení léčby zvyšuje riziko relapsu, recidivy a sebevražedného jednání;
3. **udržovací léčbu** – bývá často podceňována; otázka jejího trvání není jednoznačně dořešena; ukončit profylaxi se doporučuje nejdříve po pěti letech plné remise, leckdy je třeba doživotní profylaxe (jedná se o opakované deprese, depresivní fáze u mladistvích nebo ve vyšším věku). (Bouček, Pidrman, 2005, Beer a kol., 2005).

Lékem první volby u všech typů depresí jsou antidepresiva. Důležité je upozornit pacienta, že účinek léčby není okamžitý, ale zpravidla se dostaví za 3 – 6 týdnů po jeho podávání. V současnosti je dostupná celá řada antidepresiv.

V roce 1957 se z části náhodně objevilo první antidepresivum. Lék Imipramin byl vyvinut původně pro schizofreniky, ale postupně se zjistilo jeho antidepresivní působení.

Přehled antidepressiv:

1. ***tricyklická a tetracyklická antidepressiva*** – po celých třicet let představovaly standart léčby deprese, mají však hodně nežádoucích účinků, představují velké riziko při předávkování (Amitriptylin, Anafranil; Noveril, Ludiomil);
2. ***inhibitory monoaminoxidázy (I-MAO)***
 - a) neselektivní ireverzibilní inhibitory (Nardil, Parnate);
 - nutnost dodržovat dietu (omezit látky bohaté na tyramin)
 - riziko hypertenzní krize při zanedbání kombinací s některými léky jiných skupin (jiná antidepressiva, léky na srdce, řada neurologických léků);
 - b) selektivní reverzibilní a krátce působící inhibitory MAO typu A (RIMA) – (Aurorix) - není nutnost dodržování diety, hlavní indikace této skupiny: atypické deprese, deprese ve vyšším věku, farmakorezistentní deprese, dystymie;
3. ***selektivní inhibitory zpětného vstřebávání serotoninu (SSRI)*** – (Seropram, Prozac, Fevarin, Zoloft) – patří v dnešní době mezi nejpoužívanější antidepressiva, nežádoucí účinky jsou méně časté, především v počátku léčby se může objevit pocit nevolnosti, nauzea, při dlouhodobější léčbě – se mohou objevit potíže v sexuální oblasti, především snížení libida.

V současnosti máme i novější antidepressiva. Také neustále pokračuje výzkum v této oblasti. Cíl je vždy stejný - zvýšit dostupnost serotoninu, nonadrenlinu a dopaminu v mozku s minimem nežádoucích účinků. (Praško, 2003).

1.6.3 Elektrokonvulze

Elektrokonvulze (ECT) – léčba šokem byla zavedena Cerlettim a Bannim v roce 1938. Až do padesátých let byla široce používána především v léčbě psychotických poruch. Na začátku padesátých let (s používáním antidepressiv a antipsychotik) se ECT začaly postupně snižovat. K dalšímu nárůstu používání této léčebné metody došlo v osmdesátých letech. U nás jsou první zmínky o užití ECT terapie profesorem Matulayem z let 1940-1941.

Mechanismus účinku ECT není dodnes zcela jasný. Ví se, že tato léčba zlepšuje propustnost hematoencefalické bariéry, mění poměry neurotransmiterů a receptorů v mozku.

Indikace v ECT terapii:

- depresivní poruchy – deprese se suicidální aktivitou, farmokorezistentní deprese a u depresivního stuporu;
- farmakorezistentní mánie;
- schizofrenie (katatonní forma);
- maligní neuroleptický syndrom.

Absolutní kontraindikace k zahájení ECT terapie:

- zvýšení nitrolebečního tlaku, akutní cévní mozková příhoda, aneurysma velkých cév. (Höschl a kol., 2002).

Pacient musí s ECT souhlasit, výjimkou je závažný stav – vitální indikace, kdy je pacient bezprostředně ohrožen na životě. Lékař musí pacienta poučit o důvodech, rizicích a výhodách ECT terapie. ECT se provádí v celkové anestézii a myorelaxancií. Myorelaxance snižují intenzitu tonicko-klonických křečí a tím zabraňují v minulosti se vyskytujícím komplikacím (zlomeniny obratlů, luxace mandibuly).

Vlastní výkon se provádí pulzním přístrojem, elektrody se obvykle přikládají bilaterálně (je možné i unilaterální přiložení, kdy proud prochází nedominantní hemisférou). Důležité je, že proud prochází v pulzech a jeho průchod trvá milisekundy. Tím je zachována účinnost léčby a při tom jsou omezeny nežádoucí účinky kognitivních funkcí. Mezi přechodné nežádoucí účinky patří porucha paměti a zmatenost.

Výhodou ECT terapie je rychlý nástup účinku v porovnání s léky, bezpečnost, a nízký výskyt nežádoucích účinků.

1.6.4 Fototerapie

Léčba světlem je vhodná pro lidi se sezónní poruchou nálady. Aplikuje se světlo o intenzitě 2500 – 5000 luxů v čase před rozedněním, většinou po dobu dvou hodin. U těchto obtíží má velmi rychlý efekt, někdy odstraní depresivní potíže již po týdnu aplikace.

1.6.5 Doplnující formy léčby u deprese

Arteterapie – léčebná metoda využívající možnosti vyjádření pacienta formou malby, modelování. Stimuluje se tak projev pacienta, který se jinými prostředky nedaří. Depresivní pacienti často neumějí vysvětlit svoje pocity verbálně, ale dokáží je vyjádřit lépe malbou. Důležitá a vhodná je i archivace kreseb pacientů, které jsou důkazem vývoje nemoci.

Znaky depresivních pacientů ve výtvarném projevu: používání tmavých barev, viditelný nedostatek detailů, nahota projevu, málo barev, evidentní je minimum vložené energie. U depresivních pacientů jsou vhodné jednoduché úkony, které nevyžadují mimořádné schopnosti (např.: koláž). Každá, i malá iniciativa, by se měla u pacienta povzbudit. (Šicková-Fabrice, 2002).

Muzikoterapie – využívá hudby k terapeutickým účelům, může být aktivní nebo pasivní. Hudba má účinky stimulační i sedativní.

Biblioterapie – léčba čtením nebo posloucháním četby s úmyslem psychického uvolnění a usměrnění myšlenek pacienta.

Relaxační postupy – relaxace vede k psychickému a fyzickému uvolnění (autogenní trénink podle Schultz, progresivní svalová relaxace podle Jakobsona).

Ergoterapie – je součástí léčebné rehabilitace, využívá pracovní činnost k léčebným úkonům.

Léčebná tělesná výchova – může probíhat individuálně nebo ve skupině, tato léčba vyžaduje aktivní spolupráci pacienta. Správně zvolená, zmírňuje nejistotu, napětí a úzkost, posiluje sebevědomí. Těžké deprese a nespoupráce jsou její kontraindikací.

Hydroterapie – je součástí komplexní psychiatrické rehabilitace, u depresivních nemocných se nejvíce osvědčují podvodní masáže, vířivé koupele – způsobují zlepšení cévního a svalového napětí a pozitivně ovlivňují látkovou výměnu. Celkový účinek je analgetický a myorelaxační.

2 Ošetřovatelství v psychiatrii

2.1 Ošetřování duševně nemocných

Ošetřování duševně nemocných na psychiatrii klade vysoké nároky na ošetřovatelský personál. Jak ve smyslu teoretických znalostí, tak i v osvojení praktických profesionálních dovedností a zralosti vlastní osobnosti. Zdravotní sestra by měla být sama vyrovnaná s tím, že onemocnět duševní poruchou není žádná hanba ani degradace člověka. Měla by pohlížet na duševní poruchu jako na onemocnění, které sice nepříjemně zasahuje do koloběhu lidského života, ale ani v této tíživé situaci se hodnota pacientova bytí neztrácí. Ošetřovatelská činnost má být zaměřená na individuální problémy pacienta v celé šíři jeho bio-psycho-sociálních potřeb.

Každá zdravotní zkušenost je jedinečná, jak pro člověka, kterému je péče poskytována, tak pro poskytovatele péče. Holismus je koncepce, která se soustřeďuje na potřeby pacienta. Důležité je, aby sestry nepohlížely na pacienta ohraničeně, ale aby vnímaly své pacienty jako celek – členy společnosti, kde mají své rodiny, sociální role a přátele. (Richards, Edwards, 2004)

Úlohou zdravotníků je nemocného postupně aktivně zapojit do ošetřovatelského procesu. V souvislosti s nemocí vzniká pacientovi řada problémů. Úkolem ošetřovatelské diagnostiky je problém identifikovat ve všech souvislostech a zjistit, jak pacient sám svůj problém vnímá. Je nutné rozpoznat potřeby nemocného, určit jejich naléhavost, dominanci, pořadí, důležitost. Ošetřovatelská diagnostika je podkladem plánu komplexní ošetřovatelské péče u každého jednotlivého nemocného. Ošetřovatelské diagnózy musí být následovány ošetřovatelskými intervencemi – to je tím, co sestra v rámci svých ošetřovatelských kompetencí rozpozná a zhodnotí.

Být dobrou sestrou na psychiatrickém oddělení, neznamená jen kontinuálně se vzdělávat v psychiatrickém ošetřovatelství, ale je potřebná i jistá dávka ošetřovatelského umění. Je důležité umět správně komunikovat, naslouchat a pozorovat nonverbální projevy pacientů.

Jiná bude komunikace s depresivním pacientem, jiná s pacientem manickým, schizofrenním či dementním. Chování manických pacientů klade na ošetřující personál zvýšené nároky. Nemocní zatěžují chod oddělení svou zvýšenou, neúčelnou aktivitou, ruší spolupacienty nespavostí, zvýšenou pohotovostí, vyvoláváním konfliktů a hádek.

Nejvhodnější je tohoto pacienta přiměřeně na oddělení zaměstnat či zvolit pro něj vhodnou sportovní aktivitu. Taktická kontrola užívání předepsaných léků je zde namístě (nejen u této skupiny psychiatricky nemocných, ale u všech pacientů).

U schizofrenních nemocných s paranoidní symptomatikou je kontakt pro jeho podezřivost značně náročný. Celková ošetrovatelská péče – podávání léků, injekcí (někdy podle pacienta smrtelných), jídla (někdy podle pacienta otráveného), je nesmírně zatěžující a vyžaduje obrovskou dávku trpělivosti a schopnosti korigovat negativní emoce. Sestry by měly zvládat a tolerovat nepřátelské projevy, verbální agresivitu a bludné představy pacienta. Bludy a halucinace nemocnému nikdy nevymlouváme. Mohli bychom u něj vyvolat agresivní chování a iatrogeně jej poškodit. Komunikace musí být jasná, prostá, zřetelná. Je vhodné nemocného individuálně zaměstnat.

U schizofrenních nemocných s vyjádřeným autismem zpočátku preferujeme neverbální techniky komunikace. Pokud navážeme časem slovní kontakt, mluvíme tiše, bez nadbytečného emočního náboje.

U nemocného s demencí zabezpečíme pravidelný přísun potravy a tekutin – podle nutnosti pomůžeme s krmením, nabízíme tekutiny. Pacienta chráníme před poraněním. Dle aktuálního stavu pomáháme s péčí o hygienu, oblékáním. Tito nemocní vyžadují stereotypní průběh denního režimu. Komunikace by měla obsahovat stručné a jasné otázky, pomalý spád hovoru, trpělivé vysvětlování situací a malý počet lidí v okolí. Deorientaci pacienta můžeme zlepšit označením jeho pokoje, koupelny, toalety a pracovny sester názorným jednoduchým obrázkem nalepeným na dveřích. Dbáme na trénink paměti – například hraním pexesa a jiných jednoduchých společenských her. Pacient by měl mít k dispozici stolní kalendář, který pomáhá jeho orientaci v čase. To vše zlepšuje orientaci pacienta a přispívá k využívání jeho schopností.

Duševně nemocnému neprospívá autoritativní, omezující postoj ze strany zdravotníků, ale ani postoj benevolentně ochranný. Je nezbytné, aby ošetrovatelský personál dodržoval povinnost zdravotnické mlčenlivosti, akceptoval nemocného změněného nemocí a pochopil jeho odlišné životní zkušenosti. Samotný zdravotnický personál by měl hodnotit svoje vlastní postoje a motivy jednání, klást si neustále otázky. Na psychiatrii, více než kdekoli jinde, je nutné správně jednat, komunikovat nejen se

samotným pacientem, ale i s jeho rodinou. Jen tak může být sestra duševně nemocnému nablízku, posilovat jeho vlastní sebeúctu.

2.2 Ošetrovatelská péče o depresivního pacienta

Depresivní pacienti bývají uzavření. Neochota vstupovat do sociálních interakcí je jedním z hlavních projevů deprese. Impuls ke komunikaci proto musí vycházet od sestry. Pacient by měl cítit její zájem, mnohdy stačí s ním jen v klidu posedět a tak mu projevit účast a pochopení. Při jednání s depresivním pacientem je nesmírně důležitá trpělivost. Deprese postihuje i myšlení nemocného. To bývá zpomalené, je zhoršená paměť, narušená koncentrace a schopnost učit se. Jednáme proto s pacientem klidně, pomalu, naše pokyny mu podle potřeby zopakujeme. Nenaléháme na rychlé rozhodnutí. Postupem času se spolu s ustupováním deprese snažíme pacienta zapojovat do nejrůznějších aktivit na oddělení. Zpočátku volíme jednoduché a krátce trvající činnosti, postupně aktivitu prodlužujeme. Nezapomínáme pacienta přiměřeně pochválit a poskytovat mu pozitivní zpětnou vazbu.

Depresivní pacienti mívají potíže se spánkem, často nemohou usnout a pak se budí v brzkých ranních hodinách – kdy je pro ně nemoc velice trýznivá. Kromě medikace na spaní, která se nemá přehánět a která není nad ráno ani vhodná, je na místě pacienta uklidnit, promluvit s ním tak, abychom nerušili ostatní pacienty. Naučit jej postupně se uvolnit, i když jen leží a již neusne – je možné použít vizualizaci příjemného prostředí, hezkých vzpomínek, oblíbeného filmu či knihy. Jsme individua, to znamená, že každému pomůže něco jiného. Zdravotní sestra by měla hledat možnosti jak depresivního pacienta pochopit a jak se mu co nejvíce přiblížit. Nemůžeme zobecňovat a praxe nám dennodenně dokazuje, že to tak ani nefunguje. S utrpením nemocného projevujeme účast. Sestra hraje důležitou roli v získávání pacienta ke spolupráci. Motivuje jej k provádění pravidelné hygieny a sebepéči. Ošetřující personál dohlíží na příjem potravy a tekutin a aktivně je nabízí. Zpočátku je často u těžkých forem deprese potřeba parenterální výživy. Hlavním úkolem ošetřujícího personálu je u depresí zabránit spáchání sebevraždy, nutný je dozor při podávání léků, jednak z hlediska terapeutického, jednak z hlediska předcházení sebevražednému úmyslu

(nashromáždění a požití léků). Jakékoli zmínky o ukončení života a na sebevraždu musíme brát vážně. Jejich podcenění a bagatelizace mohou vést k přehlídnutí a zanedbání rizikových situací (Marková a kol., 2006).

Zpočátku může lékař u deprese naordinovat antidepressivum v infúzní formě (obvykle jeden týden), nejčastěji se jedná o Seropram, čímž urychlíme nástup účinku antidepressiva. Úkolem sestry je pak péče o periferní žilní kateter a hladký průběh infúzní terapie.

Deprese je jedna z nejčastějších onemocnění, u které může probíhat elektrokonvulzivní terapie. Spačky, šoky, elektrošoky, jak je běžně pojmenováváme, jsou pacienty vnímány v převážné většině velmi negativně. Přispívá k tomu názor laiků, spolupacientů, nezdělaných i zdravotníků z jiných oddělení, což u pacienta vyvolává ještě větší obavy.

Sestra nemocného k výkonu připravuje, asistuje při něm a sleduje jej po výkonu. Každý pacient musí s elektrošokem být seznámen ošetřujícím lékařem a musí s ním vyjádřit souhlas. Před zahájením elektrošoku absolvuje interní vyšetření, laboratorní rozbor krve a vyšetření očního pozadí. Příprava před samotným výkonem spočívá v tom, že pacient od půlnoci nejí, nepije a nekouří. Zdravotní sestra musí pacienta náležitě poučit a dohlédnout na něj, aby se samotná terapie nekomplikovala. Ráno zabezpečíme, aby byl pacient vyprázdněn a oblečen v netísňovém oděvu, bez kovových předmětů ve vlasech. V případě zubní protézy je nutné ji před výkonem vyndat.

Při výkonu nemocný leží ve vodorovné poloze na zádech, sestra zabezpečí monitorování EKG křivky, saturace, tlaku, aplikuje vodivý gel na spánky, které předtím otře benzinalkoholem. Tam psychiatr přiloží elektrody. Aplikace elektrického výboje indukuje tonické křeče, trvající 5-15 sekund. Po nich následují klonické křeče, trvající 10-60 sekund. Anesteziolog uvádí pacienta společně s anesteziologickou sestrou krátce předtím do krátkodobé anestézie, před podáním elektrického výboje dostává pacient kyslík. Pokousání rtů nemocného brání sestra vložením gumového rouбіku do úst (i když se ozývají hlasy proti tomuto úkonu, hájící názory, že jde o překážku hladkého průběhu terapie). Při rozvoji tonických a klonických křečí zajišťují sestry společně s dalším zdravotnickým personálem a lékařem ochranu nemocného před zraněním. Po ukončení spačky je pacient uložen na vodorovné lůžko do stabilizované polohy. Nejlepší pro nemocného je, pokud po výkonu spí dvě až tři hodiny. Sestra na

nemocného dohlíží, monitoruje vitální funkce, dokud nenabude plného vědomí. Pak pacientovi pomůže dojít na toaletu, popř. donese podložní mísu. Obvykle po dvou hodinách po výkonu může pacient přijímat tekutiny, po čtyřech hodinách může jíst.

Nejčastěji se elektrošoky provádějí v sérii 7 – 10 krát, 2 -3 krát týdně. U většiny pacientů dochází ke zlepšení zdravotního stavu. U malého procenta případů je nutné sérii po čase zopakovat, protože k žádnému zlepšení nedochází nebo je nepatrné. Podpora a uspokojení by měly být založené na ubezpečení, že nepříjemné účinky elektrokonvulze, jako je bolest hlavy, zmatenost, krátkodobá ztráta paměti, jsou dočasné a vymizí.

2.3 Komunikace s depresivním pacientem.

Komunikace s depresivním pacientem je závislá od fáze a tíže deprese. Řídí se určitými pravidly. Zdravotní sestra tráví s pacientem na oddělení nejvíce času z celého ošetrovatelského týmu. Vstupuje s pacientem do terapeutického vztahu, založeném na úctě, empatii, otevřenosti, důvěře a snaze pomoci. V počátečních fázích deprese převažuje nonverbální složka komunikace. Pacientovi projevíme účast už jen tím, že s ním jsme, nenecháme jej samotného. Pomoc při hygieně, ustlání lůžka, podání něčeho, mírné pohlazení, jemné pousmání – i to je zpočátku forma komunikace. Tím dáváme najevo pochopení pro stav i situaci nemocného. Umožníme nemocnému reagovat podle jeho aktuálního zdravotního stavu. Někdy se pacient potřebuje jen vyplakat. Nevyhýbáme se rozhovorům, ale ty by měly být pro pacienta únosné a nevyčerpávající. Při komunikaci s depresivním pacientem neapelujeme na silnou vůli – snížená vůle je projevem depresivního onemocnění, nelze ji jednoduše překlenout. Naše přílišná aktivita může u pacienta vyvolat pocity selhání. Nemocný se cítí provinile, že nevyhověl našim požadavkům (Venglářová, Mahrová, 2006).

Je nutné se vyhnout hlasité komunikaci, která by u nemocného vyvolala zmatek a ještě více prohloubila jeho nepříjemné pocity. Naše celkové vystupování, by mělo být přirozené, ne afektované, příjemné, ne teatrální či infantilní. Nevyhýbáme se očnímu kontaktu, i když ze strany pacienta je to možné a časté. Nesnažíme se pacienta za

každou cenu rozesmát. Depresivní pacient nemá smysl pro humor a pocítuje jej jako krutost.

Chyby v přístupu k depresivnímu pacientovi:

1. ***bagatelizace, zlehčování obtíží*** – depresivní člověk propadá dojmu, že jeho situaci nikdo nerozumí;
2. ***nucení k rozhodování*** – není na místě, kde je nerozhodnost typickým projevem nemoci;
3. ***přílišná volnost*** – ponechání nemocného jen tak, ať si dělá co chce (může se stát, že nezvládne běžné denní dění, je lepší nenáročný režim a naše účast);
4. ***doporučování nových aktivit v nevhodném čase*** – přetěžují nemocného. (Křivohlavý:2005).

2.4 Edukace depresivního pacienta a jeho blízkých

Edukace pacienta a jeho rodinných příslušníků je i v dnešní době hodně opomíjená. Jsme zvyklí edukovat hlavně v oblasti farmakoterapie a dietních opatření. Právě u deprese je nutné edukovat pacienta i jeho blízké. O vhodnosti či nevhodnosti chování jak v depresi, tak k depresivnímu člověku, aniž by to ničilo životy blízkých nebo život nemocného. Co dělat, abychom mu neublížili ještě více a neprohlubovali tím už i tak jeho velké utrpení?

Zdravotní sestra se společně s lékařem podílí na edukaci pacienta a jeho blízkých. Kdy je edukace u depresivního pacienta nejdůležitější? Když odchází pacient na propustku nebo je propuštěn domů. Zdálo by se, že propuštěním všechno končí, ale pacient musí ještě dlouhou dobu docházet k lékaři ambulantně a dávat si na sebe pozor, aby se nepřetěžoval.

Některé z edukačních zásad u deprese pro rodinné příslušníky:

1. podporujte svého blízkého v tělesných aktivitách, podle jeho možností – procházky v přírodě, jízda na kole, plavání, masáže, relaxační cvičení;
2. zdůrazňujte nevhodnost alkoholu kvůli antidepresivní medikaci;

3. zamezte svému blízkému, aby činil závažná životní rozhodnutí – odchod z rodiny, stěhování, otěhotnění;
4. nepřetěžujte svého blízkého, zanechte mu ale povinnosti, které je schopen zvládat;
5. apel na silnou vůli je nesmyslem a krutostí;
6. nelitujte, nepodceňujte, nedělejte z blízkého „neschopného blázna“;
7. nevyčítejte mu, že onemocněl, nemůže za to;
8. nekritizujte jej, že nezvládá vše jako dříve;
9. ponechte mu dostatek času na přijetí toho, co se stalo;
10. dejte mu čas na postupnou adaptaci na domácí prostředí;
11. pokud zpozorujete zhoršování zdravotního stavu, popř. sebevražedné signály – informujte co nejdříve psychiatra; v případě propustky je nutný návrat na oddělení;
12. nebuďte na svého blízkého zlostní a snažte se korigovat svoje negativní emoce;
13. nepodporujte ho ve snaze snižovat nebo vysazovat medikaci, s velkou pravděpodobností by došlo k návratu onemocnění;
14. dávejte mu najevo svoji lásku, je důležité přijetí, důvěra, pocit bezpečí.

2.5 Etické aspekty ošetrovatelské péče

Etika je součástí ošetrovatelské péče. Z Kodexu sestry: „*Od sestry se očekává, že vedle řady činností, ovlivňuje prožívání a jednání nemocných, že unese fyzické nároky své profese a dokáže se vypořádat s ostatními problémy spojenými s výkonem tohoto povolání. Sestry by měly brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především všelidské morální hodnoty, které tvoří osu morálního jednání zdravotníků. Mezi nejdůležitější patří úcta k člověku.*“ (Haškovcová, 2002: 87).

Etika všech zdravotníků vychází ze vztahu. Ze vztahu mezi člověkem pomáhajícím a člověkem trpícím, mezi člověkem, který nejen uzdravuje, ale i pečuje – a tím, jenž se mu svěřuje ve své nemoci, ve svém utrpení a který mu věří. (Munzarová, 2005).

Některé z etických zásad ošetrovatelské péče v psychiatrii. Sestra v psychiatrickém ošetrovatelství:

1. respektuje etický kodex své profese;
2. uplatňuje holistický přístup k nemocnému;
3. respektuje individuální osobnost pacienta;
4. společně s pacientem vytváří terapeutický vztah naplněný vzájemnou důvěrou;
5. ve vztahu k pacientovi vystupuje taktně a otevřeně, vytváří jeho pocit bezpečí;
6. vystupuje jednotně ve verbální i neverbální komunikaci;
7. aktivně pacientovi naslouchá;
8. zvládá a koriguje maladaptivní vzorce chování;
9. zvládá vlastní negativní emoce – hněv, úzkost;
10. respektuje pacienta v jeho vlastnostech a projevech, zvláštnostech věku, pohlaví, náboženského vyznání, politickém přesvědčení, etnického původu a socio-ekonomického statusu (Šlaisová a kol., 2004).

3 Kvalita života

3.1 Vymezení pojmu kvalita života

Kvalita života je pojem užívaný v mnoha oblastech lidské činnosti. Může zahrnovat charakter přírodního a sociálního prostředí, fyzický a psychický stav člověka, subjektivní hodnocení života v rámci osobní pohody a spokojenosti, otázky smyslu a užitečnosti života.

Sledováním a hodnocením indikátorů kvality života a lidského rozvoje se už delší čas zabývá více světových institucí, jako například Světová banka, Rozvojový program Organizace spojených národů, Světová zdravotnická organizace, Evropská agentura životního prostředí, Eurostat, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. (Mederly a kol., 2004).

Termín kvalita života byl poprvé v historii zmíněn již ve dvacátých letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. (Payne a kol., 2005).

Pojem kvalita života přitahuje posledních třicet let značnou pozornost jak vědců, tak zdravotníků a laiků. Přesto není dodnes dobře definován. Podle Světové zdravotnické organizace z roku 1994 je kvalita života to, jak člověk vnímá svoje postavení v životě, v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.

Velký lékařský slovník uvádí kvalitu života jako individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekáváním a k běžným zvyklostem. Kvalita života je do značné míry podmíněna zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy, celkovým životním prostředím. Kvalita života souvisejí se zdravím - úroveň duševních, tělesným a sociálních funkcí a vztahů včetně vnímání zdraví, životního uspokojení a pohody. Bývá do ní zahrnována i spokojenost pacientů se zdravotnickými službami, respektive léčbou a jejími výsledky. (Vokurka a kol., 2005).

V Čechách se vymezením tohoto pojmu v medicíně a psychologii zabývali Payne, Křivohlavý, Kováč, Dragomerická, Vymětal, Honzák aj. Křivohlavý popisuje kvalitu života s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících

směrování jeho života. Honzák zasazuje kvalitu života do souvislosti bio-psycho-sociálně-spirituálního dění. Kvalita života pro daného člověka může představovat cokoli, čemu on sám přikládá důležitost. (Baštecká, Goldmann, 2001).

I když je tento pojem dnes velmi skloňovaný, otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. Bergsma, holandský psycholog, k problému kvality života píše: „*Co lidé existují, byli vždy schopní zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení, ale i zdrojem inspirace, toho co dělali a změn k nimž toto pojetí života vedli.*“ (Bergsma, Engel 1988: 268).

3.2 Kvalita života u nemocných

Studium kvality života v současnosti prodělává svůj rozkvět, zejména v posledních deseti letech. Jedná se hlavně o hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu, k pocitu lidského štěstí. Je to právě nemoc, která nezřídka otřese a pozmění celý dosavadní život člověka. I když strádání v jedné oblasti nemusí vždy nutně znamenat nedostatek v jiných; je všeobecně známo, že právě nemoc u převážné většiny lidí, zhoršuje kvalitu života. Člověk je tvor jedinečný, neopakovatelný a jeho prožívání je individuální. Dopad nemoci na jednotlivce nemůže být stejný. Záleží i na životních okolnostech, mezilidských vztazích, finanční situaci a celkovém zasazení člověka do společnosti. Problém hodnocení dopadu kvality života u nemocných zhoršuje fakt, že je rozdíl, pokud hodnotíme kvalitu života u nemocného před hospitalizací, krátce před propuštěním nebo měsíc po ní; před invazivním výkonem nebo po něm; před zahájením farmakoterapie, po nástupu účinku léků nebo po úplném ukončení farmakoterapie.

Dále vyvstává otázka závažnosti onemocnění. Jinak bude například tentýž člověk prožívat chřipku, jinak úraz či diagnostikování a následnou léčbu nádoru mozku. Druhý člověk bude ty stejné nemoci vnímat také rozdílně. Tím se celý problém zhoršuje a my vidíme názorně i jen na dvou lidech, jak je těžké vystihnout kvalitu života. Co je pro jednoho důležité, nemusí mít pro druhého význam. „*Opravdu kvalitní život může být veden tehdy, jestliže sobě rozumíme a žijeme vlastní život v nahlédnutí.*“ (Vymětal, 2003: 201).

Pojetí kvality života je širší než klasické pojetí zdravotního stavu. Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života, kterou napsal Strauss v roce 1975, byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. (Křivohlavý, 2002).

Proč hodnotit kvalitu života u nemocných? Pomáhá nám posoudit účinnost terapie, postihuje dopad nemoci na každodenní život, odráží pohled pacienta na jeho situaci. Došlo k výrazné změně pojetí ošetrovatelské péče o pacienta, důraz je kladen na jeho subjektivní hodnocení, na návrat do života – rehabilitace je spojována nejen se cvičením. Péče je komplexní, je kladen důraz na psychologickou a sociální oblast člověka. Od sedmdesátých let je termín kvality života užíván i v medicíně. Přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou stále novou i když zejména v posledních letech velmi zdůrazňovanou. Výsledky různě orientovaných výzkumů z oblasti kvality života nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka, k pochopení podstaty jeho lidské existence. Studium kvality života v současnosti znamená hledání a identifikaci podmínek, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu, pocitu lidského štěstí. Hluboký a trvalý nedostatek smyslu v životě působí nejen duchovní utrpení, nýbrž má i patogenní účinky, které se projevují v jeho duševním, společenském a tělesném stavu. (Payne a kol., 2005).

Snaha o zlepšení kvality života nemocných, to nejsou jenom dotazníky, statistika a administrativní práce. Je to výzva, abychom nasadili svou lidskost a profesionalitu a spolu s pacienty hledali co nejlepší řešení jejich obtíží. Z tohoto pohledu by kvalitní život mohl být takovým životem, jenž odpovídá fyzické, psychické a sociální pohodě člověka, ať ji již hodnotí druzí – příbuzní pacienta, jedinec sám nebo odborníci – zdravotnický personál. Při zkoumání lidského zdraví a kvality života musíme brát v úvahu všechny tři tyto pohledy.

Vztahy, podmínky, nemoc i postižení nejsou jedinci vnímány a hodnoceny identicky. Jedinečnost subjektivního pohledu byla potvrzena množstvím studií, dokládajících, že lékaři hodnotí kvalitu života pacientů s chronickým onemocněním jako významně nižší než sami pacienti (Dragomerická, Bartoňová, 2006).

Jednou z možností, jak zlepšit kvalitu života u nemocných je, kromě farmakologické léčby, také využití psychoterapie. Nejen v depresi, ale i u chronicky nemocných, onkologických pacientů, u lidí s nějakým defektem, po úraze či po

amputaci. Psychoterapie je nejvíce využívána u jedinců, kteří se nacházejí v duševní krizi. Bylo prokázáno, že u převážné většiny sebevražedných pokusů s dokonanou sebevraždou, chyběla psychologická péče a psychoterapeutické působení. (Vymětal, 2003).

3.3 Měření kvality života

Měření kvality života může sloužit k hodnocení účinnosti sociální nebo zdravotní péče, ke zkoumání dopadu nemoci a léčby na život pacienta. V poslední době přibývá mezinárodních a mezikulturních studií. V medicíně byly vyvíjeny postupy, které umožňují měřit kvalitu života vztaženou ke zdraví. Jednotlivé metody se snaží psychologicky a ekonomicky posoudit dopad léčebných zásahů a nemocí na kvalitu života daného jedince. Často sledují úroveň soběstačnosti, úlevy od bolesti a schopnosti vykonávat každodenní činnosti běžného života. (Baštecká, Goldmann, 2001).

Mezinárodní výzkumné projekty nám dovolují zkoumat vliv odlišných sociálních a zdravotních podmínek na kvalitu života. Například dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který bude v pozměněné verzi použit i v empirické části této bakalářské práce. Svými charakteristikami odpovídá současným požadavkům na měření kvality života. Pokrývá různé oblasti života, zprostředkovává subjektivní pohled respondenta a je použitelný v různých kulturách.

Metod, které se zabývají měřením kvality života je velké množství. Mezi nejzákladnější dělení patří:

1. metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba;
2. metoda měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba;
3. metody smíšené, vzniklé kombinací prvního a druhého typu.

ad 1. Sem patří například hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – *APACHE II*. Tento systém se užívá ve Velké Británii na jednotkách intenzivní péče.

Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi, ať obecně, či podle určitých kritérií – vykazoval, vzdor všem dobrým snahám, někdy až dosti značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient.

ad 2. Metoda *SEIQol* - systém individuálního hodnocení kvality života. Pojetí kvality života, jak jej chápe tato metoda, je individuální. Vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak je jí sama hodnocena. Pojetí kvality života dané osoby závisí na jejím vlastním systému hodnot.

Výzkumy z poslední doby došly k zajímavému zjištění. Důraz kladený na hodnotu rodiny, zdraví a nezávislosti zůstal v průběhu věku poměrně stabilní a nemění se. Co je nejdůležitější pro mladší? Zaměstnání, štěstí, finance, sociální vztahy mimo rodinu. A pro starší? Víra, životní podmínky, pocit bezpečí a jistoty.

ad 3. Smíšená metoda, *MANSA*, krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný Univerzitou v Manchesteru. Cílem autorů je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka, tak jak se mu jeví v dané chvíli. (Křivohlavý, 2002).

Výše uvedené metody jsou pouze nepatrným vzorkem metod, které se zabývají hodnocením kvality života. Jednotlivé metody se neustále vyvíjejí, přibývá jejich počet a zdokonalují se pro blaho pacienta.

4 Zkoumaný soubor a použité metody

K získání potřebných informací jsem zvolila formu anonymního dotazníku (viz Příloha 1). Užitý dotazník obsahuje dvacet jedna otázek. Dotazník je rozdělen na dvě součásti. Část A, obsahující šest otázek, byla až na poslední otázku vytvořena mnou. Jedná se o kategorizační otázky s cílem získat demografická data.

Část B, obsahující patnáct otázek, vychází z šestadvaceti položkového dotazníku Kvality života WHOQOL-BREF Světové zdravotnické organizace z roku 1998, česká verze z roku 2004 (Dragomerická, Bartoňová, 2006). Z důvodu co nelepššího přiblížení dotazníku mé bakalářské práci, jsem některé otázky z původního dotazníku nezařadila a otázky číslo 9, 10 a 21 jsem vytvořila sama.

Do souboru byli zařazeni dospělí nemocní, kteří se v současnosti ambulantně léčí s depresivní poruchou na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Výzkum probíhal dva měsíce na přelomu let 2006/2007, tj. od 8. prosince 2006 do 8. února 2007.

Výběr byl spoluurčován ochotou pacientů se podílet na výzkumu. Celkem bylo osloveno sto nemocných. Z tohoto počtu se výzkumu zúčastnilo osmdesát pět pacientů, ale pět dotazníků nebylo kompletně vyplněno. Nakonec bylo do výzkumu zařazeno osmdesát zcela vyplněných dotazníků.

Největší počet zúčastněných byl tvořen nemocnými ve věku od 40 do 49 let. Nejstaršímu člověku, který se zúčastnil výzkumu bylo 71 let, nejmladšímu bylo 18 let.

Pacienti, zařazení do výzkumu, museli splňovat určitá kritéria: u pacienta byla diagnostikována depresivní porucha, pacient se v současnosti ambulantně léčí s depresivní poruchou. Tím, že se pacient léčí ambulantně, není vytržen ze svého domácího prostředí (to byla další podmínka pro hodnocení kvality života u daných jedinců). To samozřejmě nevyklučuje, že někteří z pacientů, kteří se dnes léčí ambulantně, nebyli dříve hospitalizováni. Kdybych ale zvolila do svého výzkumu v současnosti hospitalizované pacienty, výsledky by pravděpodobně byly negativnější (hospitalizovaný pacient se nachází v akutní fázi nemoci a omezené nemocniční prostředí narušuje jeho přirozené bytí).

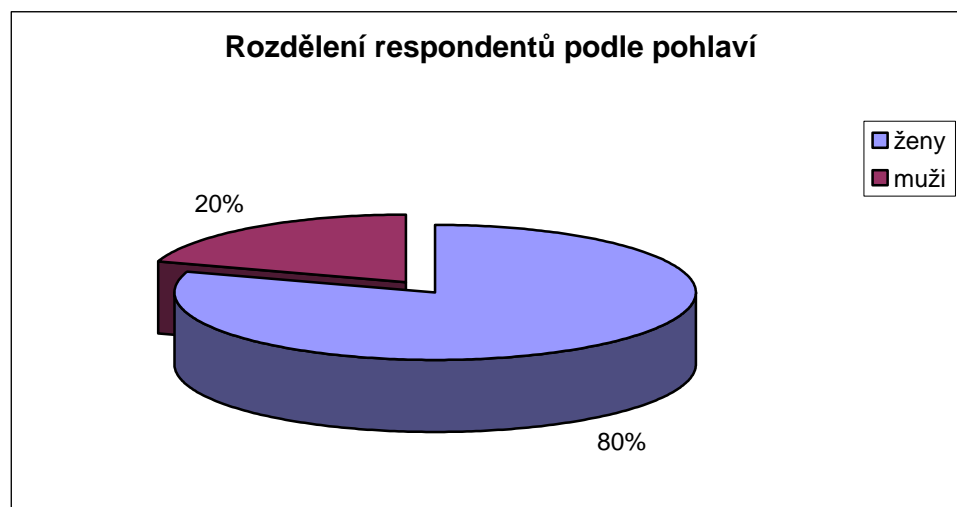
Hypotézy výzkumu:

1. domnívám se, že 70 % respondentů budou tvořit ženy;
2. 40 % respondentů bude hodnotit kvalitu života jako špatnou;
3. se svým zdravím bude 75 % respondentů nespokojeno;
4. podceňování ze strany nejbližších zažije více než polovina respondentů;
5. 60 % respondentům změna deprese život převážně negativně;
6. se svým sexuálním životem bude nespokojeno 80 % zúčastněných;
7. beznaděj, zoufalství bude často pociťovat 30 %;
8. převážná část respondentů bude považovat za nejdůležitější ve svém životě zdraví a spokojenost.

5 Výsledky

Otázka č. 1

Pohlaví: a) žena
b) muž



graf 1

pohlaví	počet odpovědí	odpovědi v procentech
ženy	64	80
muži	16	20

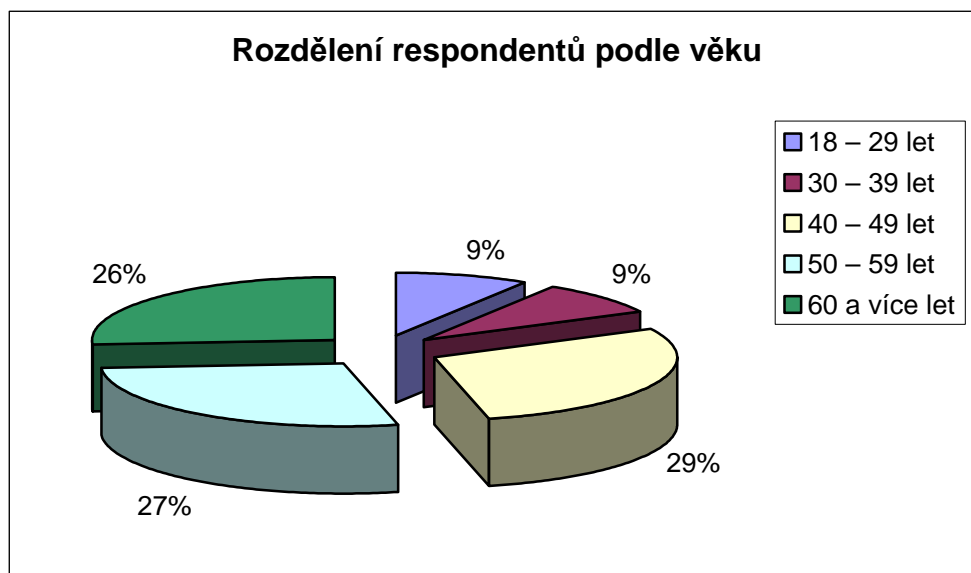
tabulka 1- Rozdělení respondentů podle pohlaví

Komentář:

Údaje v grafu ukazují, že 80 % respondentů tvoří ženy a 20 % respondentů je tvořeno muži. Poměr zúčastněných žen k mužům je 64:16 je 4:1.

Otázka č. 2

- Věk: a) 18 – 29 let
b) 30 – 39 let
c) 40 – 49 let
d) 50 – 59 let
e) 60 a více let



graf 2

věk	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
18 – 29 let	7	9
30 – 39 let	7	9
40 – 49 let	23	29
50 – 59 let	22	27
60 a více let	21	26

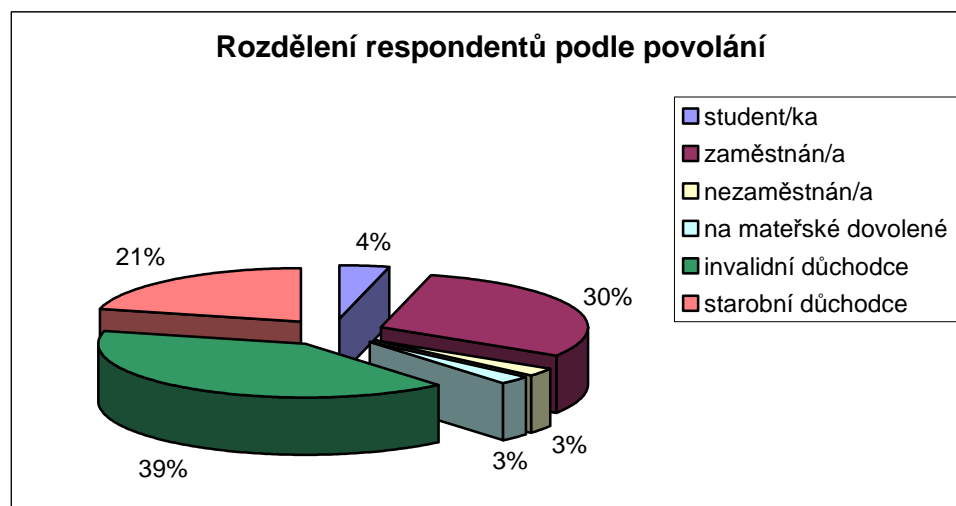
tabulka 2 – Rozdělení respondentů podle věku

Komentář:

Jak vyplývá z grafu 7 respondentů (9 %) tvoří osoby ve věku 18 – 29 let, stejné procentuální zastoupení má skupina respondentů ve věku 30 – 39 let, 23 respondentů (29 %) je ve věkové kategorii 40 – 49 let, věková skupina 50 – 59 let je zastoupena 22 respondenty (27 %) a 21 respondentů (26 %), z celkového počtu zaujímá věková skupina osob nad 60 let.

Otázka č. 3

- Jste: a) student/ka
b) zaměstnán/a
c) nezaměstnán/a
d) na mateřské dovolené
e) invalidní důchodce
f) starobní důchodce



graf 3

povolání	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
student/ka	3	4
zaměstnán/a	24	30
nezaměstnán/a	2	3
na mateřské dovolené	2	3
invalidní důchodce	32	39
starobní důchodce	17	21

tabulka 3 – Rozdělení respondentů podle povolání

Komentář:

Jak je patrné z grafu – 3 respondenti (4 %) tvoří studenti, 24 respondentů (30 %) představují osoby, které jsou zaměstnány. Shodný podíl zastoupení, 3 %, mají dvě skupiny osob – nezaměstnaní a ženy na mateřské dovolené. Největší skupinu, 32 respondenti (39 %), tvoří invalidní důchodci. 17 starobních důchodců představuje 21 % z celkového počtu zúčastněných na výzkumu.

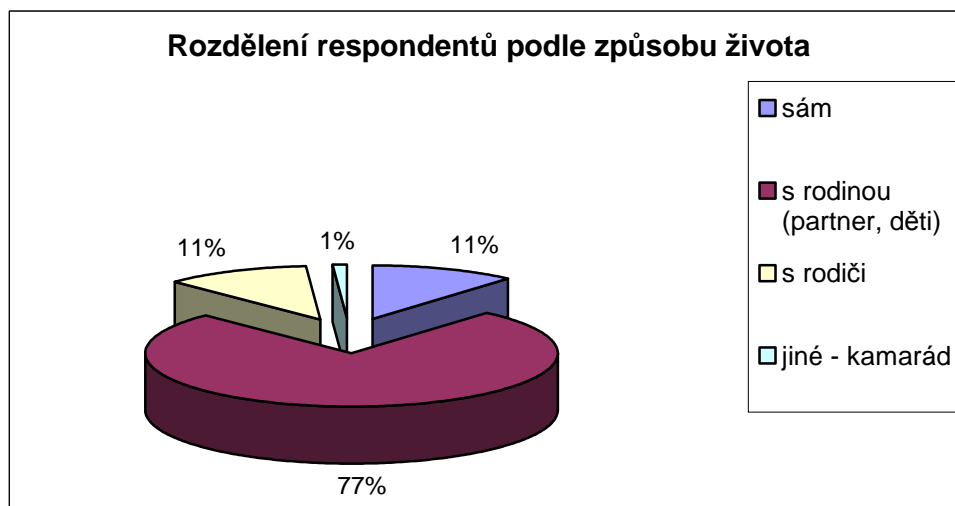
Otázka č. 4

Žijete: a) sám

b) s rodinou (partner, děti)

c) s rodiči

d) jiné (prosím popište).....



graf 4

žijete	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
sám	9	11
s rodinou (partner, děti)	61	77
s rodiči	9	11
jiné	1	1

tabulka 4 – Rozdělení respondentů podle způsobu života

Komentář:

Největší podíl tvoří 61 respondentů (77 %), žijící s rodinou, do této kategorie jsem zařadila i osoby, které žijí jen s partnery nebo jen s dětmi.

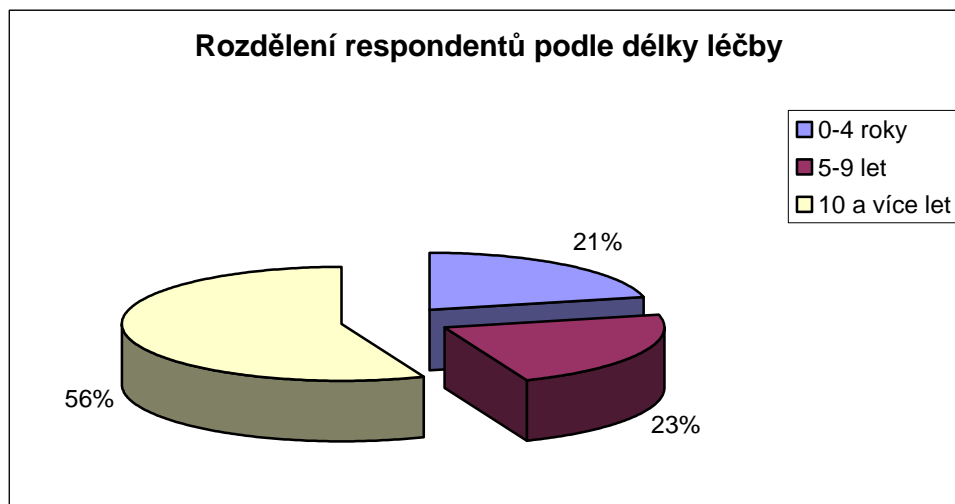
Nejmenší podíl, 1 %, tvoří respondent (žena), která uvedla v možnosti d) jiné, že žije s kamarádem.

Stejná míra procentuálního zastoupení je vyjádřena respondenty, kteří žijí s rodiči – 11 % a zároveň respondenty, kteří žijí sami.

Otázka č. 5

Jak dlouho se léčíte s depresí?

- a) 0-4 roky
- b) 5-9 let
- c) 10 a více let



graf 5

délka léčby	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
0-4 roky	17	21
5-9 let	18	23
10 a více let	45	56

tabulka 5 – Rozdělení respondentů podle délky léčby

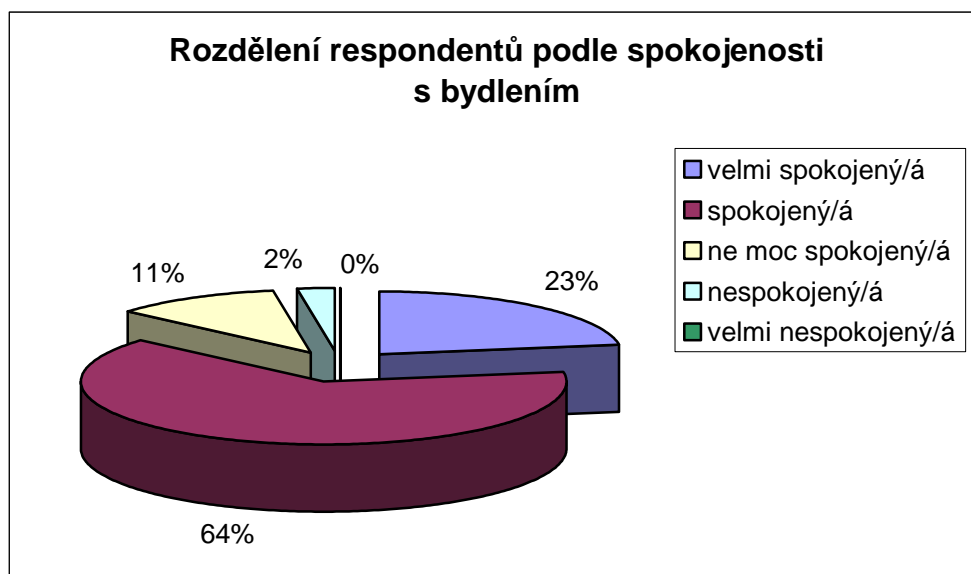
Komentář:

Z grafu a tabulky je patrné, že nejdelší léčbu, tj. 10 a více let, podstoupilo 45 respondentů (56 %), dobu léčby v rozmezí 5 – 9 let podstoupilo 18 respondentů (23 %) a méně než pět let se léčilo 17 respondentů (21 %).

Otázka č. 6

Jak jste spokojený/á se svým bydlením?

- a) velmi spokojený/á
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á



graf 6

spokojenost s bydlením	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi spokojený/á	18	23
spokojený/á	51	64
ne moc spokojený/á	9	11
nespokojený/á	2	2
velmi nespokojený/á	0	0

tabulka 6 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti s bydlením

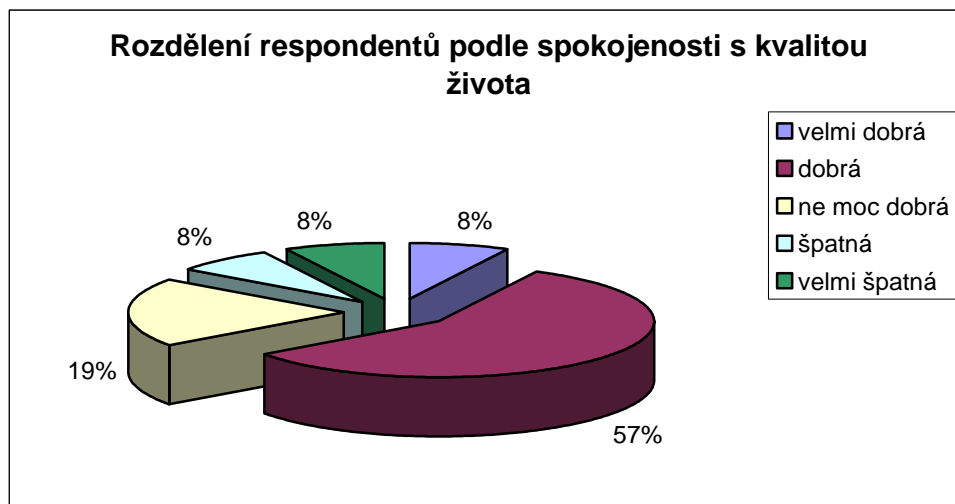
Komentář:

Největší spokojenost s bydlením uvádí 18 respondentů (23 %), nejmenší spokojenost s bydlením nevedl nikdo, tj. 0 %. Nespokojenost s bydlením vyjadřují 2 respondenti (2%). Ne moc spokojených je 9 respondentů (11%). Spokojenost s bydlením vyjadřuje 51 respondentů (64%).

Otázka č. 7

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) ne moc dobrá
- d) špatná
- e) velmi špatná



graf 7

kvalita života	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi dobrá	6	8
dobrá	46	57
ne moc dobrá	16	19
špatná	6	8
velmi špatná	6	8

tabulka 7 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti s kvalitou života

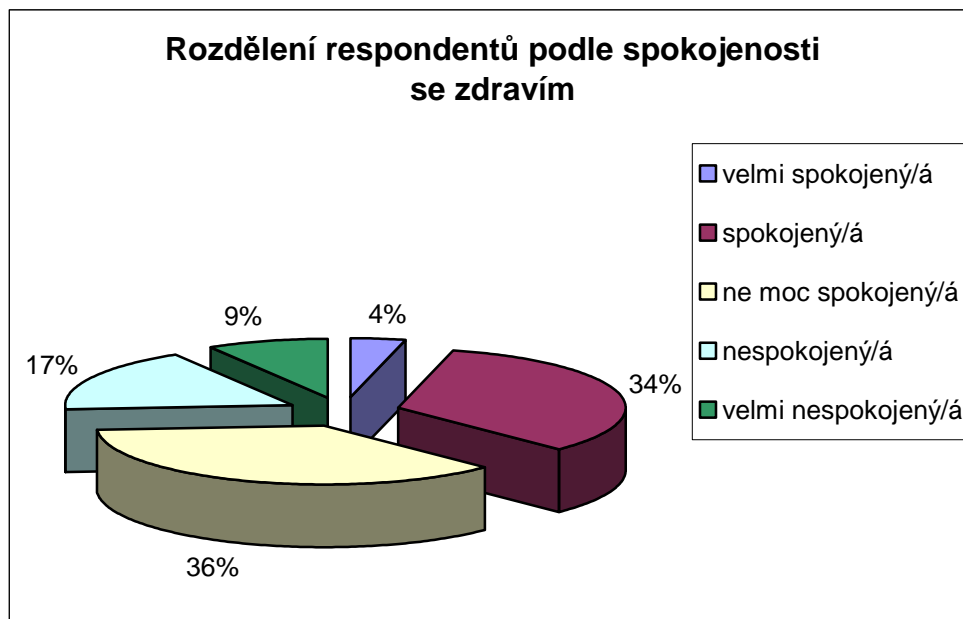
Komentář:

Na kvalitu svého života pohlíží velmi špatně 6 respondentů (8 %). Velmi dobrou spokojenost s kvalitou života vyjadřuje také 6 respondentů (8 %). Jako ne moc dobrou hodnotí kvalitu svého života 16 respondentů (19 %). Při hodnocení kvality života zvolilo 6 respondentů (8 %) možnost špatně a 46 respondentů (57 %) možnost dobře.

Otázka č. 8

Jak jste spokojený/á se svým zdravím?

- a) velmi spokojený/á
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á



graf 8

spokojenost se zdravím	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi spokojený/á	3	4
spokojený/á	27	34
ne moc spokojený/á	29	36
nespokojený/á	14	17
velmi nespokojený/á	7	9

tabulka 8 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti se zdravím

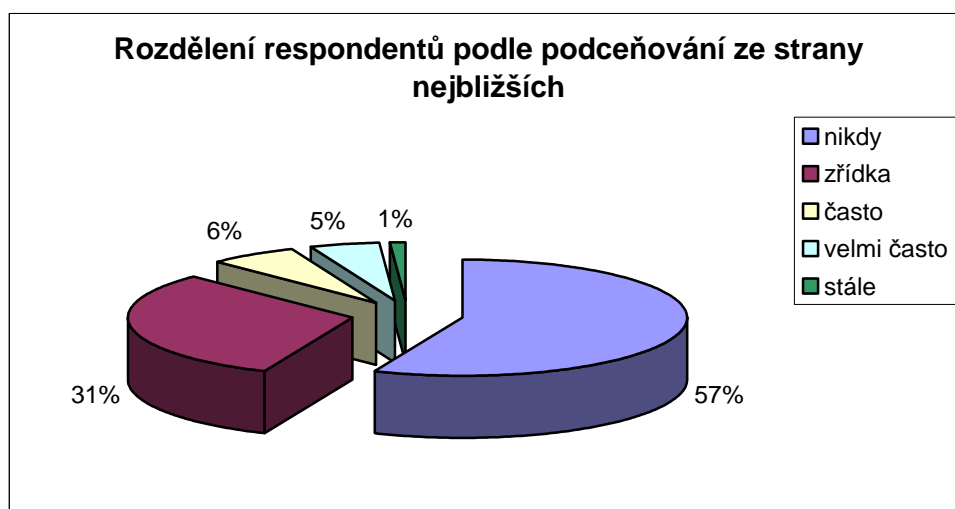
Komentář:

Se svým zdravím je velmi nespokojeno 7 respondentů (9 %). Velkou spokojenost vyjádřili 3 respondenti (4 %). 29 respondentů (36 %) není moc spokojeno se svým zdravím. Spokojenost se zdravím vyjadřuje 27 respondentů (34 %) a 14 respondentů (17 %) je nespokojeno se svým zdravím.

Otázka č. 9

Jak často jste zažil/a ze strany svých nejbližších podceňování kvůli kontaktu s psychiatrií?

- a) nikdy
- b) zřídka
- c) často
- d) velmi často
- e) stále



graf 9

podceňování ze strany nejbližších	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
nikdy	45	57
zřídka	25	31
často	5	6
velmi často	4	5
stále	1	1

tabulka 9 – Rozdělení respondentů podle podceňování ze strany nejbližších

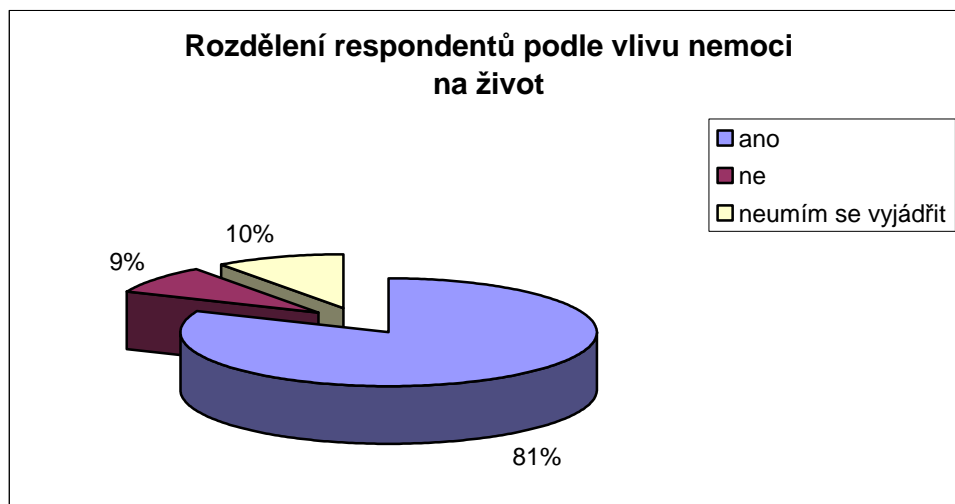
Komentář:

Podceňování zažívá stále od svých nejbližších kvůli kontaktu s psychiatrií 1 respondent (1 %). Nikdy nezažilo podceňování ze strany nejbližších 45 respondentů (57 %). Často pociťuje podceňování 5 respondentů (6 %). Zřídka uvádí zážitek podceňování 25 respondentů (31 %) a velmi často 4 respondenti (5 %).

Otázka č. 10

Myslíte, že deprese v něčem změnila Váš život?

- a) ano v čem?.....
- b) ne
- c) neumím se vyjádřit



graf 10.A

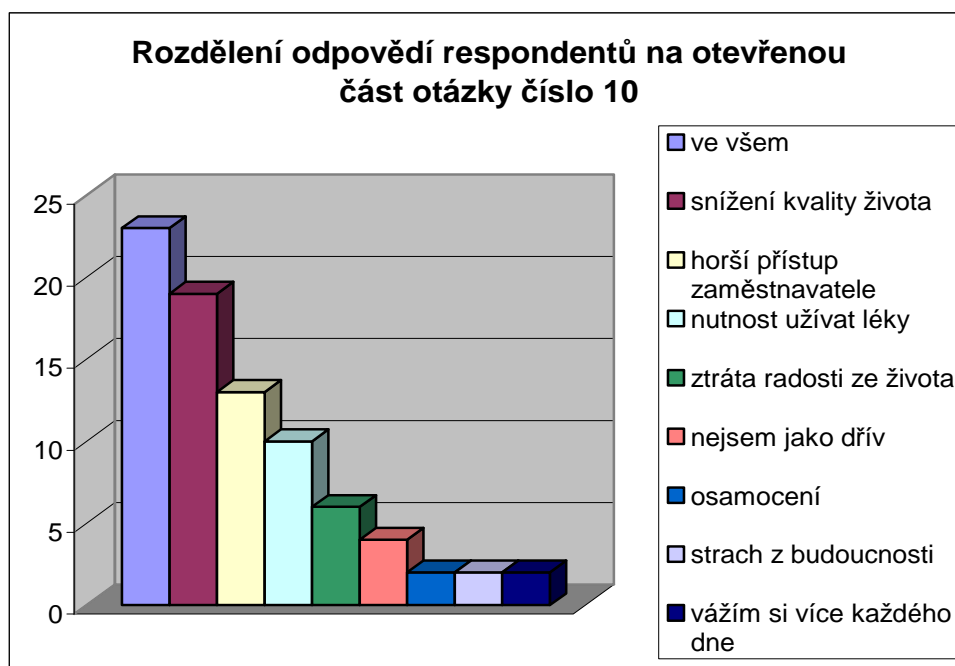
změna života	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
ano	65	81
ne	7	9
neumím se vyjádřit	8	10

tabulka 10.A – Rozdělení respondentů podle vlivu nemoci na život

Komentář:

Osm respondentů (10 %) se k této otázce neumělo vyjádřit. Podle 7 respondentů (9 %) nemá nemoc vliv na jejich život a naopak 65 respondentům (81 %) deprese život v nějakém ohledu změnila.

Do grafu 10.B a tabulky 10.B jsem zařadila odpovědi respondentů, kteří se vyjádřili, v čem jim deprese změnila život.



graf 10.B

odpovědi	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
ve všem	18	23
snížení kvality života	15	19
horší přístup zaměstnavatele	10	13
nutnost užívat léky	8	10
ztráta radosti ze života	5	6
nejsem jako dřív	3	4
osamocení	2	2
strach z budoucnosti	2	2
vážím si více každého dne	2	2
celkem	65	81

tabulka 10.B – Rozdělení odpovědí respondentů na otevřenou část otázky číslo 10

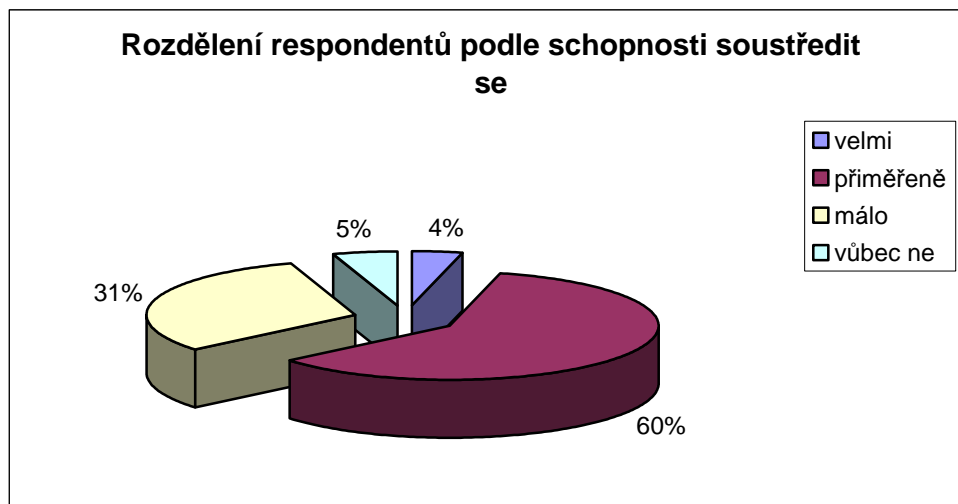
Komentář:

Ze 65 respondentů, kterým deprese změnila život, odpovědělo 18 respondentů (23 %), že nemoc jim změnila život ve všem. 15 respondentů (19 %) uvedlo, že nemoc u nich vedla ke snížení kvality života, 10 respondentů (13 %), že se k nim zhoršil přístup zaměstnavatelů. Nutnost užívání léků uvedlo 8 respondentů (10 %) a ztrátu radosti ze života 5 respondentů (6 %). 3 respondenti (4 %) napsalo, že nejsou jako dříve a po dvou respondentech (2 %), že nemoc pociťují osamělost, strach z budoucnosti i že si váží více každého dne.

Otázka č. 11

Jak dobře jste schopen/a se soustředit?

- a) velmi
- b) přiměřeně
- c) málo
- d) vůbec ne



graf 11

schopnost soustředit se	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi	3	4
přiměřeně	48	60
málo	25	31
vůbec ne	4	5

tabulka 11 – Rozdělení respondentů podle schopnosti soustředit se

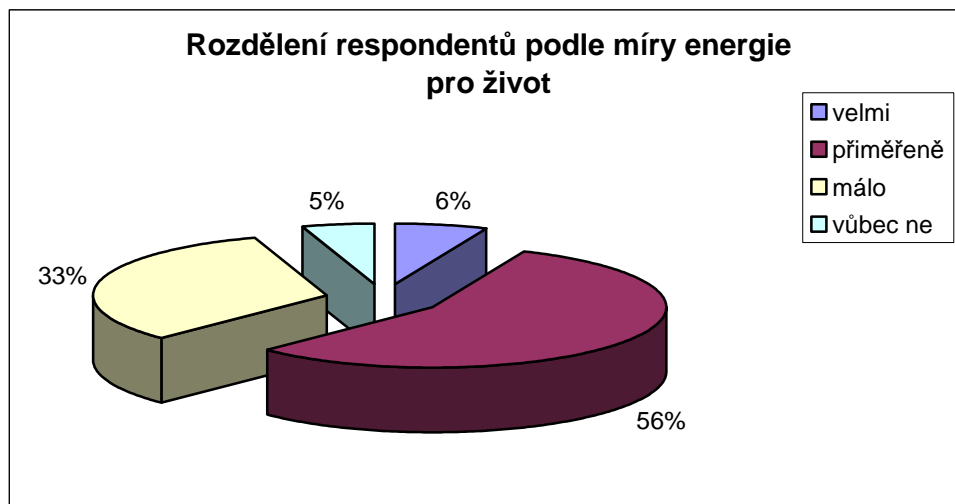
Komentář:

Velmi dobře se soustředí 3 respondenti (4 %). 48 respondentů (60 %) se soustředí přiměřeně. Vůbec se nemohou soustředit 4 respondenti (5 %) a malou schopnost soustředění u sebe popsalo 25 respondentů (31 %).

Otázka č. 12

Máte dostatek energie pro běžný život?

- a) velmi
- b) přiměřeně
- c) málo
- d) vůbec ne



graf 12

energie pro život	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi	5	6
přiměřeně	45	56
málo	26	33
vůbec ne	4	5

tabulka 12 – Rozdělení respondentů podle míry energie pro život

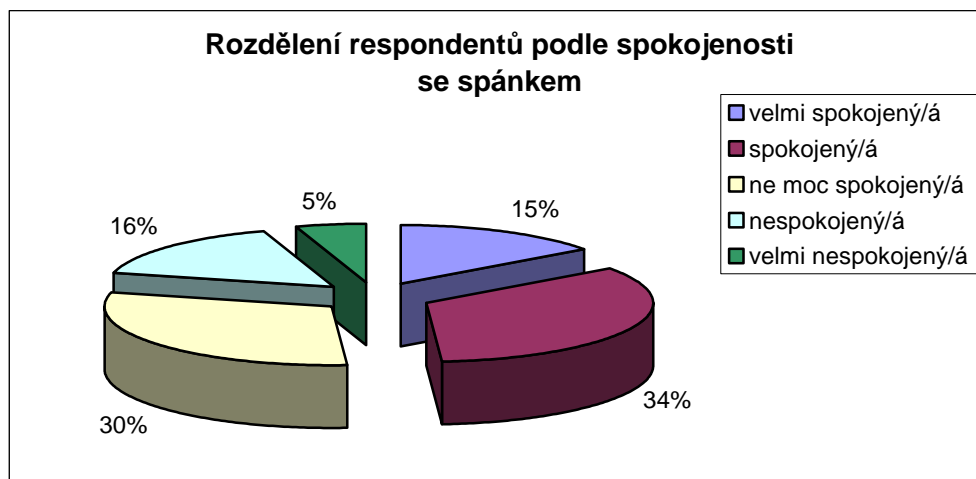
Komentář:

Přiměřenou energii pro běžný život uvedlo 45 respondentů (56 %). Málo energie pro život pociťuje 26 respondentů (33 %). Vůbec žádnou energii pro běžný život nemají 4 respondenti (5 %). Velmi mnoho energie pro život má 5 respondentů (6 %).

Otázka č. 13

Jak jste spokojený/á se svým spánkem?

- a) velmi spokojená/ý
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á



graf 13

spokojenost se spánkem	počet odpovědí	odpovědi v procentech
velmi spokojený/á	12	15
spokojený/á	27	34
ne moc spokojený/á	24	30
nespokojený/á	13	16
velmi nespokojený/á	4	5

tabulka 13 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti se spánkem

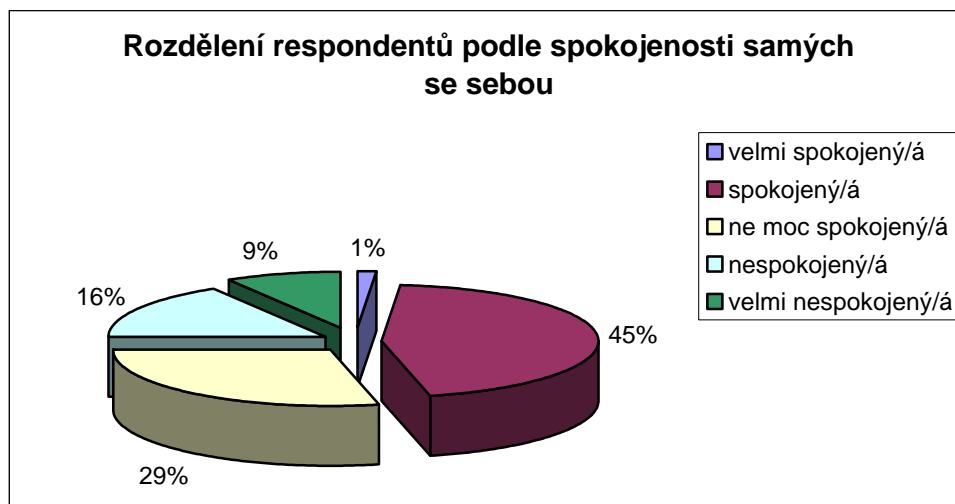
Komentář:

Spokojenost se svým spánkem vyjádřilo 27 respondentů (34 %). Nespokojenost se svým spánkem uvedlo 13 respondentů (16 %). Velkou spokojenost se svým spánkem popisuje 12 respondentů (15 %). 4 respondenti (5 %) jsou se svým spánkem velmi nespokojeni. 24 respondentů (30 %) není moc spokojeno se svým spánkem.

Otázka č.14

Jak jste spokojený/á sám se sebou?

- a) velmi spokojený/á
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á



graf 14

spokojenost sám se sebou	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi spokojený/á	1	1
spokojený/á	36	45
ne moc spokojený/á	23	29
nespokojený/á	13	16
velmi nespokojený/á	7	9

tabulka 14 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti samých se sebou

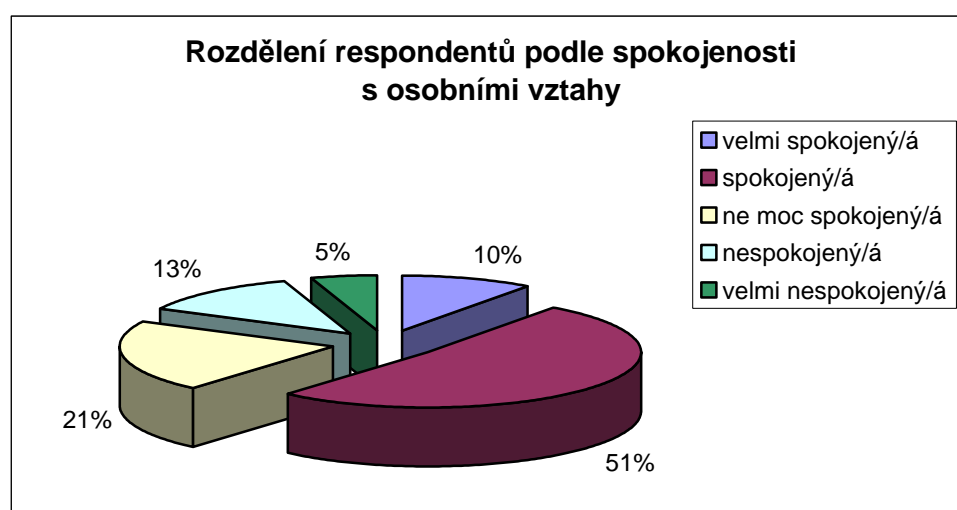
Komentář:

Velkou spokojenost se sebou uvedl 1 respondent (1 %). Velkou nespokojenost se sebou uvedlo 7 respondentů (9 %). 13 respondentů (16 %) je se sebou nespokojeno a naopak 36 respondentů (45 %) je spokojených. 23 respondentů (29 %) není moc se sebou spokojených.

Otázka č. 15

Jak jste spokojený/á se svými osobními vztahy?

- a) velmi spokojený/á
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á



graf 15

spokojenost s osobními vztahy	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi spokojený/á	8	10
spokojený/á	41	51
ne moc spokojený/á	17	21
nespokojený/á	10	13
velmi nespokojený/á	4	5

tabulka 15 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti s osobními vztahy

Komentář:

Spokojenost s osobními vztahy vyjádřilo 41 respondentů (51 %). Velkou spokojenost v osobních vztazích popsal 8 respondentů (10 %) a naopak velkou nespokojenost popsali 4 respondenti (5 %). Ne moc spokojených s osobními vztahy je 17 respondentů (21 %) a nespokojených respondentů s osobními vztahy je deset (13 %).

Otázka č. 16

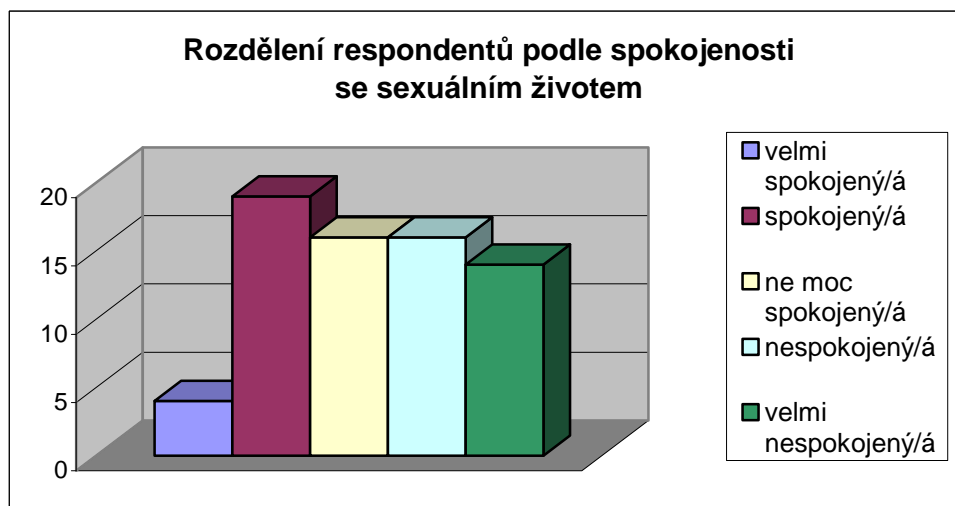
Jak jste spokojený/á se svým sexuálním životem?

*Odpovězte, jen pokud chcete.

- a) velmi spokojený/á
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á



graf 16.A



graf 16.B

spokojenost se sexuálním životem	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
zúčastněných	55	69
velmi spokojený/á	3	4
spokojený/á	15	19
ne moc spokojený/á	13	16
nespokojený/á	13	16
velmi nespokojený/á	11	14
nezúčastněných	25	31

tabulka 16 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti se sexuálním životem

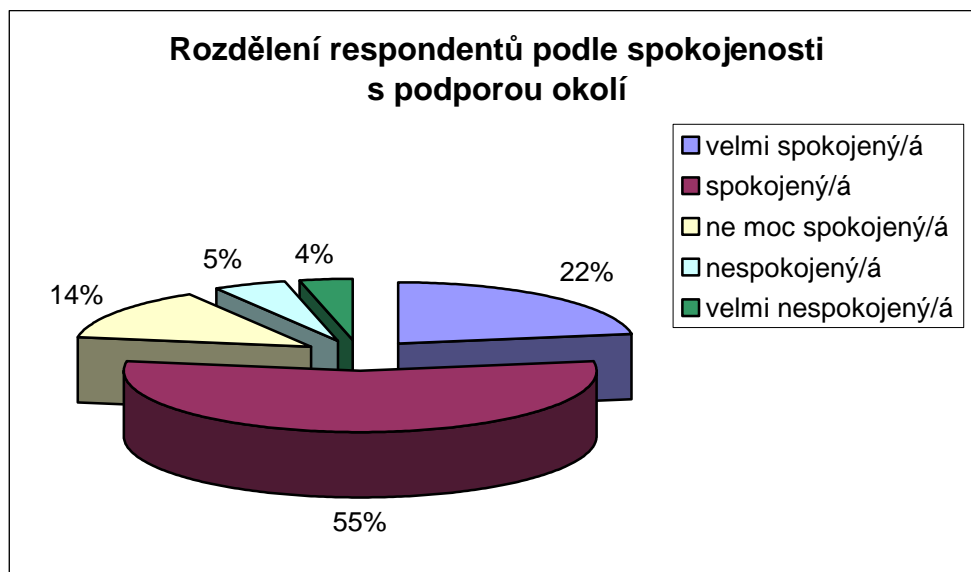
Komentář:

Spokojenost se svým sexuálním životem uvádí 15 respondentů (19 %) a nespokojenost 13 (16 %). Stejný podíl respondentů (16 %) se vyjádřil, že není moc spokojený se svým sexuálním životem. 3 respondenti (4 %) jsou velmi spokojeni a 11 respondentů (14 %) je velmi nespokojeno se svým sexuálním životem.

Otázka č. 17

Jak jste spokojený/á s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?

- a) velmi spokojený/á
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á



graf 17

spokojenost s podporou okolí	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi spokojený/á	18	22
spokojený/á	44	55
ne moc spokojený/á	11	14
nespokojený/á	4	5
velmi nespokojený/á	3	4

tabulka 17 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti s podporou okolí

Komentář:

Čtyřicet čtyři respondentů (55 %) je spokojeno s podporou od svých přátel a naopak 4 respondenti (5 %) jsou nespokojeni. Ne moc spokojených respondentů je 11 (14 %). S podporou svých přátel je velmi spokojených 18 respondentů (22 %) a naopak 3 respondenti (4 %) jsou velmi nespokojeni.

Otázka č.18

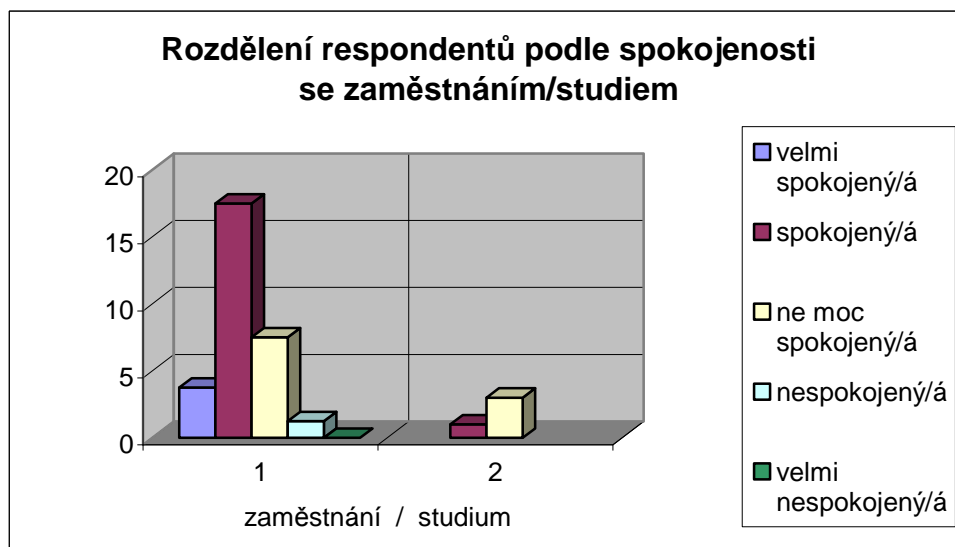
Jak jste spokojený/á se svým zaměstnáním/studiem?

*Odpovězte, jen pokud pracujete/studujete.

- a) velmi spokojený/á
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á



graf 18.A



graf 18.B

spokojenost se zaměstnáním			spokojenost se studiem	
	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)	počet	% (zaokrouhle -ně)
zúčastněných	24	30	3	4
velmi spokojený/á	3	4	0	0
spokojený/á	14	17	1	1
ne moc spokojený/á	6	8	2	3
nespokojený/á	1	1	0	0
velmi nespokojený/á	0	0	0	0
nezúčastněných	53	66		

tabulka 18 – Rozdělení respondentů podle spokojenosti se zaměstnáním/studiem

Komentář:

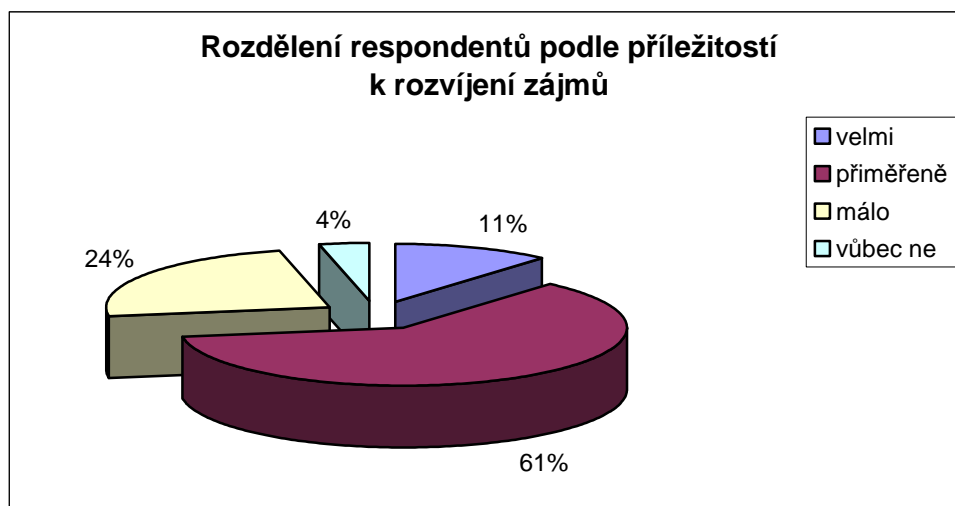
Se svým zaměstnáním vyjádřilo spokojenost 14 respondentů (17 %). Ne moc spokojených je 6 respondentů (8 %). 3 respondenti (4 %) jsou velmi spokojeni a naopak nikdo z respondentů je velmi nespokojených a jeden respondent (1 %) je nespokojen.

Jeden respondent (1 %) je spokojen se svým studiem a 2 respondenti (3 %) nejsou moc spokojeni.

Otázka č. 19

Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

- a) velmi
- b) přiměřeně
- c) málo
- d) vůbec ne



graf 19

příležitosti k rozvíjení zájmů	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
velmi	9	11
přiměřeně	49	61
málo	19	24
vůbec ne	3	4

tabulka 19 – Rozdělení respondentů podle příležitosti k rozvíjení zájmů

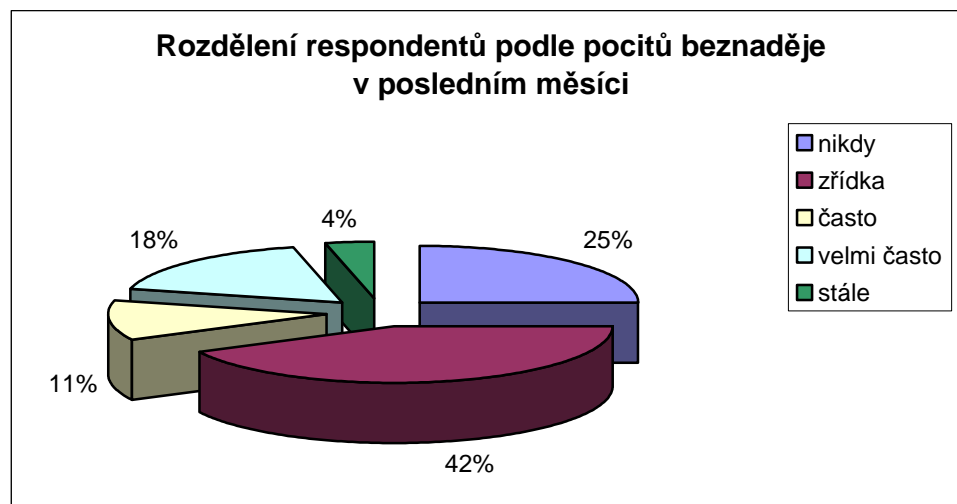
Komentář:

Devět respondentů (11 %) má velmi dobrou příležitost k rozvíjení svých zájmů. Čtyřicet devět respondentů (61 %) hodnotí příležitosti k rozvíjení svých zájmů jako přiměřené. Málo příležitostí k rozvíjení zájmů popsalo 19 respondentů (24 %). Tři respondenti (4 %) uvedlo, že nemá vůbec žádnou příležitost k rozvíjení svých zájmů.

Otázka č. 20

Jak často jste během posledního měsíce pociťoval/a beznaděj, zoufalství?

- a) nikdy
- b) zřídka
- c) často
- d) velmi často
- e) stále



graf 20

pocit beznaděje, zoufalství	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
nikdy	20	25
zřídka	34	42
často	9	11
velmi často	14	18
stále	3	4

tabulka 20 – Rozdělení respondentů podle pocitů beznaděje v posledním měsíci

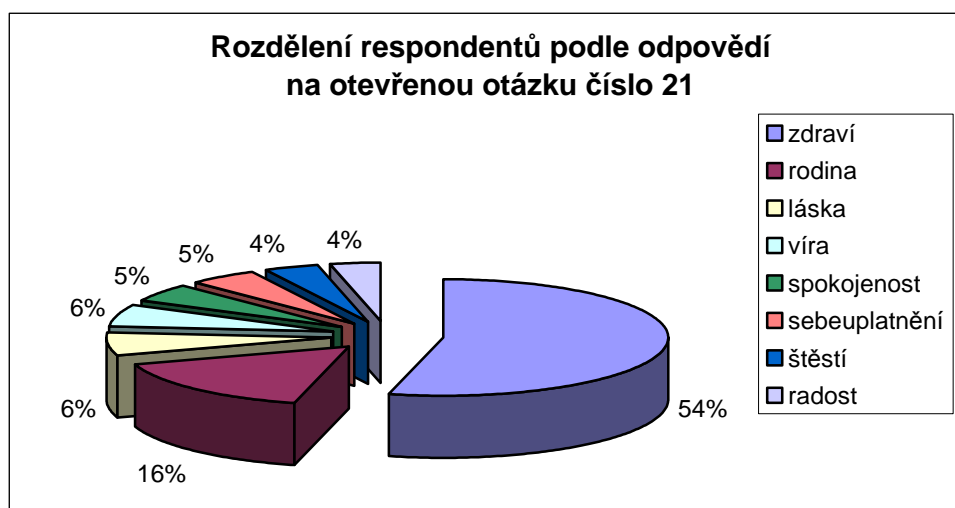
Komentář:

Nikdy během posledního měsíce nepocítilo beznaděj a zoufalství 20 respondentů (25 %). Zřídka zažilo pocit beznaděje a zoufalství 34 respondentů (42 %). Devět respondentů (11 %) pocity beznaděje a zoufalství často, 14 respondentů (18 %) velmi často. Stálé pocity beznaděje a zoufalství za poslední měsíc uvádí 3 respondenti (4 %).

Otázka č. 21

Co je pro Vás v životě nejdůležitější?

Do grafu č. 21 a tabulky č. 21 této otevřené otázky jsem zařadila odpovědi respondentů.



graf 21

odpovědi	počet odpovědí	odpovědi v procentech (zaokrouhleně)
zdraví	43	54
rodina	13	16
láska	5	6
víra	5	6
spokojenost	4	5
sebeuplatnění	4	5
šťěstí	3	4
radost	3	4

tabulka 21 – Rozdělení respondentů podle odpovědí na otevřenou otázku číslo 21

Komentář:

Nejvíce respondentů, čtyřicet tři (54 %), hodnotilo zdraví jako nejdůležitější věc v jejich životě. Třináct respondentů (16 %) zařadilo rodinu na první místo svého žebříčku hodnot. Po pěti respondentech (6 %) hodnotilo jako nejdůležitější lásku a víru, po čtyřech respondentech (5 %) spokojenost a sebeuplatnění a po třech respondentech (4 %) šťastí a radost.

Porovnávací tabulky

Tabulka č. 22 – Porovnání odpovědí na otázku č. 7 s pohlavím respondentů

		Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?											
		A		B		C		D		E		celkem	
pohlaví	velmi dobrá		dobrá		ne moc dobrá		špatná		velmi špatná				
		počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
muž	1	1	8	10	3	4	1	1	3	4	16	20	
žena	5	6	38	48	13	16	5	6	3	4	64	80	
celkem	6	7	46	58	16	20	6	7	6	8	80	100	

tabulka 22 (Údaje v procentech jsou zaokrouhleny.)

Komentář:

Pět žen (6 %) a jeden muž (1 %) hodnotili kvalitu svého života velmi dobře a naopak tři muži (4 %) a tři ženy (4 %) hodnotili kvalitu svého života velmi špatně. Jako dobrou hodnotilo kvalitu života osm mužů (10 %) a třicet osm žen (48 %) a jako špatnou jeden muž (1 %) a pět žen (6 %). Tři muži (4 %) a třináct žen (16 %) vidělo kvalitu svého života jako ne moc dobrou.

Tabulka č. 23 – Porovnání odpovědí na otázku č. 7 s věkem respondentů

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?													
		A		B		C		D		E			
věk	velmi dobrá		dobrá		ne moc dobrá		špatná		velmi špatná		celkem		
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	
18 - 29	2	3	3	4	1	1	1	1	0	0	7	9	
30 - 39	0	0	6	7	1	1	0	0	0	0	7	9	
40 - 49	3	4	13	16	3	4	3	4	1	1	23	29	
50 - 59	0	0	9	11	7	9	2	3	4	5	22	27	
60 a více	1	1	15	19	4	5	0	0	1	1	21	26	
celkem	6	8	46	57	16	20	6	8	6	7	80	100	

tabulka 23 (Údaje v procentech jsou zaokrouhleny.)

Komentář:

Kvalitu života velmi dobrou shledali dva respondenti (3 %) v nejmladší věkové kategorii, tři respondenti (4 %) v prostřední věkové kategorii a jeden respondent (1 %) v nejstarší věkové kategorii.

Tři respondenti (4 %) do třiceti let, šest respondentů (7 %) do čtyřiceti let, třináct respondentů (16 %) do padesáti let, devět respondentů (11 %) do šedesáti let a patnáct respondentů (19 %) nad šedesát let hodnotilo kvalitu života jako dobrou.

Po jednom respondentovi (1 %) ze dvou nejmladších věkových kategorií, tři respondenti (4 %) do padesáti let, sedm respondentů (9 %) do šedesáti let a čtyři respondenti (5 %) nad šedesát let popsalo kvalitu svého života jako ne moc dobrou.

Jeden respondent (1 %) v nejmladší věkové kategorii, tři respondenti (4 %) ve věku do padesáti let a dva respondenti (3 %) ve věku do šedesáti let vidělo kvalitu svého života jako špatnou.

Po jednom respondentovi (1 %) ze střední a nejstarší věkové kategorie a čtyři respondenti (5 %) ve věku 50 -59 let zhodnotilo kvalitu života jako velmi špatnou.

Tabulka č. 24 – Porovnání odpovědí na otázku č. 7 s délkou léčby respondentů

		Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?										
		A		B		C		D		E		celkem
délka léčby	velmi dobrá		dobrá		ne moc dobrá		špatná		velmi špatná			
		počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
0 - 4	4	5	10	12	0	0	1	1	2	3	17	21
5 - 9	0	0	11	14	3	4	4	5	0	0	18	23
10 a více	2	3	25	31	13	16	1	1	4	5	45	56
celkem	6	8	46	57	16	20	6	7	6	8	80	100

tabulka 24 (Údaje v procentech jsou zaokrouhleny.)

Komentář:

Jako velmi dobrou, popsali kvalitu svého života dva respondenti (3 %), kteří se léčí déle než deset let a čtyři respondenti (5 %), kteří se léčí méně než čtyři roky. Dobrou kvalitu života popsalo dvacet pět respondentů (31 %) léčících se déle jak deset let, jedenáct (14 %) léčících se 5 – 9 let a deset (12 %) léčících se méně než čtyři roky. Kvalitu života jako nemoc dobrou pocíťovalo třináct respondentů (16 %), kteří se léčí déle než deset let a tři respondenti (4 %), kteří se léčí 5 – 9 let. Špatnou kvalitu života popsal jeden respondent (1 %) s nejkratší i s nejdelší dobou léčby a čtyři respondenti (5 %), kteří se léčí 5 - 9 let. Čtyři respondenti (5 %), kteří se léčí déle než deset let a dva respondenti (3 %), kteří se léčí méně než čtyři roky, hodnotili kvalitu svého života velmi špatně.

6 Diskuse

V diskusi se mi nabízí prostor pro zodpovězení některých otázek, vysvětlení některých skutečností a porovnání jednotlivých výsledků.

První položka dotazníku – do výzkumu se zapojilo 80 respondentů, 64 žen a 16 mužů. Poměr žen k mužům je 4:1, což je dvakrát více než uvádí literatura (Höschl a kol, 2002, Honzák, 1999, Praško, 2003). Jelikož se jedná o výzkum trvající dva měsíce, může se jednat o jev ovlivněný náhodou, kdy právě v tomto čase přišlo na ambulanci právě o tolik více žen než mužů. Druhý faktor, který může tuto skutečnost ovlivnit je fakt, že ženy vyhledávají pomoc ve větším počtu než muži, kteří se snaží depresivní poruchu maskovat.

První hypotéza, která operovala s hodnotou 70 % zúčastněných žen byla ve výsledku překročena o 10 %. Počet zúčastněných žen z celkového počtu respondentů byl 80 %, mužů 20 %.

Věkové kategorie nad 40 let jsou zastoupeny poměrně shodně velkými skupinami. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byla skupina respondentů ve věku 40 – 49 let, tj. 29 %. Jen o jednoho respondenta méně početnější byla věková kategorie od 50-59 let, tj. 27 %, a stejně tak i věková kategorie nad 60 let, tj. 26 %. Stejně početnou skupinu představují věkové kategorie 18 – 29 a 30-39 let, po 9 %. Zajímavý je poměr skupiny nejstarší věkové skupiny s nejmladší. Počet odpovědí je vyjádřen poměrem 3:1. I z tohoto důvodu se možná popisují deprese ve starším věku, tedy k jejich vzniku přistupují i nemoci, ztráta partnera, odchod do důchodu, nezřídka i zhoršení ekonomické situace.

Ve třetí položce dotazníku jsem zjišťovala sociální postavení. Zarazilo mě, že největší míru tvoří invalidní důchodci, až 39 %. Zde vyvstává otázka, která by mohla být námětem dalšího výzkumu: do jaké míry zde deprese ovlivnila invaliditu a naopak jak invalidita vedla k následnému propuknutí deprese. Nezaměstnaní tvořili jen 3 % respondentů. Osobně jsem čekala více, protože si myslím, že nezaměstnanost se může podílet na rozvoji deprese. Dvě ženy, 3 %, uvedly, že jsou na mateřské dovolené. Tady mě napadá otázka, zda-li se již léčily s depresí před porodem nebo až v souvislosti s ním. Zaměstnaní tvoří 30 % z celkového počtu respondentů a 21 % respondentů jsou starobní důchodci. Janosikova (1999) uvádí zastoupení deprese nad 65 let až 50 %,

Honzák (1999) uvádí nedramatizující odhady u této populace, kolem 18 %. I náš výzkum vykazuje o něco větší procento než které uvádí Honzák.

Lidé, kteří žijí s rodinou, tvořili největší procentuální zastoupení respondentů, 77 %. Do této skupiny jsem zařadila i respondenty, kteří žijí jen s partnerem nebo s dětmi. Čekala jsem více respondentů žijících jinak, například na ubytovně nebo samotných. Tento předpoklad se mi ale nepotvrdil.

Skoro stejný počet respondentů uvádí délku léčby 0-4 a 5-9 let, 21 % respektive 23 %. Nejvíce respondentů, 56 %, tvoří skupinu léčících se deset a více let. V poměru k prvním dvěma skupinám, to je více než dvojnásobek. I z tohoto je zřejmé, že deprese je porucha, která vyžaduje dlouhodobou léčbu.

Otázka číslo šest mě překvapila nejvíce. Jen nepatrná část respondentů byla s bydlením nespokojená (2 %) a ne moc spokojená (11 %). Naproti tomu až 61 % respondentů je s bydlením spokojená a 23 % je velice spokojených. Očekávala jsem mnohem větší nespokojenost s bydlením, jak s finančního hlediska, tak z celkového sociálního postavení respondentů – většinu respondentů tvoří invalidní důchodci.

Spokojenost s kvalitou života jsem rozebrala i v porovnávacích tabulkách, protože se jedná o nosnou otázku mé práce. Vyjádřila jsem v nich kvalitu života vztahenou k pohlaví, věku a k délce léčby. Největší počet mužů a největší počet žen hodnotilo kvalitu života jako dobrou.

Největší počet respondentů ve věku 60 a více, 19 %, hodnotilo kvalitu života jako dobrou. Až 31 % respondentů (20 žen a 5 mužů), kteří se léčí deset a více let, hodnotilo kvalitu života jako dobrou. Velmi špatně, špatně a velmi dobře hodnotil kvalitu života stejný počet respondentů, celkem 23 %. Dalo by se říci, že s kvalitou života je spokojeno 65 respondentů %, což je velice překvapivý a příjemný výsledek.

Hypotéza, která operuje s hodnotou 40 % respondentů, kteří budou hodnotit kvalitu svého života jako špatnou, se nepotvrdila. Podle výzkumu se jedná pouze o 8%.

Spokojenost se svým zdravím vyjádřilo méně respondentů než spokojenost s kvalitou života. Velkou spokojenost a spokojenost vyjádřilo 38 % respondentů, kdežto u kvality života se jedná o 65 % respondentů. Zde se nabízí otázka, co si jednotliví lidé pod pojmem kvalita života představují.

Hypotéza číslo tři předpokládala, že se svým zdravím bude nespokojeno 75 % respondentů. Pokud sečteme všechny položky negativní škály – ne moc spokojený, nespokojený, velmi nespokojený – je se svým zdravím nespokojeno 62 % respondentů.

Otázku číslo devět jsem zařadila do dotazníku sama. Takto jsem chtěla alespoň z části zjistit, jestli jsou depresivní jedinci stigmatizováni svým nejbližším okolím. Žádné podceňování od svých nejbližších nezažilo 57 % respondentů, to je převážná většina. Zřídka zažívá podceňování 31 % respondentů, často zažívá podceňování 6 % respondentů, velmi často 5 % respondentů a stále je podceňován jeden respondent. Negativní zkušenost má celkem deset respondentů (12 %), což je potěšující.

Čtvrtá hypotéza se také nepotvrdila, protože vycházela z předpokladu, že podceňování ze strany nejbližších zažije více než polovina respondentů.

Otázku číslo deset jsem také vytvořila sama. 10 % respondentů se neumělo ke změně v životě vyjádřit, 9 % respondentům deprese nezměnila život a až 81 % respondentům deprese život změnila. V čem? Zde uvádím některé z odpovědí, postupně od nejpočetnějších: ve všem 23 %, 19 % ve snížení kvality života, 13 % v horším přístupu zaměstnavatele, 10 % v nutnosti užívat léky, 6 % ztratilo radost ze života, 4 % charakterizovalo změnu slovy „nejsem jako dřív“, po 2 % respondentech cítí osamocení a strach z budoucnosti, 2 % napsala „vážím si více každého dne“.

Předpoklad z hypotézy číslo pět, který operoval s hodnotou 60 % respondentů, kterým deprese změnil život převážně negativně, byl překročen o 21 %.

Čtyři procenta respondentů se vyjádřili, že se mohou soustředit velmi a 5 % respondentů se naopak nemůže soustředit vůbec. Málo se soustředí 31 % a 60 % respondentů se, podle svých slov, soustředí přiměřeně. Tady bych chtěla podotknout, že respondenti se nenacházejí ve stejné fázi depresivní poruchy a tudíž ne všichni musejí mít sníženou schopnost soustředění. Pokud jsou v remisi mohou se soustředit jako dřív.

Energii pro život vůbec nepocítuje 5 % respondentů, velmi málo 6 % a málo 33 %. Nejvíce respondentů, 56 %, má přiměřeně energie pro život, což je i pravděpodobné, protože je jedná o ambulantní pacienty, kteří jsou na tom již lépe než hospitalizovaní v akutní fázi nemoci.

Spokojenost se spánkem vyjádřilo 34 % respondentů, což je dostatečné množství. Ne moc spokojených bylo 30 % respondentů, nespokojených 16 %, velmi nespokojených 5 % a velmi spokojených 15 %. Tyto výsledky jsou potěšující. U deprese obecně jsou popisovány časté poruchy se spánkem.

Až 45 % respondentů je se sebou spokojeno. Jeden je velice spokojen, ne moc spokojených je 29 %, nespokojených 16 %, a velmi nespokojených 9 % respondentů. U deprese je časté i snížení sebehodnocení. Z toho lze usuzovat, že více než polovina respondentů je již pravděpodobně v remisi.

Spokojenost se svými osobními vztahy vyjadřuje 51 % respondentů, velmi spokojeno je 10 % - tj. dohromady 61 % respondentů. Ne moc spokojených bylo 21 %, nespokojených 13 % a velmi nespokojených 5 %, - tj. dohromady 39 % respondentů. Skoro dvě třetiny respondentů má oporu ve svých blízkých.

Oblast sexuálního života byla dlouho dobu opomíjena. I to je jeden z důvodů, proč jsem chtěla, aby tato otázka byla do dotazníku zařazena. Dala jsem respondentům na výběr, zda-li chtějí odpovědět. Z celkového počtu 80 respondentů, jich odpovědělo 55, více než polovina. Očekávala jsem menší četnost. Spokojenost se svým sexuálním životem uvedlo 19 % respondentů, velkou spokojenost 3 %, naopak velkou nespokojenost 14 %, nespokojených a ne moc spokojených bylo po 16 %. Pár respondentů dokonce slovně uvedlo, že sexuální život u nich skončil.

Podle hypotézy číslo šest, mělo být 80 % respondentů nespokojeno se svým sexuálním životem. Celkem 46 % respondentů vyjádřilo určitou míru nespokojenosti – ne moc spokojeno, nespokojeno a velmi nespokojeno. Hypotéza tedy nebyla z velké části naplněna.

Opora přátel je nesmírně důležitá. Pocit že se ode mě neodvrátili i když jsem psychicky nemocný je velmi povzbuzující. Výsledky této otázky jsou také velmi pozitivní. 55 % respondentů je spokojených s podporou svých přátel, 22 % je dokonce velmi spokojeno – tj. dohromady 77 %. Jen 5 % respondentů je spokojeno, 4 % velice nespokojeni a 14 % ne moc spokojených.

Tuto otázku jsem rozdělila na spokojenost se zaměstnáním a se studiem. Do kategorie spokojenost se zaměstnáním jsem navíc zařadila i 5 invalidních důchodců, kteří uvedli, že pracují na částečný úvazek. Velkou spokojenost pociťují 4 % zaměstnaných respondentů a jeden invalidní důchodce, spokojeno bylo 17 % respondentů a 4 % invalidních důchodců, ne moc spokojeni bylo 8 % zaměstnaných a jeden invalidní důchodce a nespokojený byl jeden zaměstnaný respondent. Velmi nespokojený nebyl nikdo. Se studiem byl jeden student spokojený a dva ne moc spokojeni.

Pro rozvíjení svých zájmů nemají vůbec žádnou příležitost 4 % respondenti, velmi mnoho příležitostí 11 %, přiměřeně 61 % respondentů a málo 24 % respondentů. U deprese je žádoucí, pokud je postižený schopen provozovat aktivity a neuzavírat se do sebe.

U další položky dotazníku bych zdůraznila, že tato otázka nepřímo nastínila míru depresivních potíží. Stále pociťují beznaděj a zoufalství 4 % respondentů, což

vypovídá o větší míře onemocnění u těchto respondentů. Velmi často 18 % , často 11 % - tj. dohromady 29 % , což je přibližně třetina respondentů. Zřídka pocítuje beznaděj 42 % respondentů a nikdy beznaděj nepocítilo 25 % respondentů. To je velice dobré zjištění, u těchto lidí je deprese již docela dobře zaléčena.

Hypotéza číslo sedm nastínila, že beznaděj a zoufalství bude často v posledním měsíci před výzkumem pocítovat 30 % respondentů. Tato hodnota hypotézy se potvrdila – velmi často a často zažilo pocit beznaděje a zoufalství 29 % respondentů.

Otevřenou otázku č. 21 jsem vytvořila s cílem zjistit, co je pro lidi trpící depresí v životě nejdůležitější. Na první místo zařadilo 54 % respondentů zdraví - člověk trpící nemocí si uvědomuje důležitost zdraví více než člověk, který nikdy neonemocněl. 16 % respondentů řadí na první místo rodinu, 6 % respondentů uvedlo lásku a víru, 5 % respondenti spokojenost a sebeuplatnění, 4 % respondenti štěstí a radost. Hodnoty lidí se nijak výrazně nemění na rozdíl od jiných lidí, ale výrazně zde do popředí vystupuje hodnota zdraví, což je v souvislosti s nemocí a utrpením přirozené.

Také osmá hypotéza, že převážná většina respondentů bude za nejdůležitější ve svém životě považovat zdraví a spokojenost, byla potvrzena. Tuto hodnotu zařadilo na první místo svého hodnotového žebříčku 54 % respondentů.

Na závěr diskuze bych zmínila výsledky jiných výzkumů, které se zabývali depresí a kvalitou života.

V roce 2006 proběhl na území ČR zajímavý výzkum, který sledoval výskyt deprese a kvalitu života u 122 seniorů, kteří žili v šesti domovech důchodců. Výzkum dospěl k těmto výsledkům: 11 % seniorů se v té době léčilo s depresivní poruchou, 34 % bylo bez známek deprese, u 40 % neléčených seniorů byla zjištěna mírná deprese a středně těžká deprese byla zjištěna u 15 % neléčených seniorů. Deprese u seniorů, kteří žijí v domovech důchodců je závažný problém, bylo zjištěno, že výskyt deprese ve starším věku nesouvisí s pohlavím ani s věkem. Deprese byla výrazně vyšší u bezdětných osob a u osob bez partnera. Osoby se středně těžkou a těžkou depresí dosahovaly nižší kvality života téměř ve všech zjišťovaných oblastech (Holmerová, Dragomerická, 2006).

ZÁVĚR

V této kapitole budou shrnuty nejdůležitější poznatky a výsledky z celé bakalářské práce a to prostřednictvím cílů, které jsem si stanovila na začátku práce.

Deprese je psychické onemocnění, které se řadí mezi afektivní poruchy. Začíná nejčastěji mezi 25 – 35 rokem života, ale může se objevit v kterémkoli věku, děti nevyjímaje. Ženy trpí depresí přibližně dvakrát častěji než muži, u maniodepresivní poruchy se rozdíl mezi pohlavím stírá. Současné klasifikace nerozlišují mezi endogenní a exogenní depresí, rozhodující je závažnost a délka trvání příznaků. Podle výzkumu Světové zdravotnické organizace onemocní depresí alespoň jednou v životě téměř dvacet procent lidí, 3-5 % populace jí trpí trvale.

Deprese provází lidstvo celou dobu, odnepaměti. Přístupy k této nemoci se měnily. Nejhorší byl v dobách středověku, kdy se neteční pacienti vystavovali žhavému železu, dávaly se jim čichat různé zápachy, do šatstva se nasazovali mravenci a jiný hmyz. Hippokrates nazýval nemoc projevující se smutnou náladou, melancholií. Pojem deprese byl poprvé použit až koncem 19. století mnichovským psychiatrem Kaepelinem.

Za možnou příčinu depresivní poruchy se v současnosti nepovažuje jeden spouštěč, ale celá řada na sebe působících faktorů. Kombinací těchto nepříznivých vlivů, dochází někdy k propuknutí deprese. Projevy depresivní poruchy ochromují člověka a brání mu v jeho každodenním fungování. Postihují jeho myšlení, citění, chování. Léčba deprese by měla vést k odvrácení suicidálního rizika a ke zkvalitnění života postižených jedinců. Největším rizikem deprese je sebevražda. Z možných dopadů této poruchy jsem dále uvedla stigmatizaci, se kterou se nemocní z důvodu psychiatrické diagnózy setkávají, dále v minulosti opomíjenou sexuální oblast a okrajově jsem se dotkla soudní psychiatrie, sociální izolace, chronicity a invalidity.

Ve čtvrtém cíli jsem zmínila holismus, který pohlíží na pacienta jako na součást společnosti. Zdůrazňuje dále individuální přístup k nemocným a zajištění jejich bio-psycho-sociálních potřeb. Zaměřila jsem se na komunikaci s depresivním pacientem a edukační činnost zdravotní sestry v souvislosti s rodinnými příslušníky také zasažené touto poruchou svého blízkého.

Kvalitu života definuji podle některých zdrojů, blíže rozebírám kvalitu života u nemocných a docházím k závěru, že nemoc zasahuje téměř všechny oblasti lidského života.

Šestý cíl se týkal celého výzkumu. Snažila jsem se zmapovat kvalitu života u vybraných dospělých jedinců, kteří se v současnosti ambulantně léčí s depresivní poruchou. Hodnotím poslední měsíc v dosavadním životě zúčastněných. Z výzkumu vyplývá, že deprese zasahuje téměř všechny oblasti lidského života a ne u všech vede ke snížení kvality života. Pokud je správně léčena není její dopad na život tak dramatický a devastující jako u neléčené deprese.

Doufám, že práce přinesla zajímavé poznatky o depresi a jejím dopadu na kvalitu života dospělých jedinců, které budou dále využívány ošetrovatelským personálem k zlepšení přístupu k lidem trpícím depresí a jejím blízkým. Jim je tato práce věnována.

ANOTACE

Autor:	Paulína Šragová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Deprese a její dopad na kvalitu života dospělých jedinců
Vedoucí práce:	Bc. Ivana Šlaisová
Počet stran:	99
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	deprese, ošetrovatelská péče, kvalita života, dopad deprese, depresivní jedinec

Bakalářská práce pojednává o depresi a jejím dopadu na kvalitu života dospělých jedinců. Rozebírá depresivní poruchu, její příčiny, léčbu a dopad. Zaměřuje se na ošetrovatelskou péči o depresivního pacienta. Rozebírá kvalitu života v obecné i specifické rovině. Těžiště práce tvoří dotazníkové průzkumné šetření kvality života dospělých jedinců. Zkoumaný vzorek tvoří dospělí ambulantní pacienti, léčící se s depresivní poruchou na Psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Bachelor's thesis discourse about depression and her incidence on quality of life of adult persons. Thesis analyse depression disorder, her reasons, treatment and incidence on life. Thesis alignment on care of patient with depression. Analyse quality of life in common and special level of this life. Decision point of this bachelor thesis is made with question-form and a research specialized on quality of life of adult persons. Corpus is made with ambulatory patients, which have been healing with depression disorder on Psychiatric clinic of Teaching hospital in Hradec Králové.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

Literatura

- ANDREASEN, N.C., BLACK, D.W. *Introductory Textbook of Psychiatry*. 3. vyd. Washington: American Psychiatric Publishing, 2000. 834s. ISBN 0-88048-946-4.
- BAŠTECKÁ, B. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 328s. ISBN 80-7178-550-4.
- BAUDIŠ, P. LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156s. ISBN 80-7262-104-1.
- BEER, D.M., PEREIRA, S.M., PATONN, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296s. ISBN 80-247-0363-7.
- BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 304s. ISBN 80-247-1136-2.
- HANUŠ, H. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 182s. ISBN 80-7184-382-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 272s. ISBN 80-7262-132-7.
- HONZÁK, R. *Deprese*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 111s. ISBN 80-85824-95-7.
- HÖSCHL, C. *Kde bydlí lidská duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 176s. ISBN: 80-7178-954-2.
- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002. 895s. ISBN 80-900130-1-5.
- JANOSIKOVÁ, E.H., DAVIESOVÁ, J.L. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1999. 551s. ISBN 80-8063-017-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat deprese*. 2. rozš. vyd. Praha: Grada, 2005. 176s. ISBN 80-247-0575-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198s. ISBN 80-247-0179-0.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.

- MEDERLY, P., TOPERCER, J., NOVÁČEK, P. *Indikátory kvality života a udržitelného rozvoje*. 1. vyd. Praha: UK FSV CESES, 2004. 117s. ISBN 80-239-4389-8.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha, Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, H. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 184s. ISBN 80-7178-809-0.
- RABOCH, J., DOUBEK, P., ZRZAVECKÁ, I. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 296s. ISBN 80-7262-162-9.
- RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176s. ISBN 80-7178-616-0.
- ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L. MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2004. 91s. ISBN 80-86 225-51-8.
- VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001s. ISBN 80-7345-058-5.
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 262s. ISBN 80-247-0253-3.

Periodika

- BERGSMA, J., ENGEL, G.L. Quality of life: does measurement help? *Health Policy*. Leuven University: Elsevier. ISSN: 0168-8510. 1988. roč. 10, s. 267-279.
- DRAGOMERICKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. *Psychiatrie*. Praha: Tigris. ISSN 1212-6845. 2006. roč. 10, č.3, s. 144-149.
- HOLMEROVÁ, I., DRAGOMERICKÁ, E. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. ISSN 1213-0508. 2006. roč. 7, č. 4, s. 182-184.

KRYL, M. Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. ISSN 1212-0383. 2006. roč. 102, č.5, s. 250-255.

Internetové zdroje

Deprese u starých lidí. *Medicína*. [online] 1999. [cit. 2006-11-21]. Dostupné na:

WWW<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1199/med1199_29.html>

World Health Organization. [cit. 2006-11-21]. Dostupné na:

WWW<http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/czech_whoqol.pdf>

SEZNAMY

Seznam grafů

GRAF 1 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE POHLAVÍ.....	46
GRAF 2 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE VĚKU.....	47
GRAF 3 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE POVOLÁNÍ	48
GRAF 4 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE ZPŮSOBU ŽIVOTA.....	49
GRAF 5 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE DÉLKY LÉČBY.....	50
GRAF 6 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI S BYDLENÍM.....	51
GRAF 7 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI S KVALITOU ŽIVOTA	52
GRAF 8 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SE ZDRAVÍM.....	53
GRAF 9 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE PODCEŇOVÁNÍ ZE STRANY NEJBLIŽŠÍCH	54
GRAF 10.A - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE VLIVU NEMOCI NA ŽIVOT	55
GRAF 10.B - ROZDĚLENÍ ODPOVĚDÍ RESPONDENTŮ NA OTEVŘENOU ČÁST OTÁZKY ČÍSLO 10.....	56
GRAF 11 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SCHOPNOSTI SOUSTŘEDIT SE	57
GRAF 12 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE MÍRY ENERGIE PRO ŽIVOT.....	58
GRAF 13 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SE SPÁNKEM	59
GRAF 14 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SAMÝCH SE SEBOU.....	60
GRAF 15 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI S OSOBNÍMI VZTAHY.....	61
GRAF 16.A - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE ZODPOVĚZENÍ OTÁZKY ČÍSLO 16	62
GRAF 16.B - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SE SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM.....	62
GRAF 17 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI S PODPOROU OKOLÍ	64
GRAF 18.A - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE ZODPOVĚZENÍ OTÁZKY ČÍSLO 18	65
GRAF 18.B - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SE ZAMĚSTNÁNÍM/STUDIEM.....	65
GRAF 19 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE PŘÍLEŽITOSTI K ROZVÍJENÍ ZÁJMŮ	67
GRAF 20 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE POCITŮ BEZNADĚJE V POSLEDNÍM MĚSÍCI... 68	
GRAF 21 - ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE ODPOVĚDÍ NA OTEVŘENOU OTÁZKU ČÍSLO 21.....	69

Seznam tabulek

TABULKA 1- ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE POHLAVÍ.....	46
TABULKA 2 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE VĚKU	47
TABULKA 3 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE POVOLÁNÍ.....	48
TABULKA 4 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE ZPŮSOBU ŽIVOTA	49
TABULKA 5 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE DÉLKY LÉČBY	50
TABULKA 6 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI S BYDLENÍM	51
TABULKA 7 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI S KVALITOU ŽIVOTA.....	52
TABULKA 8 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SE ZDRAVÍM	53
TABULKA 9 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE PODCEŇOVÁNÍ ZE STRANY NEJBLIŽŠÍCH	54
TABULKA 10.A – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE VLIVU NEMOCI NA ŽIVOT	55
TABULKA 10.B - ROZDĚLENÍ ODPOVĚDÍ RESPONDENTŮ NA OTEVŘENOU ČÁST OTÁZKY ČÍSLO 10.....	56
TABULKA 11 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SCHOPNOSTI SOUSTŘEDIT SE.....	57
TABULKA 12 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE MÍRY ENERGIE PRO ŽIVOT	58
TABULKA 13 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SE SPÁNKEM.....	59
TABULKA 14 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SAMÝCH SE SEBOU	60
TABULKA 15 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI S OSOBNÍMI VZTAHY ...	61
TABULKA 16 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SE SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM	63
TABULKA 17 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI S PODPOROU OKOLÍ.....	64
TABULKA 18 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE SPOKOJENOSTI SE ZAMĚSTNÁNÍM/STUDIEM.....	66
TABULKA 19 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE PŘÍLEŽITOSTI K ROZVÍJENÍ ZÁJMŮ.....	67
TABULKA 20 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE POCITŮ BEZNADĚJE V POSLEDNÍM MĚSÍCI.....	68
TABULKA 21 – ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ PODLE ODPOVĚDÍ NA OTEVŘENOU OTÁZKU ČÍSLO 21	69
TABULKA 22 - POROVNÁNÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU Č. 7 S POHLAVÍM RESPONDENTŮ.....	70
TABULKA 23 - POROVNÁNÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU Č. 7 S VĚKEM RESPONDENTŮ	71
TABULKA 24 - POROVNÁNÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU Č. 7 S DÉLKOU LÉČBY RESPONDENTŮ	72

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK.....	87
PŘÍLOHA 2 – PÖLDINGERŮV DOTAZNÍK.....	91
PŘÍLOHA 3 – GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE.....	92
PŘÍLOHA 4 – STANDARTNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP O PACIENTA S RIZIKEM SUICIDA.....	93
PŘÍLOHA 5 – STANDARTNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP O PACIENTA PŘI ELEKTROKONVULZNÍ TERAPII (ECT).....	95
PŘÍLOHA 6 – STANDARTNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP O PACIENTA PŘI FOTOTERAPII.....	97

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Dotazník

Vážený pane, vážená paní!

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Studuji 4. ročník bakalářského programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Dotazník je anonymní a jeho výsledky použiji pro svoji závěrečnou bakalářskou práci, ve které se zabývám depresí a jejím dopadem na kvalitu života. Cílem dotazníku je zmapovat kvalitu Vašeho života během posledního měsíce. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Paulína Šragová

Poznámka k vyplnění dotazníku:

Odpovězte na každou otázku tím, že označíte pouze jednu z nabídnutých možností. Otázka, kde není žádná možnost, Vám nabízí vyjádřit se vlastními slovy.

A. Všeobecná část:

1. Pohlaví: a) žena
 b) muž

2. Věk: a) 18 – 29 let
 b) 30 – 39 let
 c) 40 – 49 let
 d) 50 – 59 let
 e) 60 a více let

3. Jste: a) student/ka
 b) zaměstnán/a
 c) nezaměstnán/a
 d) na mateřské dovolené
 e) invalidní důchodce
 f) starobní důchodce

4. Žijete: a) sám
 b) s rodinou (partner, děti)
 c) s rodiči
 d) jiné (prosím popište).....

5. Jak dlouho se léčíte s depresí? a) 0-4 roky
 b) 5-9 let
 c) 10 a více let

6. Jak jste spokojený/á se svým bydlením?
- a) velmi spokojený/á
 - b) spokojený/á
 - c) ne moc spokojený/á
 - d) nespokojený/á
 - e) velmi nespokojený/á

B. Část zaměřená na kvalitu života:

7. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?
- a) velmi dobrá
 - b) dobrá
 - c) ne moc dobrá
 - d) špatná
 - e) velmi špatná

8. Jak jste spokojený/á se svým zdravím?
- a) velmi spokojený/á
 - b) spokojený/á
 - c) ne moc spokojený/á
 - d) nespokojený/á
 - e) velmi nespokojený/á

9. Jak často jste zažil/a ze strany svých nejbližších podceňování kvůli kontaktu s psychiatry?
- a) nikdy
 - b) zřídka
 - c) často
 - d) velmi často
 - e) stále

10. Myslíte, že deprese v něčem změnila Váš život?
- a) ano v čem?.....
 - b) ne
 - c) neumím se vyjádřit

11. Jak dobře jste schopen/a se soustředit?
- a) velmi
 - b) přiměřeně
 - c) málo
 - d) vůbec ne

12. Máte dostatek energie pro běžný život?
- a) velmi
 - b) přiměřeně
 - c) málo
 - d) vůbec ne
13. Jak jste spokojený/á se svým spánkem?
- a) velmi spokojená/ý
 - b) spokojený/á
 - c) ne moc spokojený/á
 - d) nespokojený/á
 - e) velmi nespokojený/á
14. Jak jste spokojený/á sám se sebou?
- a) velmi spokojený/á
 - b) spokojený/á
 - c) ne moc spokojený/á
 - d) nespokojený/á
 - e) velmi nespokojený/á
15. Jak jste spokojený/á se svými osobními vztahy?
- a) velmi spokojený/á
 - b) spokojený/á
 - c) ne moc spokojený/á
 - d) nespokojený/á
 - e) velmi nespokojený/á
16. Jak jste spokojený/á se svým sexuálním životem?
- *Odpovězte, jen pokud chcete.
- a) velmi spokojený/á
 - b) spokojený/á
 - c) ne moc spokojený/á
 - d) nespokojený/á
 - e) velmi nespokojený/á
17. Jak jste spokojený/á s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?
- a) velmi spokojený/á
 - b) spokojený/á
 - c) ne moc spokojený/á
 - d) nespokojený/á
 - e) velmi nespokojený/á

18. Jak jste spokojený/á se svým zaměstnáním/studiem?

*Odpovězte, jen pokud pracujete/studujete.

- a) velmi spokojený/á
- b) spokojený/á
- c) ne moc spokojený/á
- d) nespokojený/á
- e) velmi nespokojený/á

19. Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

- a) velmi
- b) přiměřeně
- c) málo
- d) vůbec ne

20. Jak často jste během posledního měsíce pociťoval/a beznaděj, zoufalství?

- a) nikdy
- b) zřídka
- c) často
- d) velmi často
- e) stále

21. Co je pro Vás v životě nejdůležitější?

.....
.....
.....

Pokud chcete ještě něco dodat, můžete:

.....
.....
.....
.....
.....

Příloha 2 – Pöldingerův dotazník

1. Přemýšlel jste v současné době o možnosti sebevraždy?	ANO	NE
2. Přemýšlel jste o této možnosti často?	ANO	NE
3. Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete? Vnucují se vám takové myšlenky samy?	ANO	NE
4. Už jste uvažoval o způsobu sebevraždy?	ANO	NE
5. Udělal jste už nějaké přípravy k sebevraždě?	ANO	NE
6. Mluvil jste s někým o svých sebevražedných úmyslech?	ANO	NE
7. Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu?	ANO	NE
8. Spáchal někdo z vašich příbuzných nebo přátel sebevraždu?	ANO	NE
9. Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná?	ANO	NE
10. Dělá vám potíže myslet na něco jiného než na vaše současné problémy?	ANO	NE
11. Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli?	ANO	NE
12. Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo ve vašem zaměstnání? Baví vás vaše koníčky?	ANO	NE
13. Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl pohovořit o vašich problémech?	ANO	NE
14. Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)?	ANO	NE
15. Máte pocit výrazné zodpovědnosti k rodině, zaměstnání?	ANO	NE
16. Myslíte si, že jste v zásadě věřící člověk?	ANO	NE

Čím více otázek 1 – 11 je zodpovězeno ANO a čím více otázek 12 – 16 zodpovězeno NE, tím vyšší je suicidální riziko.

Příloha 3 – Geriatrická škála deprese

U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v poslední době cítil(a):

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1. Jste se svým životem v zásadě spokojen(a)? | ANO | NE |
| 2. Zanechal(a) jste mnoha svých činností a zájmů? | ANO | NE |
| 3. Máte pocit, že váš život je prázdný? | ANO | NE |
| 4. Nudíte se často? | ANO | NE |
| 5. Doufáte ve svou lepší budoucnost? | ANO | NE |
| 6. Trápí vás myšlenky, kterých se nemůžete zbavit? | ANO | NE |
| 7. Jste většinou v dobré náladě? | ANO | NE |
| 8. Bojíte se, že se vám přihodí něco zlého? | ANO | NE |
| 9. Cítíte se většinou šťastný/šťastná? | ANO | NE |
| 10. Cítíte se často bezmocný/bezmocná? | ANO | NE |
| 11. Cítíte se často neklidný(á) a nervózní? | ANO | NE |
| 12. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/vyšla ven a dělal(a) něco nového? | ANO | NE |
| 13. Děláte si starosti se svou budoucností? | ANO | NE |
| 14. Máte pocit, že v poslední době máte více problémů s pamětí než ostatní? | ANO | NE |
| 15. Máte dojem, že je pěkné žít v této době? | ANO | NE |
| 16. Cítíte se často sklesle a bez naděje? | ANO | NE |
| 17. Cítíte se v současnosti bezcenný(á)? | ANO | NE |
| 18. Trápí vás hodně vaše minulost? | ANO | NE |
| 19. Připadá vám život zajímavý? | ANO | NE |
| 20. Je pro vás namáhavé začít něco nového? | ANO | NE |
| 21. Cítíte se plný/plná energie? | ANO | NE |
| 22. Máte dojem, že vaše situace je beznadějná? | ANO | NE |
| 23. Máte dojem, že většině lidí se vede lépe než vám? | ANO | NE |
| 24. Rozčilují vás maličkosti? | ANO | NE |
| 25. Je vám často do pláče? | ANO | NE |
| 26. Máte potíže se soustředěním? | ANO | NE |
| 27. Vstáváte ráno rád(a)? | ANO | NE |
| 28. Vyhýbáte se raději společnosti? | ANO | NE |
| 29. Rozhodujete se snadno? | ANO | NE |
| 30. Je vaše mysl jasná jako dřív? | ANO | NE |

Reverzně se hodnotí otázky: 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30.

Příloha 4 – Standardní ošetřovatelský postup o pacienta s rizikem suicida



FAKULTNÍ NEMOCNICE Hradec Králové

Standardní ošetřovatelský postup

Ošetřovatelská péče o pacienta s rizikem suicidia

Název útvaru a číslo NS, kde byl SOP vypracován: psychiatrická klinika, 1620

Připomínkové řízení do: 31.1. 2004, 31.1.2005, 30.9.2006

Průběh schvalování standardního pracovního postupu: připomínky zapracovány

Odborný garant: lékař z oboru psychiatrie

Schválil: hlavní sestra, Rada kvality pro ošetřovatelskou péči Datum: únor 2004

Ověřil: psychiatrická klinika, všeobecná sestra Ivana Horáčková Datum: leden 2004

Kontaktní osoba: vrchní sestra psychiatrické kliniky

Za dodržení zodpovídá: vrchní sestra, staniční sestra, úseková sestra

Nabývá účinnosti dne: 1.3. 2004, 1.3. 2005, 1.1.2006, 1.1.2007

Držitel dokumentu: Útvar hlavní sestry, pod pořadovým číslem: K/1

Definice SOP:

Ošetřovatelská péče o pacienta s rizikem suicidia patří mezi specializované ošetřovatelské činnosti. Správná péče o pacienta je nejdůležitější intervencí v prevenci jeho vědomého a úmyslného ukončení života.

Pojmy, abstrakty:

Suicidium = úmyslné a vědomé usmrcení sama sebe

Cíl:

- ochrana pacienta před poškozením do období převzetí vlastní zodpovědnosti za svoje zdraví
- dobrá komunikace a pochopení dané situace
- informovaný, uklidněný, spolupracující pacient
- postupné zapojování pacienta do režimové terapie

Kompetence: všeobecná sestra nebo porodní asistentka bez odborného dohledu
všeobecná sestra nebo porodní asistentka s odborným dohledem
zdravotnický asistent pod odborným dohledem

Pomůcky:

- bezpečné prostředí zajištěné dohledem na pacienta prostřednictvím sestry

Postup:

- ujisti pacienta, že je v bezpečí
- odstraň z jeho dosahu všechny předměty ohrožující jeho život
- kontroluj pacienta dle ordinace lékaře
- věnuj mu zvýšenou pozornost
- ochotně mu naslouchej
- zajisti přítomnost zdravotnického pracovníka, popřípadě kameru u pacienta

- dopomoz pacientovi die jeho stava pečovat o základní potřeby
- pomoz mu v situacích, které vyžadují jeho rozhodování
- plánuj přiměřenou, krátkodobou aktivitu činnostmi zvyšující pocit užitečnosti a smyslu života
- veď záznamy v dokumentaci
- o všech komplikacích neprodleně informuj lékaře

Komplikace:

- suicidiální jednání pacienta
- suicidium

Zvláštní upozornění:

- zajisti vždy přítomnost dalšího zdravotníka u pacienta, zhorší-li se pacientův zdravotní stav
- neváhej přivolat pomoc prostřednictvím signalizačního zařízení (alarmu)

Použitá literatura:

3. Adams, B., Harold, C., E.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha, Grada Publishing 1999, ISBN 80-7169-893-8
2. Horký K.: *Lékařské repetitorium*. Praha, Galén 2003, ISBN 80-7262-241-2
- Janosiková, E.H., Daviesová, J.,L.: *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost*. Martin, Osveta 1999, ISBN 80-8065-017-8
3. Radimský, M. a kolektiv: *Psychiatrie I*. Brno, IDVPZ, 1993, ISBN 80-7013-151-9

Zpracovatelé:

Bc. Ivana Šlaisová, Doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.

Příloha 5 – Standardní ošetřovatelský postup o pacienta při elektrokonvulzní terapii (ECT)



FAKULTNÍ NEMOCNICE Hradec Králové

Standardní ošetřovatelský postup

Ošetřovatelská péče o pacienta při elektrokonvulzní terapii (EKT)

Název útvaru a číslo NS, kde byl SOP vypracován: psychiatrická klinika, 1620
Připomínkové řízení do: 31. 12. 2003, 31.12. 2004, 30.9.2006
Průběh schvalování standardního pracovního postupu: připomínky zapracovány
Odborný garant: lékař z oboru psychiatrie
Schválil: hlavní sestra, Rada Kvality pro ošetřovatelskou péči Datum: únor 2004
Ověřil: psychiatrická klinika, všeobecná sestra Ivana Horáčková Datum: prosinec 2003
Kontaktní osoba: vrchní sestra psychiatrické kliniky
Za dodržení zodpovídá: vrchní sestra, staniční sestra
Nabývá účinnosti dne: 1. 3. 2004, 1.3. 2005, 1.1.2006, 1.1.2007
Držitel dokumentu: Útvar hlavní sestry, pod pořadovým číslem K/3

Definice SOP:

Ošetřovatelská péče o pacienta během EKT patří mezi specializované ošetřovatelské činnosti. Správné poučení a správná příprava pacienta je důležitou intervencí pro úspěšné provedení EKT.

Správná péče o pacienta během vlastní EKT i po jejím ukončení pozitivně ovlivňuje léčebný efekt EKT.

Ošetřovatelská péče během EKT je důležitou intervencí v prevenci možných komplikací a v zajištění pohody u pacienta.

Pojmy, abstrakty:

- EKT – elektrokonvulzní terapie
- Elektrokonvulzní terapie (dále EKT) je nefarmakologická biologická léčebná metoda. Průchod střídavého nebo modulovaného stejnosměrného proudu o napětí 80 – 120 V po dobu 0,1 – 1,3 sekundy mozkiem z bitemporálně (nebo unilaterálně) přiložených elektrod má po zákroku rychle nastupující, masivní antidepresivní a antipsychotické účinky. Za účelem minimalizace tonicko-klonických křečí příčně pruho vaného svalstva se výkon provádí v krátkodobé celkové anestézii, s použitím periferních svalových relaxancií (kurarimimetik) při řízeném dýchání, za účasti anesteziologa. Série EKT (= 6 – 12 aplikací) je aplikována lékařem zpravidla 2 – 3x týdně.

Cíl:

- informovaný, uklidněný, spolupracující pacient
- zajištění pacientovy bezpečnosti
- obnovení pohody u pacienta
- postupné zapojení do režimové terapie
- obnovení schopnosti plnit životní role

Kompetence: všeobecná sestra nebo porodní asistentka bez odborného dohledu
všeobecná sestra nebo porodní asistentka s odborným dohledem
zdravotnický asistent pod odborným dohledem

Pomůcky:

elektrokonvulzní přístroj
defibrilátor
odsávací přístroj
oxymetr
kyslíková láhev
ruční dýchací přístroj
laryngoskop
endotracheální kanyla
ústní vzduchovod
roubík do úst
EEG gel, lihobenzin
tonometr, fonendoskop, neurologické kladívko
léky a pomůcky k aplikaci anestezie dle ordinace lékaře
dokumentace pacienta

Postup:

a) Povinnosti před výkonem:

- zajisti vyšetření pacienta dle ordinace lékaře
- zajisti k výkonu anesteziologa
- seznam pacienta s výkonem v rámci svých kompetencí
- pomoz mu získat pocit jistoty a bezpečí
- pouč pacienta v předvečer výkonu, aby od půlnoci nejedl, nepil, nekouřil
- dohlédni před výkonem na jeho hygienu a vyprázdnění
- zajisti, aby si odložil umělý chrup, kontaktní čočky a kovové předměty (zajisti jejich bezpečné uložení)
- připrav, zapoj a zkontroluj přístroj k EKT, ostatní přístroje a pomůcky k výkonu

b) Povinnosti při vlastním výkonu:

- pomoz pacientovi zaujmout polohu na zádech tak, aby se nedotýkal kovových částí lůžka
- buď s ním stále ve slovním kontaktu za účelem zmírnění strachu
- přilož na hrud' pacienta elektrody EKG dle příslušného SOP
- připevni na prst pacienta čidlo oxymetru
- oťri pacientovi spánkové oblasti lihobenzinem
- obsluhuj elektrokonvulzní přístroj, EKG a oxymetr dle pokynů lékaře
- zajisti přidržení pacienta během aplikace EKT v oblasti ramen a dolních končetin pro případ, že se vyskytnou konvulze

c) Povinnosti po výkonu:

- očisti pacientovi spánkovou oblast
- odpoj oxymetr a EKG přístroj, EEG elektrody dle pokynu lékaře
- ulož nemocného po výkonu do zotavovací polohy
- sleduj po ukončení EKT stav vědomí, TK, P dle ordinace lékaře a ved' zápis v ošetrovatelské dokumentaci
- proved' nebo zajisti úklid pomůcek podle hygienicko-epidemiologického režimu oddělení
- zajisti pacientovi klidný spánek po výkonu (cca 3 hodiny)
- zjisti, jak se pacient po probuzení a po výkonu cítí
- proved' zápis v dokumentaci

- zajisti pacientovi po výkonu pomoc v sebepěči
- začleň pacienta do kolektivu ostatních pacientů
- o všech komplikacích neprodleně informuj lékaře

Komplikace:

- nespolupráce pacienta
- přechodné poruchy paměti
- cefalgie
- anafylaktická reakce
- selhání základních životních funkcí
- neprovedení výkonu (z technických důvodů)

Zvláštní upozornění:

- celkové poučení, vysvětlení důvodů EKT a získání informovaného souhlasu nemocného provede před zahájením léčby lékař
- kompetentní osoby musí být prokazatelně seznámeny s obsluhou přístroje dle návodu uloženým trvale u přístroje
- o kontrolách a údržbě je vedena dokumentace a je trvale uložena u přístroje

Použitá literatura:

1. Hóschl, C. a kolektiv: *Psychiatrie*. Praha, SCIETIA MEDICA 1997, ISBN 80-85526-64-6
2. Hóschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: *Psychiatrie*. Praha, TIGIS 2002, ISBN 80-900130-1-5
3. Hrdlička M.: *Elektrokonvulzivní terapie*. Praha, Galén 1999, ISBN 80-7262-004-5
4. Janosiková, E., H., Daviesová, J.L.: *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost*. Martin, Osveta 1999, ISBN 80-8063-017-8
5. Radimský, M. a kolektiv autorů: *Psychiatrie II*. Brno, IDYPZ 2001, ISBN 80-7013-350-3
6. Směrnice ředitele č. III/29. Používání zdravotnických prostředků při poskytování zdravotní péče. Fakultní nemocnice Hradec Králové. 1.7.2002

Zpracovatelé: Bc. Ivana Šlaisová, Doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.

Příloha 6 – Standardní ošetrovatelský postup o pacienta při fototerapii



FAKULTNÍ NEMOCNICE Hradec Králové

Standardní ošetrovatelský postup

Ošetrovatelská péče o pacienta při fototerapii

Název útvaru a číslo NS, kde byl SOP vypracován: psychiatrická klinika, 1620

Připomínkové řízení do: 31.12. 2003, 31.12.2004

Průběh schvalování standardního ošetrovatelského postupu: připomínky zapracovány

Odborný garant: lékař z oboru psychiatrie

Schválil: hlavní sestra, Rada kvality pro ošetrovatelskou péči Datum: únor 2004

Ověřil: psychiatrická klinika staniční sestra Dana Bludská Datum: prosinec 2003

Kontaktní osoba. vrchní sestra psychiatrické kliniky

Za dodržení zodpovídá: vrchní sestra, staniční sestra, úseková sestra

Nabývá účinnosti dne: 1.3. 2004, 1.3.2005, 1.1.2006, 1.1.2007

Držitel dokumentu: Útvar hlavní sestry, pod pořadovým číslem: K/8

Definice SOP:

Ošetrovatelská péče o pacienta během fototerapie patří mezi základní ošetrovatelské činnosti. Správné poučení, správná příprava pacienta a trvalá spolupráce během fototerapie pozitivně ovlivňují průběh této léčebné metody.

Pojmy, abstrakty:

Fototerapie je terapeutický přístup pro léčbu depresivních stavů. Je léčebnou metodou volby u specifické podskupiny nemocných s afektivními poruchami (se sezónní afektivní poruchou nebo zimní depresí). Spočívá v aplikaci jasného intenzivního světla v časných ranních hodinách. Aplikuje se v několika sezeních (4-10), ve stejnou dobu po dobu půl až dvě hodiny (podle intenzity světla). Mechanismem účinku je harmonizace biologických rytmů hormonů (melatonin).

Cíl:

- informovaný, uklidněný, spolupracující pacient
- zajištění bezpečného a pohodlného prostředí
- obnovení pohody pacienta

Kompetence: všeobecná sestra nebo porodní asistentka bez odborného dohledu
všeobecná sestra nebo porodní asistentka s odborným dohledem
zdravotnický asistent pod odborným dohledem

Pomůcky:

- samostatný, klidný pokoj
- světelný panel
- pohodlné křeslo

Postup:

a) Povinnosti před fototerapií

- zajisti vyšetření pacienta dle ordinace lékaře

- podej pacientovi informace o léčbě a možných nežádoucích účincích dle svých kompetencí

b) Povinnosti při vlastní fototerapii

- posad' pacienta do křesla před světelný panel ve vzdálenosti 60 – 90 cm
- zapni světelný panel
- aplikuj světlo tak, aby přímo dopadalo na obličej pacienta
- sděl pacientovi, aby krátce pohlédl do světla vždy ve 2minutových intervalech
- požádej pacienta o sdělení jakýchkoliv nežádoucích pocitů během terapie a informuj o nich lékaře
- kontroluj psychický a somatický stav pacienta (pozorováním, cíleným dotazem)

c) Povinnosti po skončení fototerapie (po ukončení každého sezení)

- vypni světelný panel
- proved' zápis o proběhlé fototerapii do dokumentace

Komplikace:

- předčasné ukončení sezení fototerapie z důvodu subjektivní pacientovy nepohody
- cefalea, únava očí, zánět spojivek

Zvláštní upozornění:

- kompetentní osoby musí být prokazatelně seznámeny s obsluhou přístroje dle návodu uloženým trvale u přístroje
- o kontrolách a revizi přístroje je vedena dokumentace a je uložena trvale u přístroje

Použitá literatura:

1. Hóschl, C. a kolektiv: *Psychiatrie*. Praha, CSIENTA MEDICA 1997, ISBN 80-85526-64-6
2. Hóschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: *Psychiatrie*. Praha, TIGIS 2002, ISBN 80-900130-1-5
3. Směrnice ředitele č. III/29. Používání zdravotnických prostředků při poskytování zdravotní péče. Fakultní nemocnice Hradec Králové. 1.7.2002

Zpracovatelé: Bc Ivana Šlaisová, Doc. MUDr. Ladislav Hosák Ph.D.