

Univerzita Karlova v Praze 2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor Ošetrovatelství

obor Všeobecná sestra

Deprese – problematika onemocnění a informovanost sester

Bakalářská práce

Vypracovala: Jana Dejčmarová

Vedoucí absolventské práce: Mgr. Ivana Voleníková

2007/2008

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně UK 2.LF.

V Praze dne.....

Jana Dejčmarová

Tímto bych chtěla poděkovat paní MUDr. Munduchové, která se podílela na zpracování této práce a umožnila mi praxi v její soukromé ordinaci. Můj dík patří také vedoucí práce Mgr. Ivaně Voleníkové.

Resumé

Bakalářská práce se zabývá problematikou depresivního onemocnění a informovanosti zdravotních sester o něm.

Teoretická část shrnuje dosavadní poznatky o tomto onemocnění. Vysvětlit podstatu, příčiny, příznaky, léčbu onemocnění a přístup sester k takto nemocným lidem a jejich rodinám.

Údaje z průzkumné studie byly získány formou anonymního dotazníku, který jsem zpracovala a vyhodnotila v programu Microsoft Excel. Otázky byly zaměřeny na znalost onemocnění, na ohrožující faktory, které působí na sestry, také na jejich sebereflexi. Získaná data byla znázorněna formou grafů a tabulek. Této studii se zúčastnilo 80 sester.

V práci shrnuji i návrhy na zlepšení informovanosti zdravotních sester.

Summary

My bachelor work deals with the issue of depressive affection and nurses awareness about it.

The teoretical part concludes up present theories about this illness. It also explains its point, cause, symptoms and cure for this affection and an approach of nurses to the patients and their families.

Datas from the exploratory study were obtained from a anonymous questionnaire, which I executed and analysed in Microsoft Excel. The questions were focused on the knowledge of the affection, endangering factors which pose a threat to nurses and also on their selfreflection. Acquired datas are represented in graphs and tables. 80 nurses took part in this study.

In my work I also conclude improvement suggestions for improving nurses awareness.

1 ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Problematika depresivního onemocnění a informovanost sester“ jsem si vybrala, protože jsem se setkala s psychiatrickým onemocněním v rodině a také jsem měla možnost vyzkoušet si práci sestry v psychiatrické ambulanci a na psychiatrické klinice.

Deprese je psychické onemocnění, které zasahuje do všech stránek lidského života. Mění způsob myšlení, náladu, ale ovlivňuje i tělesný stav, znemožňuje nemocnému vést normální a plnohodnotný život. Deprese není známkou slabé vůle, vady charakteru nebo osobní slabosti. Je to nemoc, která se dá léčit. U většiny lidí není depresivní onemocnění nikdy diagnostikováno. Může přetrvávat týdny, měsíce i roky. Léčebné metody se stále zdokonalují a výrazně zlepšují kvalitu života těchto jedinců.

Práce by měla přispět ke zlepšení informovanosti zdravotních sester, které se častěji než lékař dostávají do kontaktu s nemocným člověkem. Sestry mohou mít důležitou roli při rozpoznávání a léčbě depresivního onemocnění. Existuje řada odborných knih, ty jsou však převážně určeny lékařům. Ošetrovatelská péče má svá specifika a ta si zaslouží více informací orientovaných přímo zdravotním sestram.

Práce je rozdělena do dvou částí. První část, čistě teoretická, shrnuje dosavadní poznatky o depresivním onemocnění. Vycházím zde z odborné literatury, článků, přednášek v internetové podobě a konferencí, které poskytují nejnovější poznatky. Druhá, navazující část vychází ze získaných dat zpracovaných empirickou metodou, jejich vyhodnocením a zpracováním.

2 CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je v teoretické části popsat depresivní onemocnění, jeho vznik, vývoj, dále zmínit terapeutické možnosti a ošetřovatelský přístup.

Druhým cílem je vytvořit dotazník, zpracovat a zaznamenat údaje průzkumné studie o informovanosti sester. Stanovím si hypotézy a jejich testováním se budu snažit ověřit nebo vyvrátit svá původní stanoviska.

Dalším cílem je zjistit, zda je nutné rozšířit znalosti zdravotníků sester o depresivním onemocnění, popřípadě navrhnout řešení tohoto problému. A pokud to bude možné, uvést další možnosti průzkumu nebo jiného zaměření v této oblasti.

3 PROBLEMATIKA DEPRESIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

V teoretické části se věnuji depresivnímu onemocnění, roli sestry v ošetrovatelské péči o tyto pacienty a edukaci rodiny.

3.1 Charakteristika onemocnění

Deprese je psychické onemocnění, patří mezi afektivní poruchy. Nemoc člověka značně omezuje a narušuje všechny stránky lidského života. I přes zvyšující se osvětu zůstane často depresivní onemocnění nepoznáno nebo je neadekvátně léčeno. To směřuje k přetrvávání příznaků, snížené kvalitě života, k pracovním neschopnostem a vyššímu riziku sebevražděných sklonů. Následně pak i ke zvýšení nákladů na léčbu.

3.2 Epidemiologie

Depresivní onemocnění se dnes vyskytuje velmi často. Výskyt znázorňuje tabulka 1. Nemoc může postihnout kohokoli. Objevuje se v běžné populaci, v ordinaci praktického lékaře i u hospitalizovaných nemocných. Výskyt deprese stoupá v rodinách s každou další generací, snižuje se i věk nástupu a přibývá těžších stádií depresivního onemocnění. (28)

Tabulka 1 – Výskyt depresivního onemocnění (28)

Prepubertální děti	2-4 % (dívky a chlapci v poměru 1:1)
Adolescenti	4-8 % (dívky a chlapci v poměru 2:1)
Dospělí	ženy v 10 – 25 %, muži v 3 – 6 % (ženy a muži v poměru 3:1, v řadě publikací se udává 2:1)

3.2.1 Komorbidita depresivního onemocnění

U většiny nemocných se deprese nevyskytuje izolovaně. Často dochází ke kombinaci deprese s úzkostnou poruchou, která jí může předcházet, doprovázet, ale být i součástí neúplné remise.

Výskyt významně stoupá ve skupinách s dlouhodobým onemocněním jako jsou malignity, poruchy štítné žlázy, chronické bolestivé stavy, CMP, roztroušená sklerosa, IM, anemie, Alzheimerova choroba, DM aj. Deprese tato onemocnění zhoršuje a značně prodlužuje.

3.3 Etiologie

Depresivní onemocnění může být vyvoláno mnoha faktory, které působí samostatně nebo v kombinaci. Rozdělujeme je na biologické, psychosociální, genetické a vývojové.

3.3.1 Biologické příčiny

Předpokládá se porucha neurochemických systémů (hl. serotoninu, noradrenalinu), které upravují náladu. Jejich nedostatek, jedné nebo obou látek, vede ke složitým neurofyziologickým změnám v mozku, které se navenek projevují úzkostí a depresí.

Biologickou zátěž představují například velké operace, rozsáhlá zranění, porody, chronická onkologická onemocnění, nebo jiné okolnosti působící stresově na organismus. Negativně mohou působit endokrinopatie, somatická onemocnění a některé léky (např. snižující krevní tlak – reserpin, nebo léčba kortikoidy). Lidé trpící depresí bývají náchylnější a snadněji onemocní infekční chorobou. Také stárnutí může být nepříznivým biologickým faktorem. (4,7)

Negativně mohou působit zevní vlivy jako nedostatek denního světla (tzv. sezónní deprese), roční období (výskyt depresí na jaře a na podzim), denní doba (ranní pesima).

3.3.2 Psychosociální příčiny

U pacientů s depresivní poruchou se často vyskytují negativní stresové životní situace (např. ztráta blízké osoby nebo zaměstnání), izolace nebo trvalá nespokojenost.

Dle prof. A. Simse náboženská aktivita souvisí s menším výskytem a také rychlejším zotavením z již vzniklého depresivního onemocnění. Víra se zaměřuje na hodnoty člověka, které dávají životu určitý smysl. A tato smysluplnost působí pozitivně na depresivní onemocnění, pomáhá překonávat životní obtíže. (29)

3.3.3 Genetické příčiny

Byl prokázán zvýšený výskyt depresivního onemocnění v některých rodinách. Nepředpokládá se dědičnost deprese, ale hovoří se o depresivní vložce.

3.3.4 Vývojové vlivy

Vliv na psychický stav dítěte může mít depresivní onemocnění matky, ztráta matky, rodinné prostředí a výchova. Při nedostatečném uspokojování potřeb dítěte získává jedinec pocity nejistoty a nedůvěřivosti. Takové děti mohou mít depresivní sklony.

Osobní a charakteristické rysy zvyšují riziko afektivních poruch, např. rigidita, perfekcionalismus, dominance nebo naopak závislost. Člověk chce být naprosto výkonný, vytvoří si představu, že nesmí nikoho odmítnout, podřizuje se autoritám a tedy nedává najevo vlastní názory a postoje. Tito lidé se dobře učí, neumí odpočívat, odmítnout, nesnesou kritiku a potřebují podporu od svého okolí.

3.4 Klasifikace onemocnění

Afektivní poruchy se dělí na dvě klinické jednotky – monopolární (deprese nebo mánie) a bipolární poruchy (depresivní fáze a současný výskyt alespoň jedné fáze manické). Zde se zabýváme monopolární poruchou, depresí. Současná klasifikace nerozlišuje mezi exogenní a endogenní depresí, rozhodující je závažnost a délka trvání příznaků.

Depresivní onemocnění se dále člení na *depresivní fázi (F32)*, *periodickou (rekurentní) depresivní poruchu (F33)*, pro něž jsou charakteristické opakované epizody, *dystymii (F34.1)*, což je chronická porucha nálady mírné intenzity, trvající alespoň 1 rok. Dále sem patří *depresivní reakce (F43 – poruchy přizpůsobení)*, kdy depresivnímu syndromu předcházela zřetelná stresová událost, ale závažnost příznaků nedosahuje depresivní epizody. Můžeme také zahrnout i *somatoformní poruchu (F45)*, tedy psychickou poruchu projevující se tělesnými příznaky bez organické příčiny.¹ (12, 26)

3.4.1 Depresivní fáze

Tato epizoda se musí vyskytovat samostatně a nesmí být zapříčiněna psychoaktivními látkami nebo organickou duševní poruchou.

Diagnostická kritéria (26, 28) pro depresivní fázi obsahují:

Přítomnost alespoň 2 z následujících 3 příznaků:

- depresivní nálada je pro jedince naprosto nenormální alespoň po dobu 2 týdnů
- ztráta zájmu a radosti z aktivit, které obvykle jedince těší
- snížená energie

¹ Písemné a číselné kódy dle MKN 10 jsou přehledně uvedeny v seznamu zkratk.

Měl by být přítomen zároveň příznak, nebo další příznaky také z následujícího seznamu (tak, aby byly přítomny minimálně 4 příznaky celkem):

- ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty
- neoprávněné sebevčítky nebo pocity viny
- vracející se myšlenky na smrt či sebevraždu nebo jakékoli sebevražedné jednání
- snížená schopnost myslet nebo se soustředit
- změna psychomotorické aktivity s agitovaností
- poruchy spánku jakéhokoli druhu
- změna chuti k jídlu (zvýšení i snížení)

Diagnostická kritéria pro depresivní epizodu

- stupeň mírný – 4 příznaky
- střední – 6 příznaků
- těžký – 8 příznaků

3.4.2 Formy depresivní epizody

Lehká depresivní fáze (F32.0) je definována jako výkon běžné práce a aktivit prováděný lehkými obtížemi.

Středně těžkou depresivní fázi (F32.1) charakterizují značné obtíže při výkonu běžné práce nebo jiných aktivit.

Těžká depresivní fáze se dělí na dva celky. První tzv. *bez psychotických příznaků (F32.2)*. Zde je typická neschopnost pokračovat v aktivitách, pokud ano, tak velmi omezeně, vždy je přítomen somatický syndrom. Druhý celek - *s psychotickými příznaky (F32.3)* je charakterizován přítomností bludů (často hypochondrických, např. „mám místo mozku kámen“ nebo „nefungují mi orgány“), halucinací nebo depresivních stuporů (těžká psychomotorická retardace).

Dále existují depresivní fáze, které jednoznačně nespádají do již uvedených kategorií, jsou to *jiné depresivní fáze (F32.8)* a *depresivní fáze nespecifikované (F32.9)*.² (26)

3.5 Symptomatologie onemocnění

Depresivní onemocnění má své příznaky, u každého se však mohou projevit odlišným způsobem, v různém rozsahu a v průběhu onemocnění se mohou měnit.

V následující části shrnuji nejčastější příznaky depresivního onemocnění (soubor všech těchto příznaků označujeme jako somatický syndrom).

Smutek nebo depresivní onemocnění

Smutek nebo-li truchlení má srozumitelný důvod, trvá přiměřeně dlouho a spíše člověka sblíží s okolím. Naproti tomu deprese je chorobná nálada. Nemá pro ostatní pochopitelný důvod nebo její trvání a hloubka dalece překračuje běžnou zkušenost a nemocný se od okolí izoluje. (viz. Honzák, Deprese, s.7) Mnoho lidí trpících depresí smutek nepociťuje vůbec, spíše neumí popsat svůj vnitřní stav.

Nálada se popisuje jako pesimistická, zoufalá, s pocity beznaděje, bezvýchodnosti, viny, životní tísně či životní prázdnoty.

Úzkost

Depresivní lidé často současně trpí úzkostí. Úzkost podněcuje netrpělivost a vztek. Omezuje schopnost vyrovnat se i s malou psychickou zátěží.

Emoční reakce

I minimální fyzická nebo psychická zátěž může u nemocných vyvolat narušenou emoční reakci.

² Písemné a číselné kódy dle MKN 10 jsou přehledně uvedeny v seznamu zkratk.

Změna psychomotorické aktivity, únava a ztráta zájmu

Nemocný může být zpomalený (chudá mimika, vážne interpersonální a sociální komunikace) nebo agitovaný (neklid, hyperaktivita, nespavost, nutnost bezúčelně chodit nebo pobíhat). Pokles energie a únavnost vedou ke snížení výkonu pracovního nebo školního. To může vést až ke ztrátě zaměstnání. Nezvládá domácí povinnosti. Depresivní člověk není schopen pustit se do něčeho nového nebo dokončit již začatou věc. Ztrácí zájem, sebevědomí a sebedůvěru. Snižuje se zájem o sex.

Poruchy chuti k jídlu

Deprese ovlivňuje chuť k jídlu. Může ji snižovat nebo zvyšovat, takže lidé trpící depresí mohou hubnout i tloustnout.

Poruchy spánku

Tento příznak se vyskytuje velmi často. Jen výjimečně najdeme depresivního pacienta bez poruchy spánku. Typické jsou obtíže s usínáním, časně ranní probouzení (2 a více hodin před obvyklým časem) s neschopností znovu usnout. Spánek je neosvěžující a tedy neefektivní. Insomnie může předcházet vlastnímu depresivnímu onemocnění a často přetrvává i u léčených nemocných. Je ovlivněna kontinuita, trvání a architektura spánku. (13)

Pocity viny a méněcennosti

Nemocný se straní a izoluje od okolí, uzavírá se do sebe. Přestává o sebe pečovat. Má pocity viny, beznaděje a méněcennosti. Svě okolí vnímá negativně, nepřátelsky. Objevují se výčitky, které nemají reálný podklad.

Nesoustředěnost a nerozhodnost

Nemocný se nedokáže rozhodnout, soustředit, vyjádřit, je váhavý, ztrácí energii, cítí se zbytečný, neschopný a unavený.

Somatické a vegetativní obtíže

Většina lidí trpících depresí má tělesné obtíže. Nejčastěji bolesti (hlavy, zad), zažívací potíže (zácpa, nechutenství), změny srdeční frekvence, svírání na hrudi, dušnost, pocity tíže v končetinách. Může se vyskytnout hyperventilační tetanie nebo epileptický záchvat.

Myšlenky na sebevraždu

Depresivní lidé často přemýšlí o smrti. Myslí si, že jim život připravuje překážky, které nejsou schopni zvládnout. Sebevražda jim má pomoci od jejich životního trápení.

Bludný kruh deprese

Bludný kruh deprese (viz příloha 1) by nám měl pomoci pochopit propojení myšlení, chování, nálady s tělesnými příznaky u depresivního nemocného. Je vyvolán spouštěčem jako jsou stresové situace nebo životní krize. (viz. Pidrman, Deprese z různých úhlů pohledu II, s. 66 a 71)

Depresivní onemocnění u žen

Deprese u žen je častější, je to zřejmě dáno tím, že jsou vystaveny změnám regulace organismu, hormonální nerovnováze v klimakteriu nebo při porodu. Mají častější poruchy štítné žlázy a užívají antikoncepci.

Depresivní onemocnění u mužů

Deprese u mužů často bývá maskována příznaky, které nejsou zcela typické pro depresivní onemocnění. Je to možná podmíněno tím, že muži neradi přiznávají své duševní obtíže. Mezi tyto příznaky řadíme podrážděnost, zlomy v chování (verbální napadání, hněv, agresivita). Toto jednání je nepřiměřené a pro danou osobu necharakteristické. Dochází k vegetativním projevům, jako tachykardie, pocení, zčervenání nebo pocit stažení na hrudi. U mužů se vyskytuje suicidální jednání, nehodovost a abusus alkoholu častěji než u žen. (14)

3.6 Suicidální jednání

Mnoho depresivních lidí přemýšlí o smrti. Zprvu tyto myšlenky mohou potlačovat, ale závažný stav nastává, pokud nemocný uvažuje nad způsobem sebevražděného jednání. Jestliže se nemocný svěřil o těchto představách, je nutné ihned kontaktovat psychiatra. V žádném případě nelze zlehčovat tuto informaci a snažit se sami vyřešit daný stav, zvláště pokud sestra nemá s tímto onemocněním dostatek zkušeností. Mohla by spíše uškodit než pomoci. Pokud jde o ohrožení nemocného, je indikována hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Závažnost onemocnění posoudí pouze lékař s dostatečnými zkušenostmi.

Není možné spoléhat na to, že nemocný nemá energii k sebevražděnému jednání, on tyto síly překvapivě nalezne. Mezi rizikové faktory patří počínající nebo odeznívající depresivní epizoda, závažná neléčitelná onemocnění, sebevražděné pokusy, včetně demonstrativních, depresivní porucha s úzkostí, ztráta mezilidských vztahů, narušené vztahy v dětství, finanční obtíže aj. Tyto situace se mohou přidružovat k vrcholům životních krizí, kterými jsou puberta, adolescence, poporodní stavy, klimakterium nebo krize středního věku.

3.7 Diagnostika deprese

Diagnostika je poměrně snadná, pokud na depresivní poruchu myslíme. Řídíme se hlavně dle symptomatologie. Pacient často diagnózu deprese odmítá a hledá příčinu svých obtíží v somatickém onemocnění. Deprese je bohužel diagnostikována zřídka a často také pozdě. Nebývá výjimkou, že psychiatr je přivolán ke konzultaci až v okamžiku klientovi nespokojenosti, poruch chování nebo dokonce až když dojde k sebepoškozujícímu jednání.

3.7.1 Anamnéza

Anamnéza je podstatou diagnostiky. Stanovuje se charakter a délka trvání příznaků, zda nastaly stresující situace nebo životní krize. Zjistí se, jaká je výkonnost, psychomotorické tempo, schopnost verbální komunikace, míra koncentrace, změny v oblasti sexuálního chování, chuť k jídlu, poruchy spánku, změny hmotnosti, nutnost zjištění medikace pro riziko navození farmakologické deprese. (26)

Nemocný přichází k praktickému lékaři zpravidla se somatickými problémy. Není schopen charakterizovat své pocity, proto mluví o stavu svého těla a ne o stavu své duše. (26)

Informace získáváme z pohovoru s pacientem i od jeho blízkých. Je zapotřebí si uvědomit, že veškerá sdělení nemocného jsou zkreslená depresí a je nezbytné je porovnat s údaji z okolí nemocného. U dětí může doplňující informace podat škola. (28)

Měřicí škály se využívají k měření účinnosti léčby nejen na začátku onemocnění, ale i v průběhu léčebného procesu. Je to například Zungův dotazník (obsahuje 20 položek, informuje nás o závažnosti depresivní symptomatologie, je možné jej použít v čekárnách ambulantních lékařů), viz příloha 2.

3.7.2 Základní laboratorní vyšetření

Z laboratorních ukazatelů se zaměřujeme na vyšetření krevního obrazu, biochemii séra, zánětlivé faktory (CRP, sedimentaci), onkologické markery, TSH a imunologické vyšetření.

3.7.3 Interní a neurologické vyšetření

Interní vyšetření by mělo objasnit, zda nemají příznaky příčinu v somatickém onemocnění. Provádí se anamnéza, základní fyzikální vyšetření, vyšetření fyziologických funkcí. Dále se vyšetření specifikuje na oblast udávaných obtíží, například EKG, GFS, sonografie, CT, MR, EEG a neurologické vyšetření.

3.7.4 Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření se orientuje na chování, prožívání, myšlení a city člověka. Využívá rozhovoru, pozorování a testování. Zaměřuje se zejména na odlišení organicity (perinatální encefalopatie, lehká mozková dysfunkce).

3.7.5 Diferencialní diagnóza

Depresivní syndrom mohou *navodit psychoaktivní látky a léky*. Vyloučíme *demenci, depresivní pseudodemenci* (syndrom připomínající demenci, způsobený depresí), *bipolární poruchu, fyziologický smutek* (je méně intenzivní, nebrání adaptaci na běžnou fyzickou zátěž, má zjevnou příčinu, spontánně odezní do 3 měsíců). *Depresi u jiného psychotického onemocnění* (např. schizoafektivní porucha), *poruchy osobnosti* (zvl. hraniční osobnost), *hypochondrickou poruchu* (nemocný je přesvědčen, že trpí závažnou chorobou – často navštěvuje lékaře i přes ujištění, že mu nic nehrozí), *somatoformní poruchu* (projevy mohou vycházet z kteréhokoli orgánu, ale vyšetření jsou negativní).

3.8 Role sestry

Změny nálady vyžadují specifický přístup k nemocnému. Znalost depresivního prožívání je důležitá k tomu, abychom zvolili správný terapeutický postoj k nemocnému. Sestra by měla být zkušená, vlídná, trpělivá a měla by mít pro nemocného pochopení. (11)

3.8.1 Kontakt s nemocným

Již první kontakt zdravotníka s nemocným je velmi důležitý pro terapeutický vztah, získání důvěry a spolupráce. Jde tedy o přístup s vyjádřením naděje do budoucna. V neverbální komunikaci dbáme na vstřícný pohled, mimiku, klidný posed, volné tempo řeči, jasnou artikulaci. Nemocný má vědět, co se s ním děje a přijmout depresi jako nemoc, která je léčitelná. Je důležité pomoci nemocnému stanovit cíle, které je schopen zvládnout.

3.8.2 Ošetrovatelský přístup a péče

Ošetrovatelský přístup bývá obvykle velice spleťtý. Nejprve chceme ve zvýšené míře nemocnému pomáhat a podporovat ho, ale on dává najevo, že o tuto péči nestojí nebo, že si ji nezaslouží. Sestra při opakovaných nezdarech navázat s pacientem kontakt často další aktivitu nerozvíjí. (11)

Nemocného ke kontaktu nenutíme, ale dáme mu najevo, že o něj máme zájem. Z ošetrovatelských potíží jsou nejčastější poruchy sebezpečí, poruchy spánku, úzkost, sociální izolace, narušení funkcí rodiny, poruchy rozhodování nebo nízká sebeúcta. U depresí se sebevražednými sklony odstraňte předměty (ostré předměty, léky aj.), které může pacient k tomuto činu použít.

3.8.3 Organizační deprese

Management se zabývá tzv. organizační depresí. Jde o stav, se kterým se lze setkat v mnoha zdravotnických zařízeních. Ta se u sester na jednotlivých odděleních může projevit syndromem vyhoření, pesimismem, frustrací, lhostejností, ztrátou směru a naděje. Organizace (oddělení) ztrácí vizi, nedochází k rozvoji ošetrovatelské péče. Zdravotničtí pracovníci ztrácí zájem a smysl toho, co dělají a toho, čeho chtějí dosáhnout. Pokud tento problém nastane, musíme jej analyzovat, určit příčinu, cíl, plán, najít řešení problému a postupně hodnotit situaci organizace. V některých případech je nutné změnit vedení, aby se docílilo pozitivního výsledku. Sestra manažerka by tomuto měla předcházet, energetizovat svůj tým, dosáhnout vyšší produktivity, kvality péče a pracovní spokojenosti zaměstnanců.

3.9 Jak pomoci nemocnému

V kontaktu s nemocným je nutné vyvarovat se ironie a zesměšňování, i tak se cítí méněcenný. Sestra má naslouchat, ale neposuzovat pacientovy názory, postoje a hodnoty, i když mohou být v rozporu s jejím přesvědčením. Problémy, kterými se nemocný zaobírá, nemusí být z našeho pohledu důležité, ale pro něho nesmírně těžké. Je nutné vysvětlit nemocnému, že život je obtížný, ale problémy řešitelné a umožnit člověku projevit své emoce, ale v žádném případě nezlehčovat stav ani příznaky nemocného.

Nemocný by neměl zůstat sám, nemusí zvládnout běžné denní činnosti. Přehnané nároky na aktivitu v nemocném vyvolají provinilost, protože nevyhověl požadavkům. Se zlepšujícím se stavem je možné nemocného zapojovat do činností. Je důležité vybírat takové aktivity, které je schopen zvládnout. Pokud má před sebou závažné rozhodnutí, měl by se poradit a probrat varianty řešení s osobou, které důvěřuje. Sestra nemá být dominantní a nesmí vyvolávat konflikty, má být s nemocným, ne proti němu. Nikdy nesmí slibovat, co je nesplnitelné, zvláště neslibovat brzké vyléčení. Nezbytné je dát nemocnému najevo své pochopení, zájem a i za sebemenší pokrok jej chválit.

Pokud má sestra podezření u hospitalizovaných nemocných na možnost depresivního onemocnění, měla by o něm informovat ošetřujícího lékaře.

Člověku ze svého okolí je možné doporučit návštěvu odborného lékaře.

3.10 Edukace rodiny

Rodina nebo blízcí si nedovedou představit, co depresivní onemocnění obnáší, a proto takového člověka považují za líného a chtějí po něm, aby se „sebral“. Ale depresivní člověk na takové jednání nemá

energii, je unavený, vyčerpaný a bezmocný. Je citlivý a nesmírně mu záleží na tom, jak jej vnímá jeho rodina a okolí. Potřebuje pomoc, porozumění, trpělivost a povzbuzení k tomu, aby v léčbě vytrval. Spolupráce s blízkými je nezbytná, protože nemocní v těžké depresi o sebe nepečují (zanedbávají hygienu) nebo neužívají léky. Rodina musí vědět o možnosti sebepoškozujícího jednání a pokud nemocný dává najevo tyto tendence, je nutné nenechávat člověka samotného a okamžitě upozornit lékaře.

3.11 Co může nemocný udělat sám pro sebe

Tím, že se nemocný svěří se svými problémy lékaři, udělá první krok k tomu, aby se cítil lépe. Důležité je řídit se pokyny a informacemi lékaře, pravidelně docházet na kontrolní vyšetření a dodržovat léčbu. Pacient by měl vědět, že deprese není odrazem slabé vůle, ale je to nemoc, která se dá léčit.

Pacient si má vytvořit plán dne, ale není důležité jej splnit. Určí si hodinu, kdy bude pravidelně vstávat, poté nesmí zůstat na lůžku. Postupně do dne zapojuje aktivity v takové míře, aby je zvládl. Neměl by se vyhýbat společnosti. Postupné zvýšení aktivity pacienta vede k vymanění se z depresivního bludného kruhu (viz příloha 1).

3.12 Léčba deprese

Cílem léčby je odstranit příznaky onemocnění a tím zkvalitnit život nemocných. Odvrátit nebezpečí relapsu, chronicity a předejít suicidálnímu jednání. Obnovit původní sociální a pracovní uplatnění a zlepšit ekonomický dopad.

Depresi nemusí léčit pouze psychiatr, ale i jiní lékaři, zvláště v lehčích stádiích onemocnění. I oni však mají být dostatečně fundovaní.

Léčba deprese probíhá ve třech fázích. Jako akutní, pokračovací a udržovací. V léčbě akutní fáze je hlavním úkolem navázat kontakt s nemocným, informovat se, navrhnout plán léčby, vlastní terapii, zmírnit nejzávažnější příznaky deprese a dosáhnout remise. V dalších fázích se zaměřujeme na udržení remise a zabránění relapsu, a proto se u většiny pacientů v léčbě pokračuje. Je nutné zhodnotit, jak dlouho a zda trvale podávat antidepressivní terapii. Čím dříve začneme s léčbou, tím dříve zkvalitníme život jedince, usnadníme i návrat do běžného života.

Léčba se odvíjí od tíže deprese (lehká, středně těžká, těžká, těžká s psychotickými příznaky), druhu nynější symptomatiky (úzkostně agitovaná forma, atypická forma) a také se bere ohled na motivaci pacienta k léčbě a míru jeho spolupráce.

3.12.1 Léčba nefarmakologická

V této části shrnuji léčbu psychoterapií, elektrokonvulzivní terapií a fototerapií. Zároveň uvádím základní údaje o těchto metodách.

3.12.1.1 Psychoterapie

Psychoterapií se rozumí léčba psychologickými prostředky. Umožňuje nemocnému, aby si uvědomil podstatu své choroby a aby se jí naučil sám svými silami čelit. Využití nalezne hlavně při psychosociálních stresech, u intrapsychických konfliktů nebo u přidružených poruch osobnosti. Je náročná na čas. Měla by být součástí léčby každého depresivního onemocnění. Pozitivní účinek byl prokázán pouze u lehčích a středních forem deprese. V kombinaci s farmakoterapií se využívá i u těžkých depresí, když předchozí léčba byla neúspěšná, průběh chronický a je třeba redukovat příznaky i najít řešení psychosociálních obtíží.

Při tomto onemocnění se uplatní převážně psychoterapie kognitivně behaviorální. Předpokládá, že změnu myšlení lze docílit změnou chování. Cílem je nezávislost a samostatnost pacienta.

3.12.1.2 Fototerapie

Fototerapie je bílé světlo s prahovou intenzitou 2000 – 3000 luxů, má protidepresivní účinek s délkou trvání do 1 týdne. Souvisí pravděpodobně se supresí melatoninu (melatonin – derivát serotoninu). Lepší výsledky byly sledovány při vyšší intenzitě osvětlení (od 3000 do 10000 luxů). Fototerapie se aplikuje většinou v pět hodin ráno, po dobu 1 hodiny. (13)

3.12.1.3 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (dále jen ECT) je léčba elektrošoky, provádí se za hospitalizace. Elektrický proud se aplikuje elektrodami přímo na spánky. Nemocný s ECT musí souhlasit, výjimkou je život ohrožující stav. Lékař musí pacienta poučit o důvodech, přednostech a rizicích této léčby. Příprava nemocného spočívá v somatickém vyšetření, v uvedení do celkové anestezie a provedení myorelaxace (provádí se pro výskyt toniko-konických řečí). V sérii 8 aplikací o napětí 110 V 2x týdně. Pozitivní efekt se dostavuje po 3-4 ECT. Po celou dobu výkonu i po něm je pacient sledován lékařem. Využívá se u těžkých psychotických, farmakorezistentních depresí, u lidí s výraznými suicidálními sklony nebo tam, kde ECT dříve byla úspěšná. Účinek je rychlý a efektivní. Uspíší nástup terapeutického efektu léků. Nebezpečí spočívá ve vzniku retrográdní amnézie. U většiny pacientů vymizí do 6 týdnů, maximálně 6 měsíců po dokončení terapie. (11)

Relativní kontraindikace jsou choroby kardiovaskulární (IM během posledních 3 měsíců, angina pectoris, srdeční selhání), ortopedické

(osteoporóza, velké zlomeniny), plicní (těžké plicní choroby), neurologické (CMP v posledních 3 měsících, úraz mozku v posledních 6 měsících), jiné (závažná onemocnění štítné žlázy, závažná perniciózní anemie). Mezi absolutní kontraindikace ECT patří zvýšený nitrolební tlak, akutní CMP, nesnášenlivost anestetik, aneurysma velkých cév. (11)

3.12.2 Léčba farmakologická

Léčba farmaky vyžaduje spolupráci nemocného. Zároveň jsou nutné pravidelné kontroly pro úpravu dávky vzhledem ke stavu nemocného a k nežádoucím účinkům léků. Zde se zabývám nejčastějšími léky užívanými při léčbě deprese.

3.12.2.1 Třezalka tečkovaná

Třezalka tečkovaná (*Hypericum perforatum*) tvoří základ psychofarmak jako je Jarsin. V klinických studiích u lehčích depresí byla účinnější než placebo, měla méně vedlejších účinků než standardní antidepressiva. Avšak nesmí se kombinovat s jiným antidepressivem, pouze se slabými anxiolytiky. (1)

3.12.2.2 Antidepressiva

Antidepressiva (dále jen AD) tvoří lékovou skupinu, která působí na patologicky změněnou depresivní náladu a další příznaky, které toto onemocnění doprovázejí (jako je úzkost, snížení zájmů, poruchy spánku, nechutenství, nevykonnost, psychomotorický útlum, snížená sebedůvěra a sebevražedné myšlenky). (1)

K výraznému rozvoji AD dochází v posledních desetiletích. Rozšiřují se i indikace k jejich podávání. Mezi první AD patří imipramin a amitriptylin. (1)

Rozdělení antidepresiv

Antidepresiva se rozdělují na *tricyklická* (TCA), *tetracyklická* (TeCA), *inhibitory monoaminoxidázy* (IMAO), *inhibitory zpětného vychytávání serotoninu* (SSRI), *inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu* (SNRI), *inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu* (NDRI), *noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva* (NaSA) a ostatní. (1)

Tricyklická a tetracyklická antidepresiva

Tato antidepresiva patří do historicky nejstarší skupiny antidepresiv. Mechanismus účinku spočívá v inhibici zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu (v různém poměru) s následným zvýšením koncentrace v synaptické štěrbině. Oproti SSRI vykazují větší sedativní účinek a méně ovlivňují sexuální funkce. Vykazují podstatně silnější nežádoucí účinky a představují větší riziko předávkování. Přehled tricyklických a tetracyklických antidepresiv (viz tabulka 2).

Tabulka 2 - Přehled tricyklických (TCA) a tetracyklických (TeCA) antidepresiv

Generický název	Firemní název
amitriptylin (TCA)	Amitriptylin 25 mg
imipramin (TCA)	Melipramin 25 mg
maprotillin (TeCA)	Ludiomil 25 mg
mianserin (TeCA)	Lecitin 10 a 30 mg

Mezi nežádoucí účinky patří **anticholinergní příznaky** (suchost sliznic, obstipace poruchy močení – retence, porucha oční akomodace, sinusová tachykardie, exacerbace kongestivního glaukomu, delirium a poruchy paměti), **antihistaminové účinky** (sedace, zvýšená chuť k jídlu, přírůstek na váze), **adrenolytické působení** (posturální hypotenze, závratě, reflexní tachykardie, poruchy erekce, ztráta libida,

tremor, synkopy), **zvýšení záchvatovité pohotovosti** (na začátku a na konci léčby – riziko epileptických paroxysmů), **kardiotoxické působení** (srdeční arytmie), **kožní reakce** (exantémy), **syndrom z vysazení** (závrať, nauzea, průjem, únava, poruchy spánku, úzkosti), **toxické poškození orgánů** (parenchymatozní poškození jater), **psychické komplikace** (přesmyk do mánie, provokace paranoidně-halucinatorních příznaků).

Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

Léky z řady SSRI (viz tabulka 3) spojuje stejný mechanismus účinku, a to inhibice zpětného vychytávání serotoninu. Lze je při terapeutickém neúspěchu nahradit po 4-6 týdnech jiným lékem ze stejné skupiny. V současné době jsou pro dobrou snášenlivost, bezpečnost při předávkování a nízký počet lékových interakcí považovány za léky první volby.

Tabulka 3 - Přehled inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu

Generický název	Firemní název
fluvoxamin	Fevarin 50, 100 mg
fluoxetin	Deprex, Prozac, Portal 20 mg
citalopram	Seropram, 20 mg
sertralin	Zoloft, Asentra 50, 100 mg
paroxetin	Seroxat, Remood 20 mg, Parolex, 20-40 mg
escitaprolam	Cipralex, 10 mg
reulafaxim	Olvexya

Hlavní indikace SSRI jsou všechny depresivní stavy, i ty, které jsou doprovázeny anxiétou a suicidálními úvahami. Podávají se při léčbě těžších depresí, depresí farmakorezistentních a atypických. Při dlouhodobém i profylaktickém podání snižují SSRI výskyt relapsů i recidiv. Užívání se doporučuje u organických depresí, sekundárních depresí, po cévních mozkových příhodách, infarktu myokardu, demencích i při epilepsii.

Na rozdíl od TCA a TeCA je nižší výskyt nežádoucích a vedlejších účinků. Převažují hlavně serotoninové příznaky trávicího ústrojí, insomnie, tremor, agitovanost, cefalgie. Při déletrvajícím podávání se často vyskytují sexuální dysfunkce. Slabé anticholinergní účinky má jen paroxetin. SSRI nejsou kardiotoxické, ale mohou vyvolat mírnou bradykardii.

Syndrom z vysazení se objevuje zejména u paroxetinu a fluvoxaminu. Projevuje se závratěmi, nauzeou, únavou, insomnií, paresteziemi, anxiétou a dysforií.

Interakce hrozí při podání SSRI s jinými serotoninergními preparáty. Dochází k toxické koncentraci serotoninu v nervových synapsích, tzv. centrální serotoninový syndrom. Vzniká náhle v průběhu 3 hodin a poměrně brzy odeznívá po vysazení těchto farmak. Příznaky tohoto syndromu se vyznačují gastrointestinálními, neurologickými, kardiovaskulárními, vegetativními a psychickými příznaky.

SSRI nepotencují účinek alkoholu, nepůsobí sedativně, nevyvolávají závislost. Tyto léky jsou relativně bezpečné při předávkování. Mají nízké riziko teratogeního působení u těhotných žen.

Novější antidepressiva

Do této skupiny řadíme SNRI, NaSSA, NARI, stimulátor zpětného vychytávání serotoninu (tianeptin), fytofarmakum slabě inhibující zpětné vychytávání noradrenalinu, dopaminu i serotoninu, GAMA a L-glutamátu a inhibitor zpětného vychytávání dopaminu (bupropion). Přehled novějších AD viz tabulka 4.

Tabulka 4 - Přehled novějších antidepresiv

Generický název	Firemní název
venlafaxin (SNRI)	Efektin 75, 150 mg
milnacipran (SNRI)	Ixel 25, 50 mg
mirtazapin (NaSSA)	Remeron, Esprital 15, 30, 45 mg
reboxetin (NARI)	Edronax, 4 mg
bupropion (NDRI)	Wellbutrin, 150 mg
tianeptin	Coaxil, 1,5 mg

Při léčbě depresivních pacientů, kteří pozitivně nezareagují na léčbu lékem ze skupiny SSRI, můžeme přejít na preparát ze stejné skupiny nebo na lék z jiné skupiny AD.

Inhibitory monoaminoxidázy

Antidepresiva této skupiny inhibují monoaminoxidázu, která způsobuje odbourání noradrenalinu, serotoninu, dopaminu, tyraminu a jiných látek z CNS.

Generace selektivních IMAO (viz tabulka 5) byla do praxe uvedena koncem 80. let, a to reverzibilní typ A – moklobemid a ireverzibilní typ B – selegilin (využití hlavně u Parkinsonovy nemoci a atypických depresí). Mezi nežádoucí účinky těchto léků patří insomnie, excitovanost, závratě, cefalie, nauzea, občasná posturální hypotenze.

Tabulka 5 - Přehled selektivních inhibitorů monoaminoxidázy

Generický název	Firemní název
moclobemid	Aurorix, 150 mg
selegilin	Jumex, 5 mg

IMAO nesmí být podávána současně s TCA, TeCA, SSRI, SNRI a dalšími novějšími antidepresivy (mirtazapin, reboxetin, bupropion),

s psychostimulancii, sympatomimetiky, anorektiky, opiáty a anti-parkinsoniky. IMAO zvyšují působení hypotenziv, antidiabetik, prokainu a jeho derivátů, myorelaxancií, alkoholu a dalších látek tlumící CNS. Pokud by se kombinovaly IMAO se serotonergními léky (např. s SSRI, klomipraminem, tramadolem), došlo by k rozvoji serotoninové krize.

Výběr antidepressiv

Výběr AD terapie se řídí předchozí zkušeností s psychofarmaky a cílovým souborem příznaků. K nástupu antidepressivního účinku léků dochází po 3-6 týdnech. Je doporučeno podávat antidepressivum v účinné dávce po dobu 6-8 týdnů. Pokud nedoručí po této době k zlepšení stavu, je vhodné vyzkoušet jiný lék nebo léky kombinovat. Eventuelně indikovat další diagnostické nebo terapeutické metody.

To, že nedochází k zlepšení stavu, může být způsobeno nedostatečnou dávkou léku. Proto je nutná pravidelná kontrola lékaře, který dávku upraví (dle nežádoucích účinků). Spolupráce nemocného jedince je neodmyslitelnou součástí. Je podmínkou, aby nemocný věděl, proč léky užívá, kdy léky začnou působit, jaké mají nežádoucí účinky, proč není vhodné vysadit léky po zlepšení stavu.

Bylo zjištěno, že pokračovací antidepressivní terapie, po dobu 4-8 měsíců po odeznění příznaků, výrazně snižuje riziko relapsu. Dlouhodobá udržovací terapie trvající 5 let i celoživotně se indikuje při opakování epizod (3 a více), pokud se první epizoda vyskytne pod 20 nebo nad 60 let, u suicidálních tendencí, při výskytu afektivních poruch v rodině. Užívají se takové dávky jako při léčbě vlastní depresivní fáze.

Pokud dosáhneme remise a udržíme ji po dobu minimálně 6 měsíců při nekomplikované depresivní epizodě, můžeme antidepressiva postupně vysadit. Dávky se snižují po dobu minimálně 8 týdnů, abychom předešli příznakům z náhlého vysazení, mezi které patří nespavost, různé bolesti, nauzea a návrat depresivních obtíží. Je nutné nemocné poučit, že při návratu depresivních symptomů je nezbytné opět zahájit antidepressivní

terapii. U lidí, kteří vysadí farmakologickou léčbu a proběhne další ataka onemocnění, se nástup účinku dalších antidepresiv prodlužuje na dobu i 3 měsíců.

Indikace antidepresiv

Indikace AD se v posledních letech výrazně rozšířily. Užívají se nejen u psychiatrických poruch, ale i u funkčních a somatických onemocnění.

U těžkých depresí se užívají SSRI, TCA, SNRI (venlafaxin). U depresí anxiózně-agitovaných se podávají antidepresiva se sedativním a anxiolytickým efektem (např. amitriptilin, mirtazapin, fluvoxamin, klomipramin), eventuálně působí pozitivně AD převážně redukující úzkost a nemají sedativní účinek (např. citalopram, sertalin, tianeptin). U depresí s psychomotorickým útlumem se používají AD s aktivizujícím účinkem (např. nortriptilin, imipramin, fluoxetin, moklobemid, bupropion, viloxazin). U depresí s psychotickými příznaky kombinujeme AD s antipsychotiky (např. mirtazapin a risperidon). U dystymie se uplatňují jak SSRI, tak např. amisulprid v nižších dávkách. U atypických depresí (se somatickými příznaky, zvýšenou chutí k jídlu, nespavostí) se užívají hlavně SSRI a IMAO.

Kontraindikace antidepresiv

AD se nesmí podávat v kombinaci s alkoholem, hypnotiky a analgetiky. U AD s anticholinergními účinky je kontraindikací hyperplazie prostaty (poruchy mikce), kongestivní glaukom, stenóza pyloru, paralytický ileus, astma bronchiale, akutní delirium. Pro TCA jsou to kardiovaskulární choroby, IM, kardiální poruchy vedení, epilepsie. Epilepsie je kontraindikací pro podání bupropionu a maprotilinu.

Opatrnost je třeba u podání AD u diabetiků (možné změny glykémie), psychotiků (možnost provokace halucinací) a parkinsoniků.

3.12.2.3 Anxiolytika

K dalším lékům, které se užívají při léčbě deprese, patří anxiolytika. Jejich účinek se využívá ke snížení úzkostí, snížení napětí a ke zlepšení spánku.

3.13 Prognóza

Depresivní porucha patří mezi dlouhodobá onemocnění. Léky se musí užívat pravidelně, ještě alespoň 6-9 měsíců po vymizení příznaků a zlepšení zdravotního stavu, tím se brání recidivě. V některých případech je nutné užívat antidepresiva celý život. Pro rodinu bývá těžké přijmout fakt, že se jejich blízký léčí u psychiatra. Řada lidí totiž stále ještě trpí předsudky. Člověk s depresivním onemocněním potřebuje povzbuzovat a pomáhat, aby svůj stav přijal jako nemoc, kterou je třeba léčit. K léčbě přispívá i zdravý životní styl, strava bohatá na ovoce, zeleninu, cereálie a kvalitní bílkoviny. Prospívá i pravidelné cvičení. Je důležité, aby postižený měl radost z toho, co dělá, snažil se vést uspokojivý život. Deprese může potkat každého a ne vždy se povede nad ní zvítězit. Boj to není lehký, ale s pomocí lékařů, léků a psychoterapie se může podařit tento boj vyhrát.

4 INFORMOVANOST SESTER O DEPRESIVNÍM ONEMOCNĚNÍ

V této části se zabývám vlastní průzkumnou studií. Zpracovala jsem dotazník a stanovila hypotézy týkající se problematiky informovanosti o depresivním onemocnění. Dále jsem provedla analýzu získaných údajů a jejich vyhodnocení.

4.1 Formulace problému

Depresivní onemocnění se dnes stává stále diskutovanějším tématem. Bohužel i přes zvýšenou informovanost zdravotníků není u většiny lidí depresivní onemocnění nikdy diagnostikováno a tedy ani léčeno. Proto jsem zaměřila tuto práci na informovanost sester, které mohou přispět k rozpoznání choroby.

4.2 Metodika práce

Práci jsem zpracovala formou anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Anonymita měla minimalizovat obavy z uvedení pravdivých odpovědí. Získané informace jsem vyhodnotila.

4.3 Pilotní studie, předvýzkum a jeho zpracování

Předvýzkum jsem uskutečnila v listopadu 2007. Na malém počtu respondentů jsem ověřila funkčnost vytvořeného dotazníku. Bylo to velice přínosné, získala jsem podněty pro úpravu, doplnění a rozšíření nabízených možností. Předvýzkumu předcházelo několik rozhovorů se zdravotnickým personálem (sestrami).

4.4 Technika sběru informací a vlastní zpracování dotazníku

Dotazník je sestaven tak, aby zjistil zkušenosti a názory sester na depresivní onemocnění. Obsahuje identifikační znaky respondenta, 22 uzavřených otázek, 1 polouzavřenou otázku a 1 otevřenou otázku (viz příloha 3). Respondenti měli možnost výběru z více správných odpovědí. Dotazník byl zpracován a vyhodnocován v programu Microsoft Excel.

Vlastní průzkumná studie proběhla v prosinci 2007, obsahuje odpovědi 80 respondentů. Respondenti byli vybráni náhodně ze dvou českých nemocnic a jedné zdravotnické školy. V této sledované skupině 7 dotázaných odpovědělo na internetovou podobu dotazníku a zbylých 73 odpovědělo na dotazník osobně distribuovaný.

4.5 Hypotézy

Hypotéza 1:

Psychiatrie je u nás potlačovaná věda, sestry nejsou dostatečně informovány, depresivní onemocnění se bagatelizují.

Hypotéza 2:

Více zkušeností budou vykazovat sestry ve vyšším věku.

Hypotéza 3:

Respondenti nebudou mít zájem o další informace týkající se této problematiky.

Hypotéza 4:

Sestry se ve většině případů nesetkávají s psychiatrem na svém oddělení.

Hypotéza 5:

Sestry své znalosti budou hodnotit ve většině případů jako průměrné.

Hypotéza 6:

Dotázaní uvedou, že při získávání informací se zaměřují na tělesné příznaky i psychiku nemocného.

Hypotéza 7:

Negativní vlivy budou působit na sestry minimálně ve 20 %.

4.6 Vlastní studie

Vlastní studie obsahuje charakteristiku sledovaného souboru, vyhodnocení, zpracování jednotlivých otázek dotazníku a jejich rozbor. Zabývám se zde potvrzením či vyvrácením hypotéz.

4.6.1 Charakteristika sledovaného souboru

Charakterizovaný soubor je rozdělen dle věku, pohlaví, bydliště, délky praxe, pracovního zařazení, pracoviště a stupně vzdělání.

Věk respondentů

Sledovaný soubor reprezentují respondenti ve věku do 30 let a nad 30 let. Počet respondentů je uveden v tabulce A.

Tabulka A – Věk respondentů

	počet respondentů	počet respondentů (v %)
do 30 let	51	64 %
nad 30 let	29	36 %

Pohlaví respondentů

V tomto testovaném vzorku převažují ženy nad muži viz tabulka B.

Tabulka B – Pohlaví respondentů

	počet respondentů	počet respondentů (v %)
muž	12	15 %
žena	68	85 %

Bydliště respondentů

Při zpracovávání dotazníků jsem si uvědomila, že jsem zařadila nevhodnou otázku. Týká se bydliště dotazovaných sester. Informace tím získaná je nerelevantní pro můj průzkum. Většina sester musí zákonitě přinejmenším ve městě pracovat, pokud zde nebydlí, protože v malých obcích se zdravotnická zařízení dnes už téměř nevyskytují. Možná by bylo zajímavé zabývat se výskytem depresivních onemocnění u jednotlivých pacientů v souvislosti s jejich bydlištěm na venkově nebo v městském prostředí, ale na informovanost sester, tedy ani na mou práci, nemůže mít tato mnou položená otázka žádný vliv. Protože už ale otázka položena byla, uvádím také procentuální rozložení a dále se jí již nebudu zabývat (viz tabulka C).

Tabulka C – Bydliště respondentů

	počet respondentů	počet respondentů (v %)
vesnice	14	18 %
město	66	82 %

Délka praxe respondentů

V pozorovaném vzorku (viz tabulka D) byli studenti s praxí pouze v rámci výuky na školách, sestry s délkou praxe do 10 let a nad 10 let.

Tabulka D – Délka praxe respondentů

	počet respondentů	počet respondentů (v %)
studenti s praxí pouze v rámci výuky	20	25 %
do 10 let	32	40 %
nad 10 let	28	35 %

Pracovní zařazení sester

Ve sledovaném souboru byli učitelé odborné praxe na SZŠ, respondenti na pozici staničních nebo vrchních sester, řadové sestry, studenti s praxí pouze v rámci výuky na školách (viz tabulka E).

Tabulka E – Pracovní zařazení respondentů

	počet respondentů	počet respondentů (v %)
studenti s praxí pouze v rámci výuky na školách	20	25 %
učitelé odborné praxe na SZŠ	7	9 %
řadové sestry	47	58 %
staniční, vrchní sestry	6	8 %

Pracoviště zúčastněných sester

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že odpovídali učitelé odborné praxe na SZŠ, studenti s praxí pouze v rámci výuky na školách, sestry pracující na ambulancích, interních a chirurgických pracovištích (viz tabulka F).

Tabulka F – Pracoviště zúčastněných sester

	počet respondentů	počet respondentů (v %)
učitelé odborné praxe na SZŠ	7	9 %
studenti s praxí pouze v rámci výuky na školách	20	25 %
ambulance	7	9 %
interna	25	31 %
chirurgie	21	26 %

Stupeň vzdělání sester

Jako další jsem zhodnotila stupeň vzdělání (viz tabulka H). Odpovídali studenti SZŠ, absolventi středních škol, studenti vyšších a vysokých škol a absolventi vyšších a vysokých škol.

Tabulka H – Stupeň vzdělání sester

	počet respondentů	počet respondentů (v %)
studenti SZŠ	15	19 %
absolventi střední školy	39	48 %
studenti vyšší, vysoké školy	10	13 %
absolventi vyšší vysoké školy	16	20 %

4.6.2 Vyhodnocení dat dotazníku, jejich analýza a diskuze

Otázky jsou rozděleny dle jednotlivých hypotéz. Tedy každá výše uvedená hypotéza má svou podkapitulu.

Provádím rozbor dat a pokouším se provést analýzu údajů a diskuzi dané problematiky.

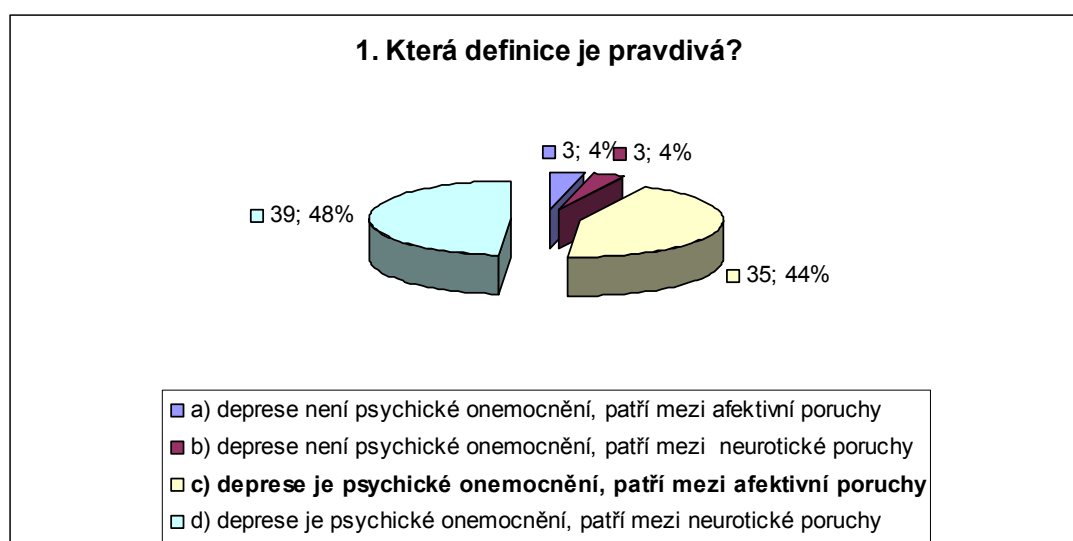
4.6.2.1 Informovanost sester o depresivním onemocnění

Následující otázky 1-13 posuzují znalosti sester o depresivním onemocnění. Každá otázka obsahuje graf (ve kterém je správná odpověď/i označena/y tučně) a popis zjištěných informací. U otázky číslo 12 se uvádí podotázka: „Jste věřící?“, která je v této kapitole popsána, ale vyhodnocena až u rizikových faktorů působících na sestru.

Otázka číslo 1:

První otázka (viz graf 1) se zaměřuje na znalost definice depresivního onemocnění. Správnou odpověď c), označilo 44 % dotázaných. Zbytek odpovědí (56 %) byl chybný.

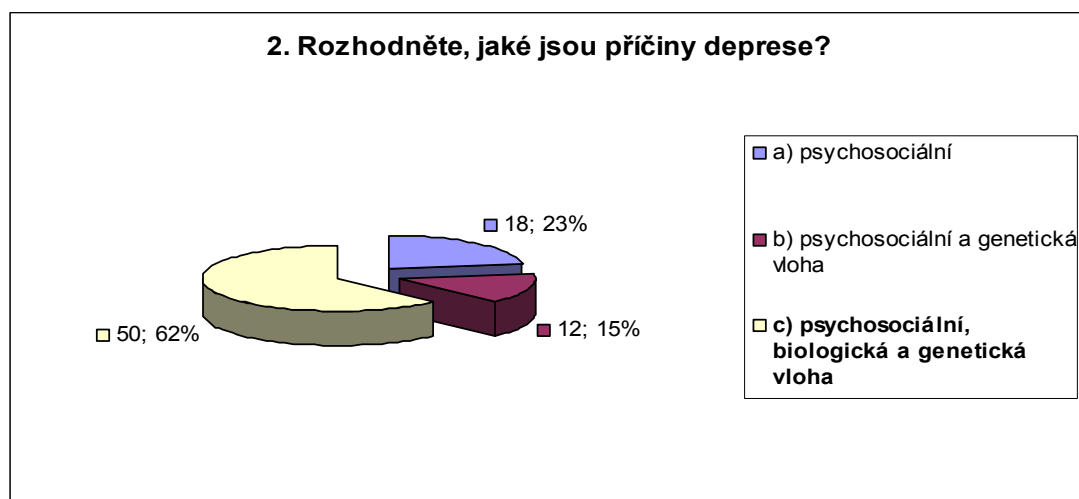
Graf 1 – Definice depresivního onemocnění



Otázka číslo 2:

Na otázku, jaké jsou příčiny deprese (viz graf 2), odpovědělo správně 62 % sester. Chybně odpovědělo 38 % dotázaných.

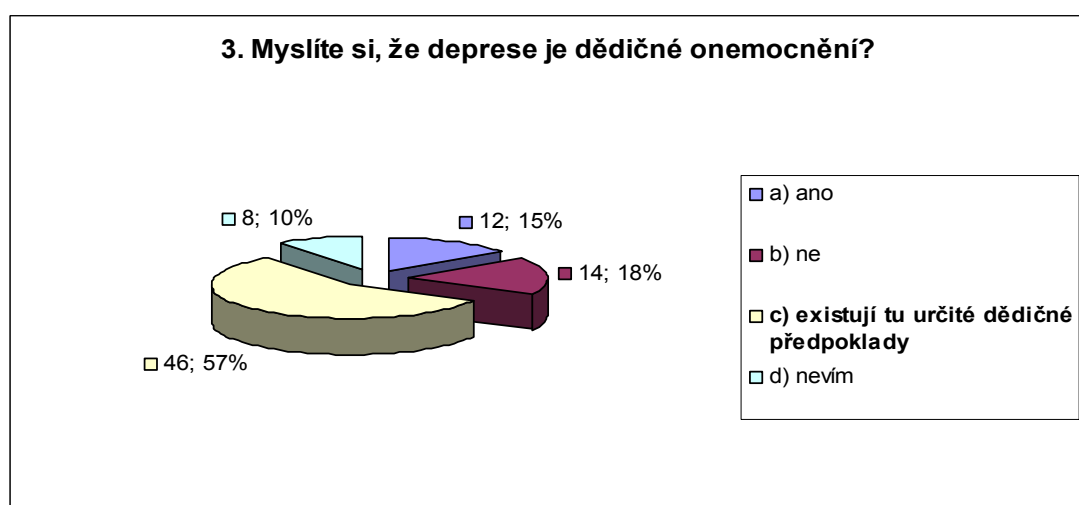
Graf 2 – Příčiny deprese



Otázka číslo 3:

Na otázku, zda je depresivní onemocnění dědičné (viz graf 3), je správná odpověď c). Tuto odpověď označilo 57 % respondentů. Zbylé nesprávné odpovědi čítají 43 % sester.

Graf 3 – Dědičnost onemocnění

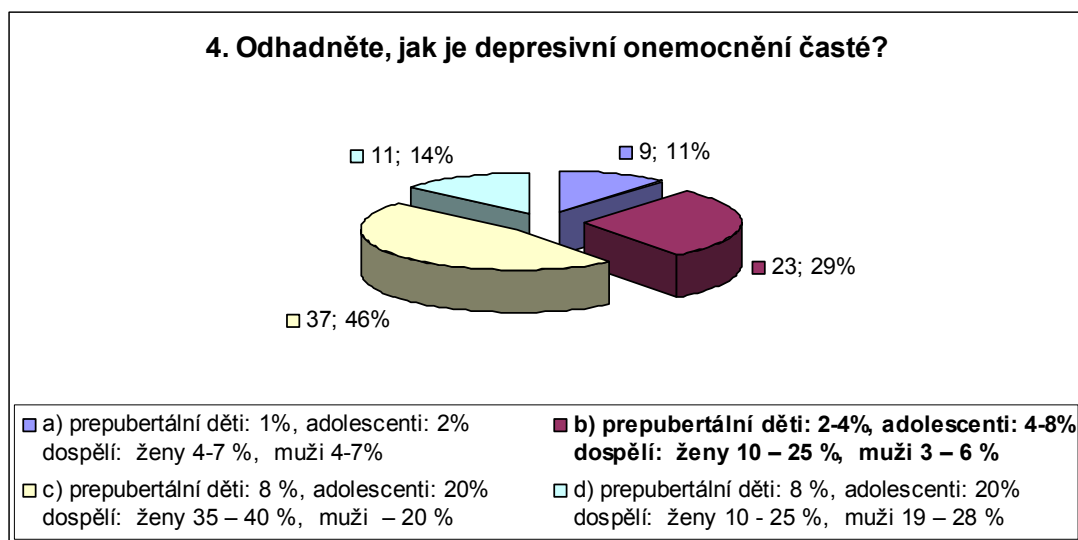


Otázka číslo 4:

Dotázaní měli odhadnout, jak časté je depresivní onemocnění (viz graf 4). Správně označilo odpověď b) 29 % respondentů.

Nejčastější odpověď byla c), kdy 46 % dotázaných přecenilo výskyt onemocnění u všech uvedených kategorií, 14 % dotázaných odpovědělo d), kdy stanovili častější výskyt v dětském věku a v mužské populaci. Zbylých 11 % sester výskyt depresivního onemocnění podcenilo u dětí a v dospělé populaci označily stejný poměr případů mezi ženským a mužským pohlavím.

Graf 4 – Výskyt depresivního onemocnění



Otázka číslo 5:

Graf 5 – Příznaky depresivního onemocnění – viz příloha č. 4

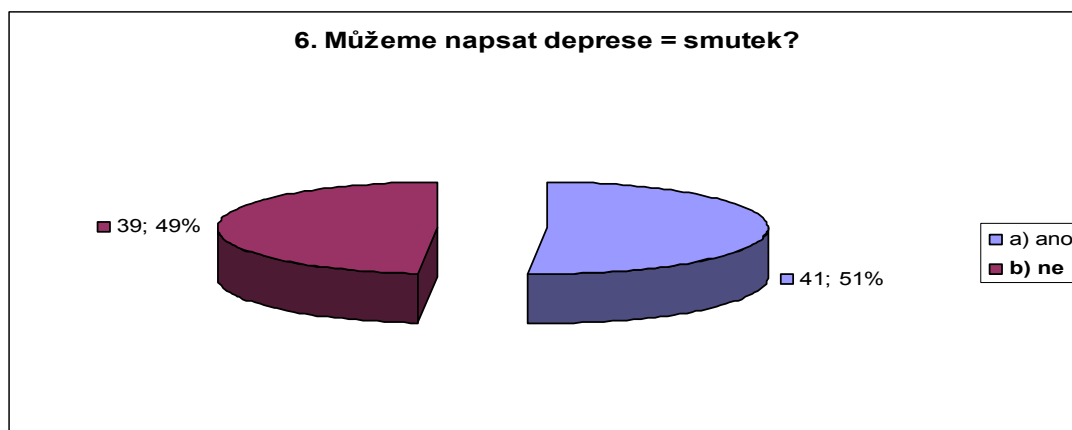
V 5. otázce měli respondenti napsat 3 příznaky depresivního onemocnění. Zaznamenala jsem 55 různých příznaků, a proto zde uvedu jen některé z nich. Smutek 11 %, poruchy spánku 8 %, únava 6 %, agresivita 6 %, úzkost 6 %, apatie 5 %, plačtivost 4 %, náladovost 3 %, ztráta zájmu 3 %, strach 3 %, sebevražedné nebo sebepoškozující sklony 2 %, 1 % respondentů uvedlo ztrátu energie nebo neschopnost něco dělat.

Překvapilo mě, že pouze 6 % respondentů se zaměřilo na tělesné příznaky a to na bolestivé stavy a trávicí obtíže.

Otázka číslo 6:

Smutek je fyziologický stav, kterým reagujeme na nějakou ztrátu, ale deprese je dlouhotrvající chorobná nálada, která je pro daného člověka netypická. Depresivní člověk spíše neumí popsat svůj vnitřní stav, málokdy uvádí smutek jako součást své nálady. Správně je tedy b), které si vybralo 49 % dotázaných. Většina však zodpověděla špatně a) ano – 51 % respondentů (viz graf 6).

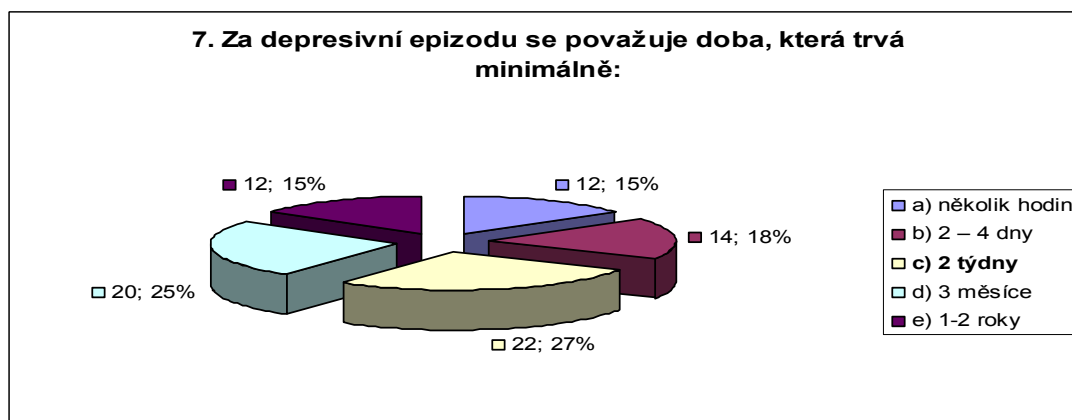
Graf 6 – Rozdíl mezi depresí a smutkem



Otázka číslo 7:

Za depresivní epizodu považujeme trvání příznaků alespoň po dobu 2 týdnů, což je odpověď c), kterou zvolilo 27 % sester. Ostatní odpovědi byly chybné - 73 % (viz graf 7).

Graf 7 – Trvání depresivní epizody

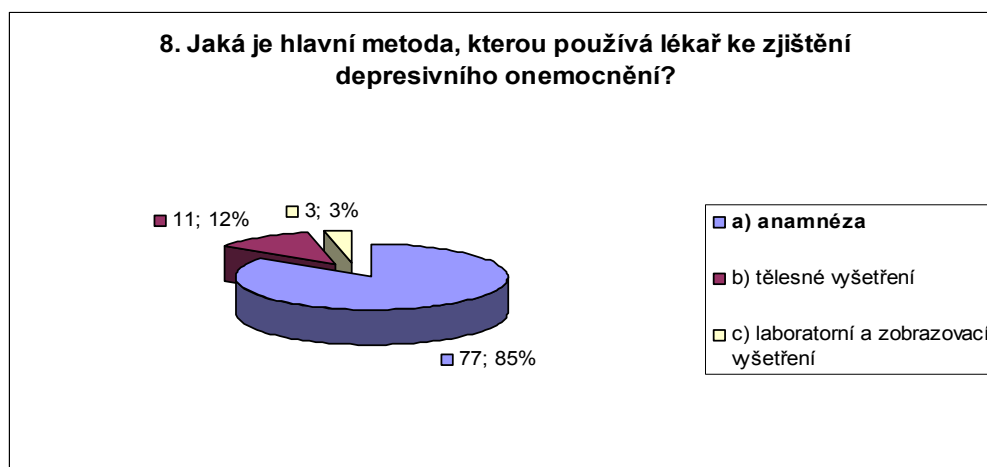


Otázka číslo 8:

Hlavní metoda, kterou užívá lékař ke zjištění depresivního onemocnění je anamnéza, kterou zvolilo 85 % sester. Tělesné vyšetření uvedlo 12 % respondentů a laboratorní a zobrazovací metody vybrala 3 % dotázaných.

Respondenti měli možnost více správných odpovědí, za hlavní metodu jsem považovala pouze anamnézu. Zde 9 respondentů vedle odpovědi a) uvedlo i b) a 1 dotázaný uvedl i odpověď c) (viz graf 8).

Graf 8 – Diagnostika onemocnění

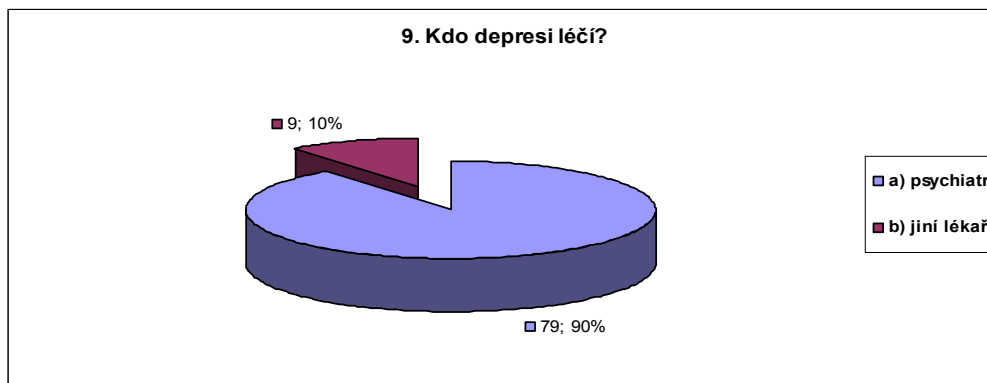


Otázka číslo 9:

Depresivní onemocnění neléčí pouze psychiatr (viz graf 9). Správně odpovědělo pouze 8 sester (10 %), které označily obě možnosti.

Zbýlých 72 sester (90 %) zvolilo pouze jednu možnost. Z toho 71 označilo a) psychiatr a 1 respondent b) jiní lékaři.

Graf 9 – Léčbu deprese může provádět nejen psychiatr, ale i jiní lékaři



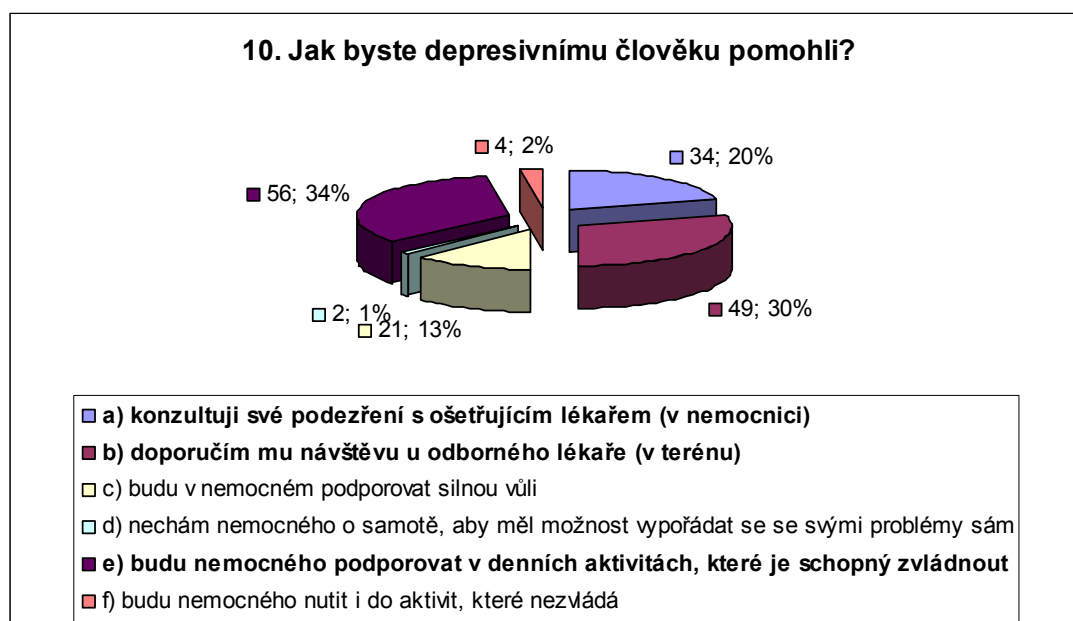
Otázka číslo 10:

U otázky, jak pomoci depresivnímu člověku, sestry vybíraly z 6 možností.

Sestry by měly konzultovat své podezření s ošetřujícím lékařem, doporučit návštěvu u odborného lékaře a podporovat nemocného v těch aktivitách, které je schopen zvládnout. Správně odpovědělo 84 % respondentů.

Silnou vůli, nechat nemocného o samotě, aby se se svými problémy vypořádal sám a nutit nemocného i do aktivit, které nezvládá, zvolilo 16 % dotázaných, tyto odpovědi považují za chybné (viz graf 10).

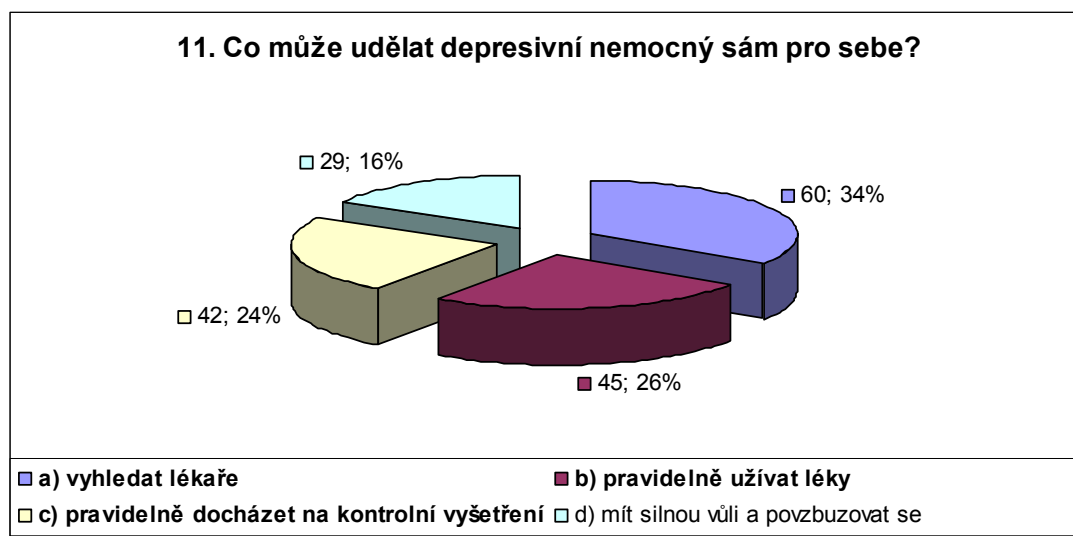
Graf 10 – Jak pomoci depresivnímu člověku



Otázka číslo 11:

Nemocný by měl vyhledat lékaře, pravidelně užívat léky a docházet na kontrolní vyšetření, správně odpovědělo 84 % respondentů. Deprese není odrazem slabé vůle. Povzbuzování silné vůle spíše uškodí, proto je tato odpověď mylná. Vybralo si ji 16 % respondentů (viz graf 11).

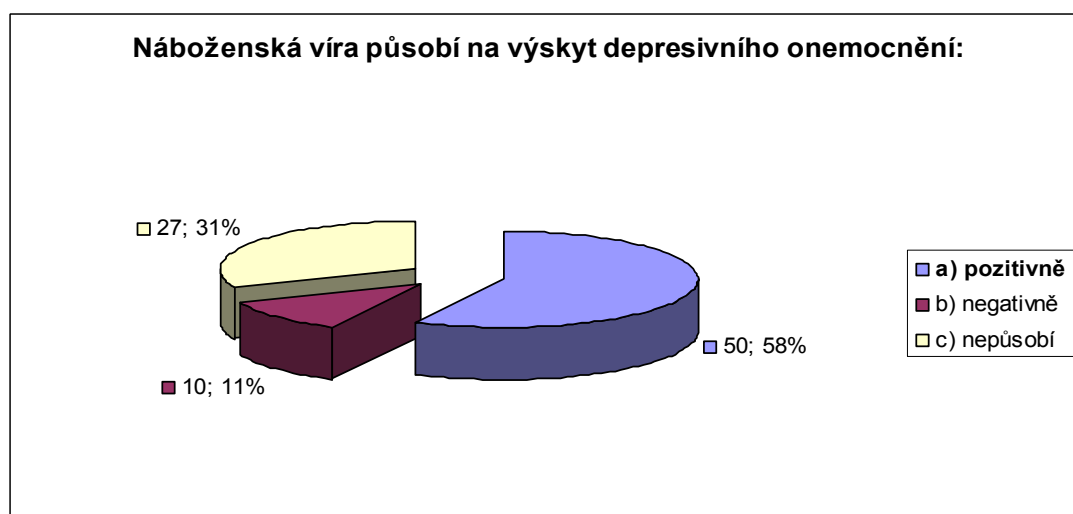
Graf 11 – Co může udělat depresivní nemocný sám pro sebe



Otázka číslo 12.1:

Sestry (v 58 % případech) se domnívají, že náboženská víra působí na výskyt depresivního onemocnění pozitivně. Negativně vnímá tento faktor 11 % respondentů a 31 % dotázaných si myslí, že tento činitel na depresivní onemocnění nepůsobí vůbec (viz graf 12.1).

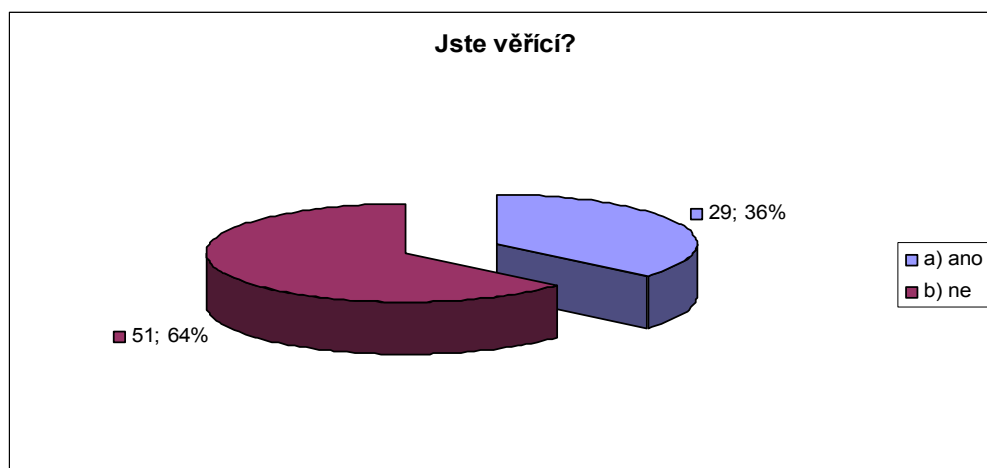
Graf 12.1 – Náboženská víra



Podotázka 12.2:

Většina, 64 % respondentů, víru nevyznává, 36% sester je věřících (viz graf 12.2).

Graf 12.2 – Osobní vyznání

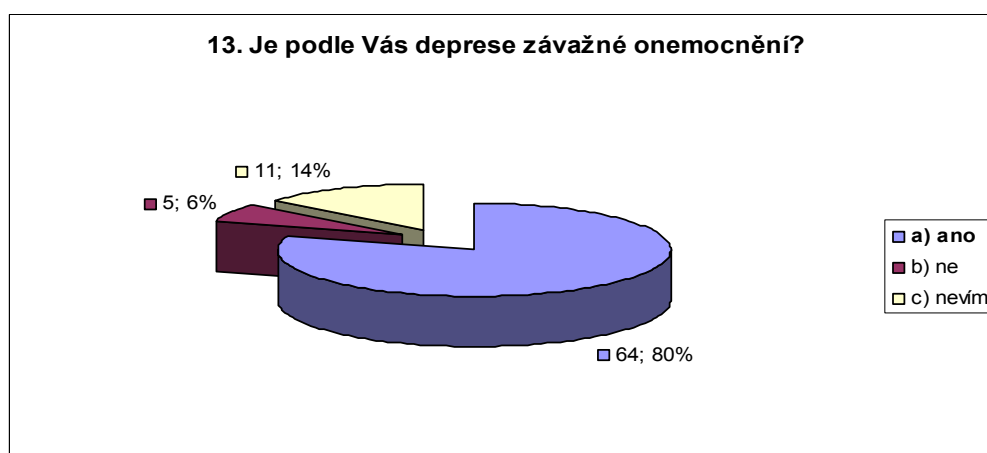


Otázka číslo 13:

Respondenti odpověděli na otázku, zda je deprese závažné onemocnění, v 80 % případů ano, 14 % dotázaných nevědělo a 6 % sester odpovědělo ne, není závažné (viz graf 13).

Pokud porovnáme tuto otázku a příznaky, které dotázaní uvedli v otázce číslo 5, všimneme si, že jen 2 % respondentů uvedla sebevražedné a sebepoškozující sklony.

Graf 13 – Závažnost onemocnění



Zpracování a vyhodnocení dat

Znalost depresivního onemocnění byla vyhodnocována z otázek číslo 1-4 a 6-13 (viz tabulka I). Nezpracovala jsem zde podotázku 12, která je hodnocena až u rizikových faktorů působících na sestru.

Z celkového počtu respondentů byli odpovědi správné v 60 %, ve zbylých 40 % byly chybné. Informovanost sester byla hodnocena v souvislosti s věkem, délkou praxe, pracovním zařazením a vzděláním. Zaznamenala jsem rozdíl pouze u studentů středních zdravotnických škol, a to k horšímu o 13 %. Domnívám se, že tato tematika studentům není příliš známá a nevěnuje se jí dostatečná pozornost.

Lepšího výsledku dosáhli učitelé odborné praxe (70 % správných odpovědí), to však může být zkresleno malým počtem respondentů (7). A také absolventi vyšších a vysokých škol dospěli k lepším výsledkům (65 % správných odpovědí).

Tabulka I - Informovanost sester o depresivním onemocnění v souvislosti s věkem, délkou praxe, pracovním zařazením a vzděláním

Sledovaný soubor	počet respondentů	správné odpovědi	chybné odpovědi
celkový počet respondentů	80	60 %	40 %
Věk respondentů			
věk do 30 let	51	60 %	40 %
věk nad 30 let	29	61 %	39 %
Délka praxe			
studenti, praxe jen v rámci výuky	20	52 %	48 %
délka praxe do 10 let	32	64 %	36 %
délka praxe nad 10 let	28	61 %	39 %
Pracovní zařazení			
učitelé odborné praxe	7	70 %	30 %
směnové sestry	47	60 %	40 %
staniční, vrchní sestry	6	60 %	40 %
Stupeň vzdělání			
studenti SZŠ	15	47 %	53 %
absolventi SZŠ	39	63 %	37 %
studenti vyšší, vysoké školy	10	61 %	39 %
absolventi vyšší, vysoké školy	16	65 %	35 %

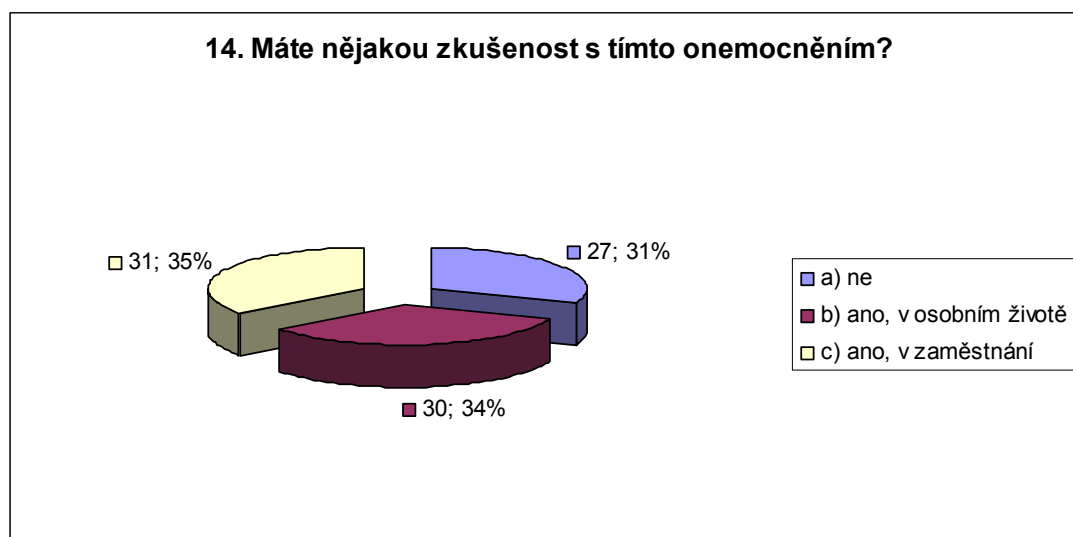
4.6.2.2 Zkušenosti respondentů s depresivním onemocněním

Respondenti v otázce číslo 14 mohli sami posoudit, jaké mají zkušenosti s tímto onemocněním vzhledem k jejich věku a k délce praxe (viz tabulka J).

Otázka číslo 14:

V otázce, zda mají zkušenost s tímto onemocněním, označilo 35 % sester odpověď ano, v zaměstnání, 34 % respondentů označilo ano, v osobním životě a 31 % dotázaných odpovědělo ne, nemám zkušenost s tímto onemocněním (viz graf 14).

Graf 14 – Zkušenost s depresivním onemocněním



Zpracování a vyhodnocení dat

Častější zkušenost uvedly sestry nad 30 let a to o 14 %. Výraznějších výsledků jsem dosáhla při rozdělení souboru respondentů dle délky praxe. Studenti uváděli v 35 %, že se s tímto onemocněním setkali, ale pouze v osobním životě. Sestry s praxí do 10 let uvedli svou zkušenost v 76 % a respondenti nad 10 let tuto skutečnost uvedli v 84 % (viz tabulka J).

Tabulka J - Zkušenosti respondentů s depresivním onemocněním v souvislosti s věkem a délkou praxe

Sledovaný soubor	počet respondentů	nemá zkušenost	má zkušenost v osobním životě	má zkušenost v zaměstnání
celkový počet respondentů	80	31 %	34 %	35 %
Věk respondentů				
věk do 30 let	51	36 %	34 %	30 %
věk nad 30 let	29	22 %	34 %	44 %
Délka praxe				
studenti, praxe jen v rámci výuky	20	65 %	35 %	0 %
délka praxe do 10 let	32	24 %	32 %	44 %
délka praxe nad 10 let	28	16 %	35 %	49 %

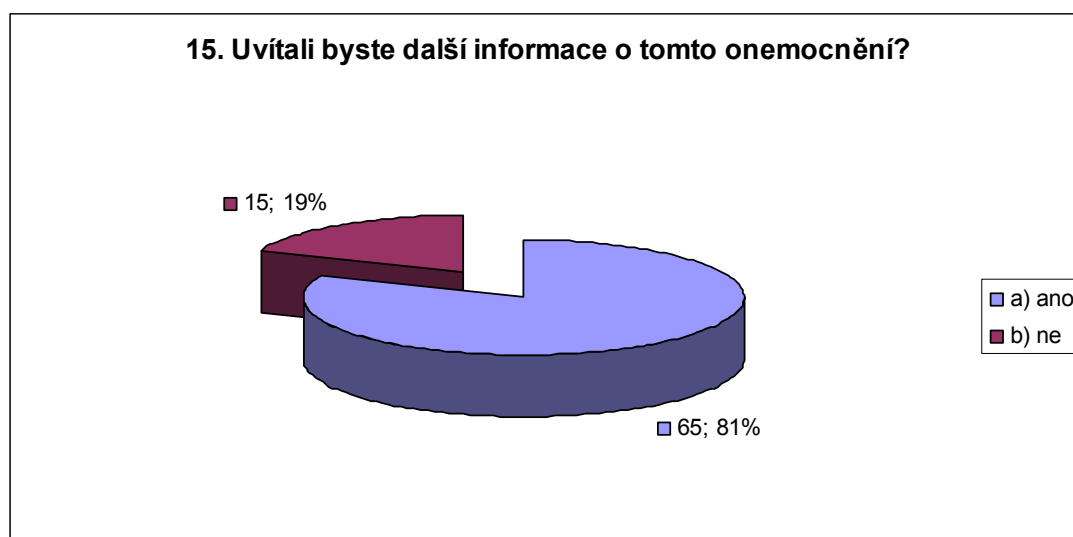
4.6.2.3 Zajímají se sestry o psychická onemocnění

Zde zjišťuji, zda sestry mají zájem o další informace o tomto onemocnění, kde by informace vyhledaly a zda mají možnost zúčastnit se konferencí nebo seminářů na téma psychiatrická onemocnění.

Otázka číslo 15:

81 % respondentů by chtělo obdržet další informace o depresivním onemocnění a opačné mínění má 19 % sester (viz graf 15).

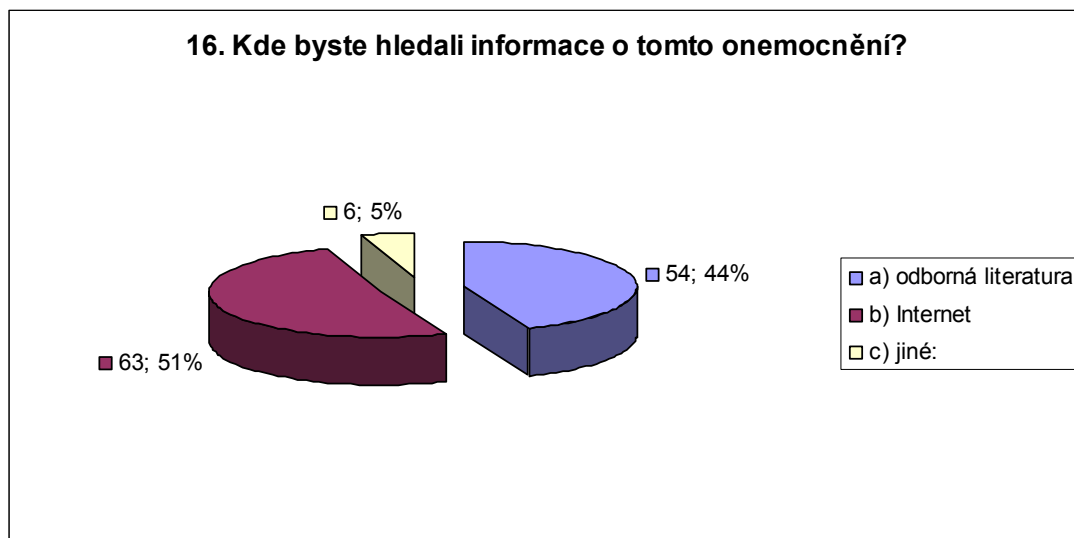
Graf 15 – Zájem o další informace



Otázka číslo 16:

Respondenti by k hledání informací využili převážně Internet – 51 % respondentů, 44 % dotázaných by vyhledalo informace v odborné literatuře a 5 % sester by využilo možnosti jiné. Zde se vyskytly odpovědi – přednášky, semináře, konference, dále konzultace s odborníkem (viz graf 16).

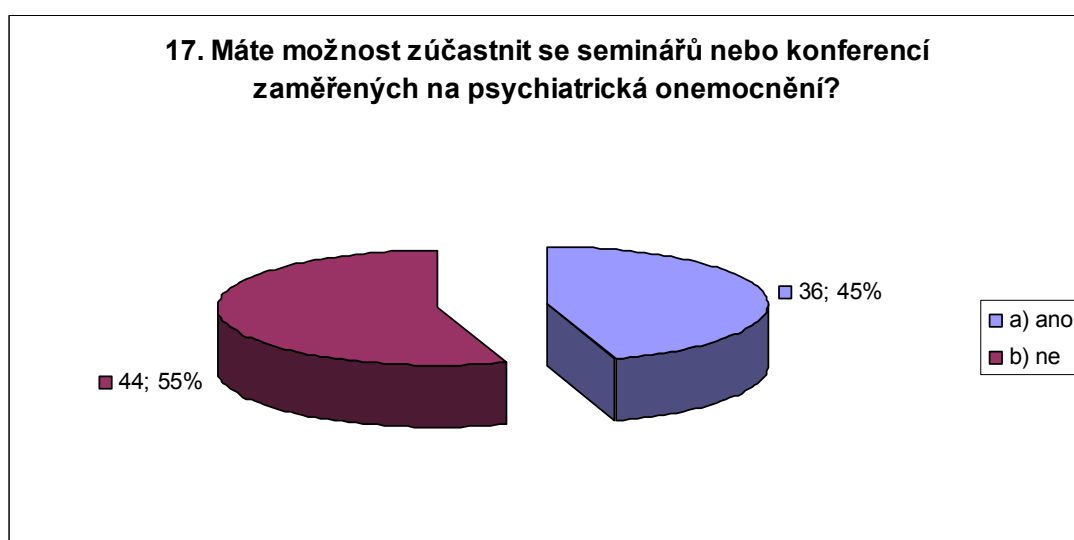
Graf 16 – Vyhledávání informací



Otázka číslo 17.1:

Na dotaz, zda mají respondenti možnost zúčastnit se seminářů, odpovědělo 55 % respondentů záporně a 45 % dotázaných kladně (viz graf 17.1).

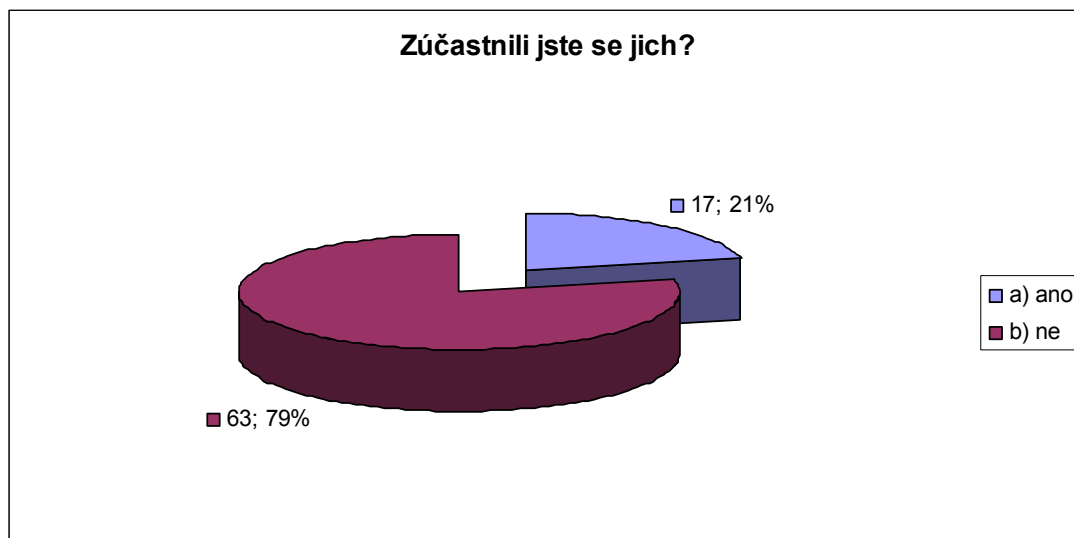
Graf 17.1 – Možnost zúčastnit se seminářů nebo konferencí



Podotázka 17.2:

Převažující počet dotázaných (79 % sester) se seminářů ani konferencí nezúčastnil, zbytek, 21 % respondentů, potvrdilo účast na těchto akcích (viz graf 17.2).

Graf 17.2 – Účast sester na seminářích nebo konferencích



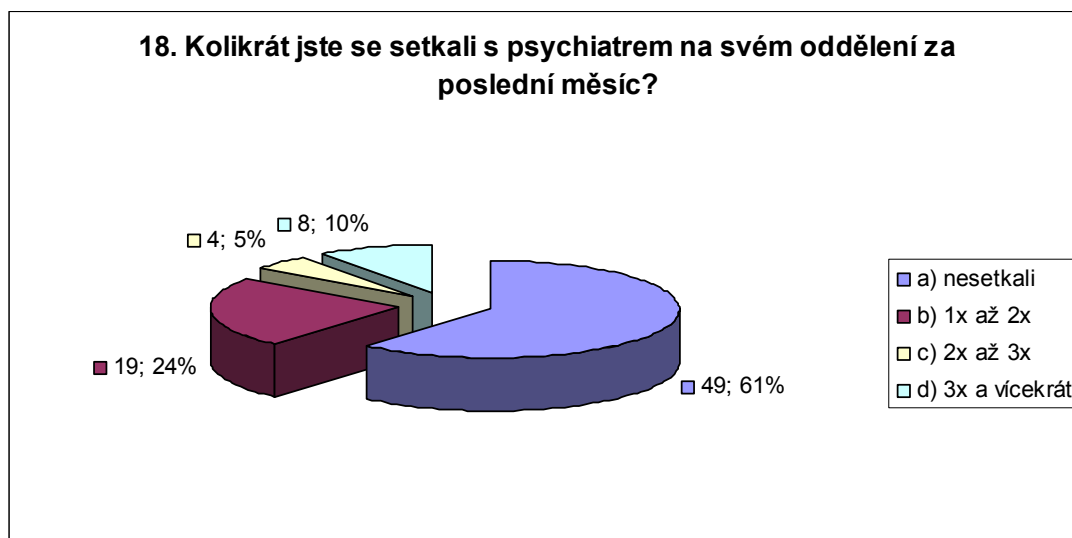
4.6.2.4 Setkávají se sestry s psychiatrem na svém pracovišti

Tato otázka měla zjistit, kolikrát se s psychiatrem sestry setkaly na svém oddělení za poslední měsíc.

Otázka číslo 18:

Ukázalo se, že v 61 % případů se respondenti nesečkali s tímto lékařem vůbec, 24 % sester odpovědělo 1x až 2x, odpověď 3x a vícekrát byla uvedena u 10 % respondentů a zbylých 5 % dotázaných odpovědělo 2x až 3x (viz graf 18).

Graf 18 – Setkání s psychiatrem



Zpracování a vyhodnocení dat

Tuto otázku jsem dále rozpracovala dle pracovišť (viz tabulka K). Zjistila jsem, že nejvíce respondentů se setkává s psychiatrem na interních pracovištích a to i 3x a vícekrát. Následuje chirurgie, kde sestry uvedly, že se setkávají s psychiatrem 1x až 2x (uvedlo 48 % respondentů).

Tabulka K – Setkání s psychiatrem

	počet respondentů	nesetkali	1x až 2x	2x až 3x	3x a vícekrát
celkový počet respondentů	80	61 %	24 %	5%	10%
učitelé odborné praxe	7	100 %	0 %	0 %	0 %
studenti	20	90 %	10 %	0 %	0 %
ambulance	7	100 %	0 %	0 %	0 %
interna	25	24 %	28 %	16 %	32 %
chirurgie	21	52 %	48 %	0 %	0 %

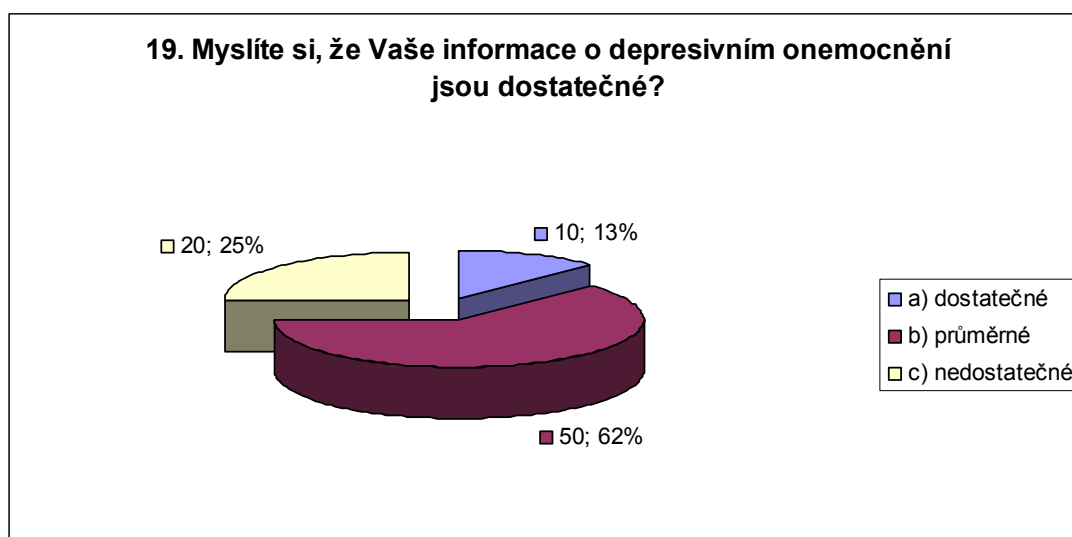
4.6.2.5 Jak své znalosti o depresivní onemocnění hodnotí sestry

Zde zjišťuji, jak své vědomosti hodnotí sestry.

Otázka číslo 19:

Při hodnocení vlastních znalostí převažovala odpověď: průměrná vědomost, označilo ji 62 % dotázaných. Odpověď nedostatečné znalosti uvedlo 25 % respondentů a ostatní, 13 % sester, označili odpověď dostatečné (viz graf 19).

Graf 19 – Jak své znalosti o depresivním onemocnění hodnotí sestry



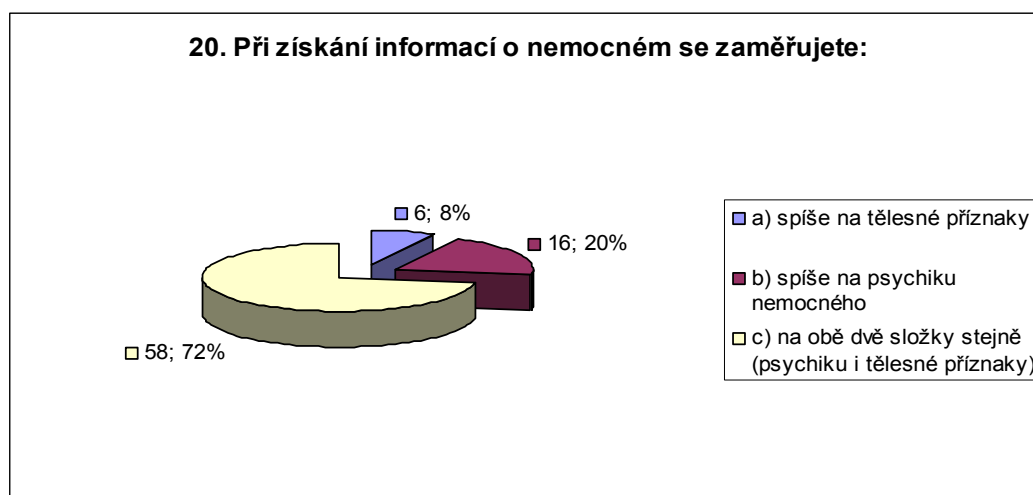
4.6.2.6 Na jaké příznaky se sestry zaměřují

Tato otázka měla zjistit, zda se sestry zaměřují pouze na tělesné příznaky, na psychiku nemocného nebo na obě složky současně.

Otázka číslo 20:

Zjistila jsem, že ve většině případů (72 % dotázaných) se sestry zaměřují na psychiku i tělesné obtíže stejně, 20 % respondentů se soustředí spíše na psychiku a 8 % sester dbá jen o tělesné příznaky (viz graf 20).

Graf 20 – Získání informací o nemocném



Zpracování a vyhodnocení

Stále více se ošetrovatelství zaměřuje na člověka jako na bio-psycho-sociální a spirituální bytost. Po sestrách je vyžadováno čím dál více pracovních výkonů a administrativy. Je tedy možné dostatečně se zaměřit na obě složky, jak uvádím v grafu číslo 20. Mohlo by jít o zajímavý předmět dalšího zkoumání, ale v této práci není tématem mého průzkumu. Na druhé straně, pokud se vrátíme k příznakům onemocnění, které respondenti uváděli v otázce 5, pouze 7 % z nich se zaměřilo na tělesné obtíže. Je tedy možné předpokládat, že sestry si psychiatrická onemocnění asociují spíše s psychickou stránkou člověka.

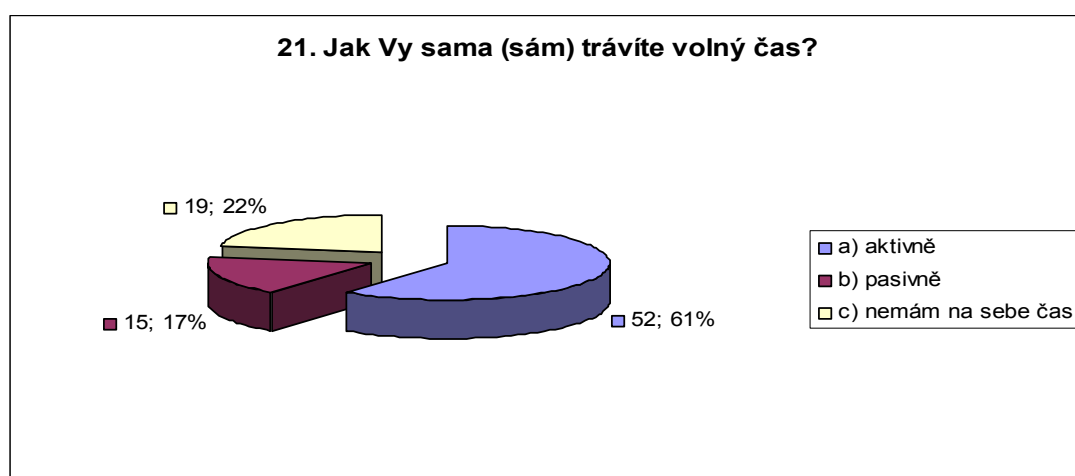
4.6.2.7 Posouzení čtyř rizikových faktorů působících na sestru

Zde jsem se zabývala rozbořem otázek číslo 21 až 24 (viz tabulka K).

Otázka číslo 21:

Sestry tráví svůj volný čas aktivně v 61 %, 22 % dotázaných uvedlo: „nemám na sebe čas“. Zbylých 17 % odpovědělo - pasivně (viz graf 22).

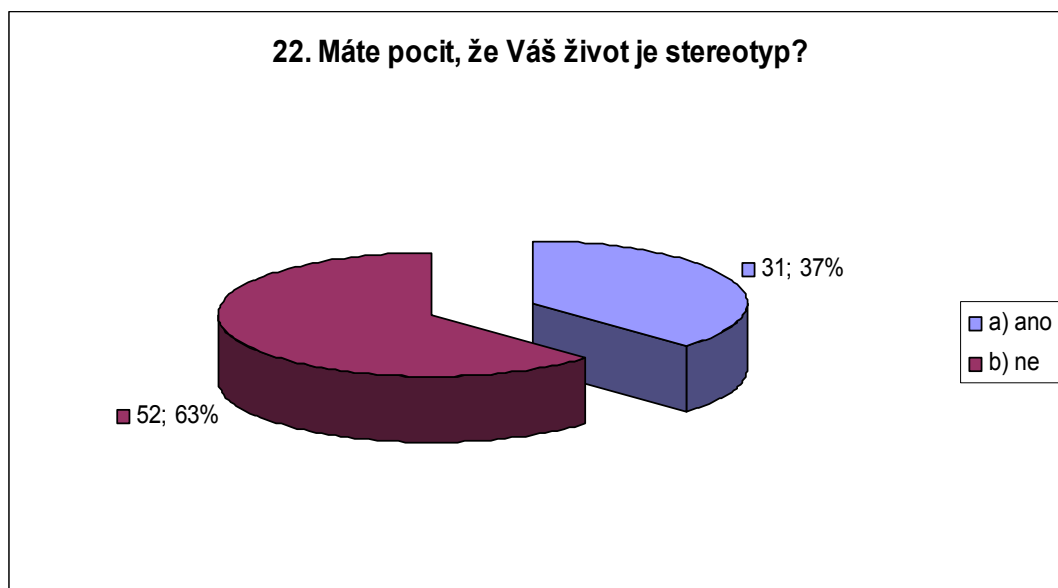
Graf 21 – Volný čas



Otázka číslo 22:

Životní stereotyp vnímá 37 % dotázaných. Zbytek respondentů, 63 % sester, tuto neměnnost v životě nepociťuje (viz graf 22).

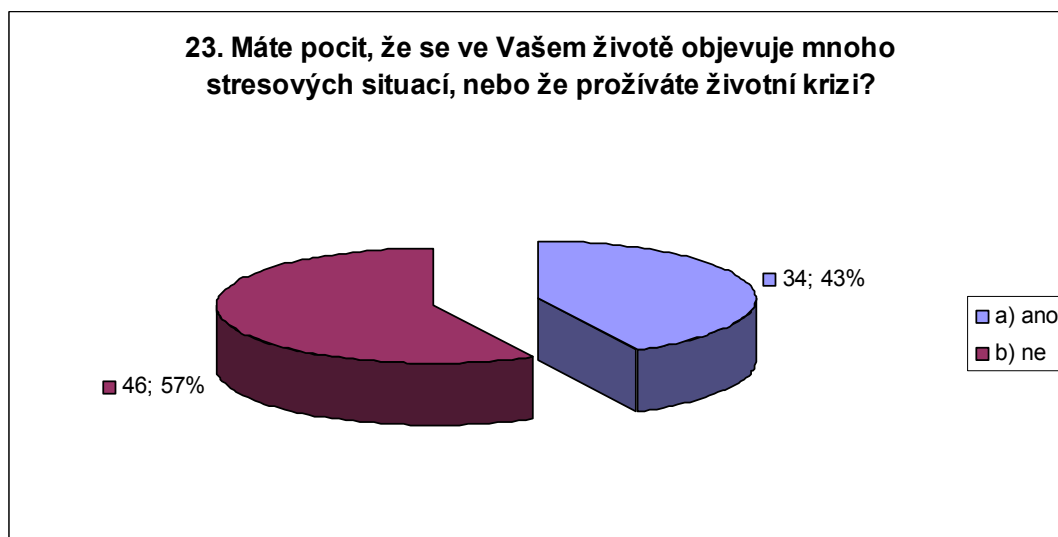
Graf 22 – Životní stereotyp



Otázka číslo 23:

V této otázce, zda sestry prožívají životní krizi nebo mnoho stresových situací, odpovědělo kladně 57 % respondentů. Záporně 43 % dotázaných (viz graf 23).

Graf 23 – Prožívání stresových situací nebo životních krizí

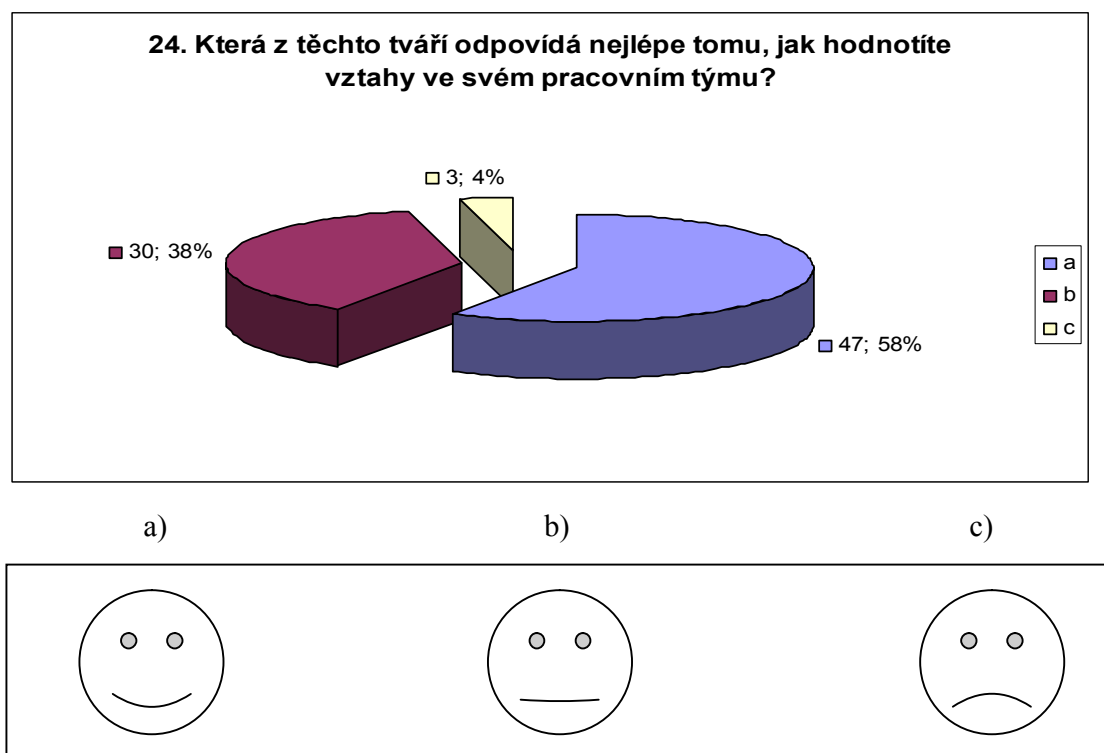


Otázka číslo 24:

V otázce, kde měli dotazovaní označit tvář, která nejlépe odpovídá tomu, jak hodnotí vztahy ve svém pracovním týmu, vyjádřilo 58 % lidí spokojenost, 38 % respondentů nevyjádřilo ani spokojenost ani nespokojenost. A jen 4 % dotázaných uvedla nespokojenost s pracovními vztahy (viz graf 24).

Jistě je nutné sledovat potřeby a spokojenost zaměstnanců. Pokud tomu tak není, může to vést k nedostatečnému profesionálnímu růstu a dochází i k zhoršení kvality péče o nemocné.

Graf 24 – Vztahy v pracovním týmu



Zpracování a vyhodnocení dat

Za pozitivní faktory jsem označila odpovědi: aktivní či pasivní odpočinek, absence pocitu stereotypu, stresových situací nebo životních krizí, pozitivní nebo neutrální hodnocení vztahů v pracovním týmu.

Za negativní faktory jsem považovala odpovědi: „nemám na sebe čas, mám pocity stereotypu, dostávám se do stresových situací nebo životních krizí a nespokojenost v pracovním týmu.“

V tomto vyhodnocení dopadli hůře muži oproti ženám. Věřící mají lepší výsledky než lidé nevyznávající víru. Z hlediska pracovišť dopadla nejlépe chirurgie a studenti, nejhůře učitelé a interní pracoviště (viz tabulka K).

Tabulka K – Rizikové faktory u sester podle pohlaví, bydliště, víry, pracoviště

Sledovaný soubor	počet respondentů	pozitivní faktory	negativní faktory
celkový počet respondentů	80	74 %	26 %
Pohlaví			
muži	12	64 %	36 %
ženy	68	75 %	25 %
Náboženská víra			
věřící	29	83 %	17 %
nevěřící	51	68 %	32 %
Pracoviště			
učitelé	7	50 %	50 %
studenti	20	80 %	20 %
ambulance	7	75 %	25 %
interna	25	62 %	38 %
chirurgie	21	88 %	12 %

4.6.3 Shrnutí a potvrzení či vyvrácení hypotéz

Hypotéza 1:

Předpokládala jsem, že sestry nejsou dostatečně informované. Výsledky šetření ukázaly, že v 60 % byly odpovědi správné, myslím si, že značný vliv na správnost odpovědí měla volba dotazníkové metody. Nejhorších výsledků dosáhli studenti střední zdravotnické školy.

Dotázaní uváděli spíše vyšší výskyt tohoto onemocnění než odpovídá realitě. Tato část hypotézy se nepotvrdila.

Z odpovědí na 10. a 11. otázku vyplynulo, že sestry jsou schopné pomoci nemocnému, ale otázkou zůstává, zda by si dokázaly poradit ve skutečné situaci, správně ji vyhodnotit a vhodně reagovat.

Hypotéza 2:

Potvrdilo se, že více zkušeností udávají sestry ve vyšším věku a s delší praxí.

Hypotéza 3:

Prokázalo se, že sestry mají zájem o další informace, tato hypotéza se nepotvrdila. K vyhledání informací převážně využívají Internet. Mírná převaha sester uvedla, že mají možnost zúčastnit se seminářů nebo konferencí zaměřených na tuto problematiku, ale potvrdilo se, že se jich většinou nezúčastňují.

Hypotéza 4:

Předpokládala jsem, že se sestry nesetkávají na svém oddělení s psychiatrem. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 5:

Prokázalo se, že sestry ohodnotily své znalosti jako průměrné, tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 6:

Dotázaní uvedli, že při získávání informací se zaměřují na tělesné příznaky i psychiku nemocného. Tato hypotéza se potvrdila. Ale je tomu skutečně tak? Mají sestry dostatek času na získání informací o nemocném? To by mohlo být předmětem dalšího zkoumání. Sestry si zřejmě asociují psychiatrická onemocnění spíše s psychikou nemocných, protože pouze 7 % z nich uvedlo u příznaků onemocnění tělesné obtíže.

Hypotéza 7:

Rizikové faktory se objevují u 26 % dotázaných, což je vyšší počet, než jsem předpokládala. Z průzkumu vyplynulo, že jsou ohroženi více muži než ženy. Nejvíce rizikových faktorů se prokázalo u učitelů odborné praxe a na interních pracovištích. Dospěla jsem také k závěru, že věřící lidé jsou méně ohroženi než lidé, kteří víru nevyznávají.

5 ZÁVĚR

Práce nás měla seznámit s depresivním onemocněním, terapeutickými možnostmi a ošetrovatelským přístupem, o což jsem se pokusila v teoretické části práce. S povědomím sester o depresivním onemocnění, jejich sebehodnocením a výskytem rizikových faktorů působících na sestru nás seznámila vlastní práce, kde jsem se snažila vytvořit hypotézy, zaznamenat a zpracovat údaje z vytvořeného dotazníku.

Mějme na paměti, že toto onemocnění může potkat každého z nás a ne vždy nad ním musíme zvítězit. Včasnou diagnózou, léčbou a s pomocí lékaře můžeme toto onemocnění překonat a ulehčit život nemocným.

5.1 Možnosti řešení tohoto problému

Myslím si, že je nutné věnovat tomuto tématu větší pozornost, zejména na zdravotnických školách. Zaměřit se na kontakt, komunikaci s nemocným a také řešení problémových situací. Čím více podnětů budeme z této oblasti přinášet, tím více budou sestry informované.

Práce by mohla posloužit sestrám v ambulancích i na lůžkových odděleních k lepšímu porozumění, rychlejší detekci a včasné léčbě onemocnění.

5.2 Směr budoucího průzkumu

Po této práci bych se chtěla zaměřit hlavně na ambulantní část péče, která je hlavním momentem pro odhalování takto nemocných lidí.

V této době již pracuji na vytvoření příručky pro zdravotní sestry vycházející z teoretické části mé práce.

6 SEZNAM ZKRATEK

AD	antidepresiva
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
DM	diabetes melitus
ECT	elektrokonvulzivní terapie
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
GFS	gastrofibroskopie
IM	infarkt myokardu
IMAO	inhibitory monoaminoxidázy
MKN 10	mezinárodní klasifikace nemocí, v současné době je platná 10. revize, která užívá alfanumerický kódovací systém
F30 – F39 poruchy nálady (afektivní poruchy)	
F32 depresivní fáze (F32)	
- F32.0 lehká depresivní fáze	
- F32.1 středně těžká depresivní fáze	
- F32.2 těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků	
- F32.3 těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky	
- F32.8 jiné depresivní fáze	
- F32.9 depresivní fáze nespecifikované	
F33 periodická (rekurentní) depresivní porucha	
F34 trvalé poruchy nálady	
- F34.1 dystymie	
F40 - F49 neurologické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	
F43 reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	
- F43.2 poruchy přizpůsobení (krátkodobá, dlouhodobá a smíšená, úzkostná a depresivní porucha)	

F45	somatoformní porucha
MR	magnetická rezonance
NaSA	noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva
NDRI	inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu
TCA	tricyklická antidepresiva
TeCA	tetracyklická antidepresiva
TSH	tyreotropní hormon
SNRI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
SSRI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KNIHY

1. BOUČEK, J.; PIDRMAN, V.; KAPKOVÁ, O. (red.). *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 304s. ISBN 80-247-1136-2
2. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 174s. ISBN 80-7013-243-4
3. DISMAN, M.; HORYNA, M. (ed.) *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. dotisk, 3. vydání Praha: Universita Karlova v Praze, 2007. 374s. ISBN 978-80-246-0139-7
4. HONZÁK, R.; HOUDEK, L. (ed.). ; DERNEROVÁ, S. (red.). *Deprese (Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci)*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 109s. ISBN 80-85824-95-7
5. HONZÁK, R.; et al.; HOUDEK, L. (ed.). *Kde se stala chyba? Kazuistiky I*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 127s. ISBN 80-85824-48-5
6. HONZÁK, R.; HOUDEK, L. (ed.). ; DERNEROVÁ, S. (red.). *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1997, 1999. 165s. ISBN 80-7262-032-0
7. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J.; PALČOVÁ, A. (red.). *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002. 895s. ISBN 80-900130-1-5
8. JUŘENÍKOVÁ, P.; HŮSKOVÁ, J. *Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol 2. část – ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2001. 174s.
9. KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J.; PÁNKOVÁ, A. (red.). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5

10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepr. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1995. 155s. ISBN 80-7013-187-X
11. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M.; et al.; *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6
12. *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN – 10) – Duševní poruchy a poruchy chování (Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka)*
13. NEVŠÍMALOVÁ, S.; ŠONKA, K.; et al.; HUGO, J. (red.). *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf s. r. o., 1997. ISBN 80-85800-37-3
14. PIDRMAN, V.; BOUČEK, J. ; KRYL, M. ; PALČOVÁ, A. (red.). *Deprese v interní medicíně*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. 48s. ISBN 80-85121-69-7
15. PIDRMAN, V.; et. al.; HOUDEK, L. (ed); DERNEROVÁ, E. (red.). *Deprese z různých úhlu pohledu II*, 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 179s. ISBN 978-80-7262-474-4
16. PRAŠKO, J.; et al.; PFEIFEROVÁ, A. (red.). *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: INFORMATORIUM, spol s. r. o., 2003. 192s. ISBN 80-7333-002-4
17. RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P.; et al.; HOUDEK, L. (ed.); DERNEROVÁ, S. (red.). *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8 (Galén) ISBN 80-246-0390-X (Karolinum)
18. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P. ; JANOTOVÁ, D.; PODRÁZSKÁ, A. (red.). *Psychiatrie minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: TRITON, 2006. 211s. ISBN 80-7254-746-1
19. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G.; BIDLOVÁ, M. (red.). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8

20. VOKURKA, M.; HUGO, J.; et al.; HUGOVÁ, E. (red.). *Velký lékařský slovník*. 4. aktualizované vyd. Praha: MAXDORF, 2004. 966s. ISBN 80-7345-037-2
21. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J.; PODMOLÍKOVÁ, I. (red.). *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5

ČASOPISY

22. MAJEROVÁ, M.; *Sestra*, Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky; *Depresivní onemocnění*. roč. 16, 2006, evidenční číslo MK ČR: E 15721, s.46, ISSN 1210-0404

LETÁKY

23. HÖSCHL, C. (red.); *Deprese známá neznámá; Cesta k uzdravení*.
24. LAŇKOVÁ, J.; *Nebojte se deprese*. Odborný grant doporučeného postupu na léčbu deprese pro praktické lékaře - Společnost všeobecného lékařství ČSL JEP
25. RABOCH, J. (odborná spolupráce); *Deprese*

INTERNET

26. LAŇKOVÁ, J.; SIBLÍKOVÁ, J. *Deprese – Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2004. 16s. ISBN 80-903573-1-8
27. VINAŘ, O. *Deprese (doporučené postupy pro praktické lékaře)*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2002. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3, Reg. č. o/038/277

PŘEDNÁŠKY A KONFERENCE

28. *Afektivní poruchy* (Vaše pravidelná dávka emocí) – psychiatrie 2.LF
(přednášející MUDr. M. Goetz) datum: 16.10. 2007
29. BRITSKO-ČESKÁ KONFERENCE *Spirituální péče ve zdravotnictví (aneb co fonendoskopem není slyšet)*, přednáška prof. A. Simse: Přínos spirituální péče pro religiozní a nereligiozní pacienty. Datum: 18.10. 2007

8 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Bludný kruh deprese

Příloha č. 2 – Zungova škála

Příloha č. 3 - Dotazník

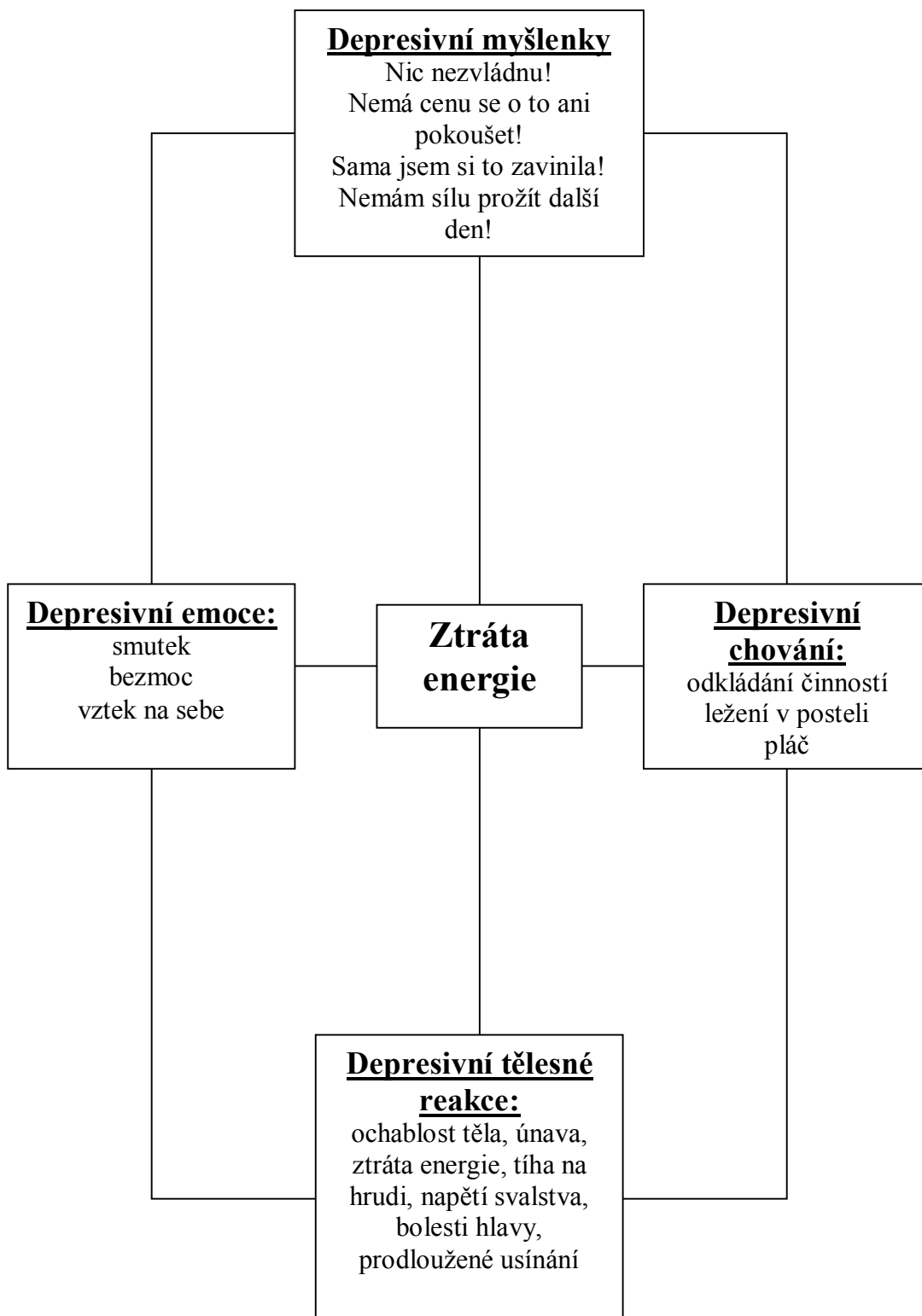
Příloha č. 4 – Graf č. 5 – Příznaky depresivního onemocnění

Obsah

1	ÚVOD	5
2	CÍL PRÁCE	10
3	PROBLEMATIKA DEPRESIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ	11
3.1	Charakteristika onemocnění	11
3.2	Epidemiologie	11
3.2.1	<i>Komorbidita depresivního onemocnění</i>	12
3.3	Etiologie	12
3.3.1	<i>Biologické příčiny</i>	12
3.3.2	<i>Psychosociální příčiny</i>	13
3.3.3	<i>Genetické příčiny</i>	13
3.3.4	<i>Vývojové vlivy</i>	13
3.4	Klasifikace onemocnění	14
3.4.1	<i>Depresivní fáze</i>	14
3.4.2	<i>Formy depresivní epizody</i>	15
3.5	Symptomatologie onemocnění	16
3.6	Suicidální jednání	19
3.7	Diagnostika deprese.....	19
3.7.1	<i>Anamnéza</i>	20
3.7.2	<i>Základní laboratorní vyšetření</i>	20
3.7.3	<i>Interní a neurologické vyšetření</i>	20
3.7.4	<i>Psychologické vyšetření</i>	21
3.7.5	<i>Diferencialní diagnóza</i>	21
3.8	Role sestry.....	21
3.8.1	<i>Kontakt s nemocným</i>	21
3.8.2	<i>Ošetrovatelský přístup a péče</i>	22
3.8.3	<i>Organizační deprese</i>	22
3.9	Jak pomoci nemocnému	23
3.10	Edukace rodiny	23
3.11	Co může nemocný udělat sám pro sebe.....	24

3.12	Léčba deprese.....	24
3.12.1	<i>Léčba nefarmakologická</i>	25
3.12.1.1	Psychoterapie.....	25
3.12.1.2	Fototerapie	26
3.12.1.3	Elektrokonvulzivní terapie.....	26
3.12.2	<i>Léčba farmakologická</i>	27
3.12.2.1	Třezalka tečkovaná.....	27
3.12.2.2	Antidepresiva.....	27
3.12.2.3	Anxiolytika.....	34
3.13	Prognóza.....	34
4	INFORMOVANOST SESTER O DEPRESIVNÍM ONEMOCNĚNÍ....	35
4.1	Formulace problému.....	35
4.2	Metodika práce.....	35
4.3	Pilotní studie, předvýzkum a jeho zpracování	35
4.4	Technika sběru informací a vlastní zpracování dotazníku	36
4.5	Hypotézy	37
4.6	Vlastní studie	38
4.6.1	<i>Charakteristika sledovaného souboru</i>	38
4.6.2	<i>Vyhodnocení dat dotazníku, jejich analýza a diskuze</i>	42
4.6.2.1	Informovanost sester o depresivním onemocnění.....	42
4.6.2.2	Zkušenosti respondentů s depresivním onemocněním ...	51
4.6.2.3	Zajímají se sestry o psychická onemocnění	53
4.6.2.4	Setkávají se sestry s psychiatrem na svém pracovišti ...	56
4.6.2.5	Jak své znalosti o depresivní onemocnění hodnotí sestry.....	58
4.6.2.6	Na jaké příznaky se sestry zaměřují.....	59
4.6.2.7	Posouzení čtyř rizikových faktorů působících na sestru..	60
4.6.3	<i>Shrnutí a potvrzení či vyvrácení hypotéz</i>	64
5	ZÁVĚR.....	66
5.1	Možnosti řešení tohoto problému.....	66
5.2	Směr budoucího průzkumu	66
6	SEZNAM ZKRATEK.....	67
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
8	PŘÍLOHY.....	73

- Bludný kruh deprese



Příloha č.2 – Zungova škála

Zungova (sebeuposuzující) škála				
	nikdy	občas	často	stále
1. Jsem skleslý/á a rozrušený/á				
2. Ráno se cítím nejlépe				
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče				
4. Mám potíže se spaním				
5. Sním stejně jídla jako dříve				
6. Sexuální život mi činí potěšení				
7. Všiml/a jsem si, že ubývám na hmotnosti				
8. Mám potíže se zácpou				
9. Srdce mi buší rychleji než obvykle				
10. Unavím se a nevím proč				
11. Mám v hlavě jasno jako vždycky				
12. Snadno zvládnou totéž co dřív				
13. Cítím nepokoj a neudrím se v klidu				
14. Jsem optimistický do budoucnosti				
15. Jsem dráždivější než obvykle				
16. Snadno se rozhoduji				
17. Cítím, že jsem užitečný/á, potřebný/á				
18. Žiji plným životem				
19. Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych zemřela				
20. Těší mne tytéž věci jako dříve				
<p>Instrukce pro vyplnění: Přečtěte si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil(a) v průběhu posledního týdne. Dodržujete-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte, jako kdybyste na dietě nebyla. Jméno: Věk:.....Datum:.....</p>				
<p>Vyhodnocení: nikdy = 1, občas = 2, často = 3, stále = 4 reverzně (tzn. že v následujících otázkách se body sčítají odzadu, nikdy = 4, občas = 3, často = 2, stále = 1): položky 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 cut-off: 40-60 – středně závažná deprese, více než 60 – těžká deprese</p>				

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Jana Dejčmarová, jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia Ošetrovatelství. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je určen jako součást výzkumu k bakalářské práci. Zaměřuji se zde na informovanost sester o depresivním onemocnění, zda jste tímto onemocněním ohroženi a zda se cítíte Vy sami dostatečně informováni o tomto onemocnění. Údaje, které vyplníte, jsou zcela anonymní a slouží pouze pro studijní účely.

Vyplňte dotazník čitelně. Pokud se v dotazníku zmýlíte, chybu přeškrtněte, napište „OPRAVA:“ a chybu opravte. U otázek typu a), b), c) ... je možno více správných odpovědí.

Anonymní dotazník

Váš věk:

Pohlaví:

Bydliště (město, vesnice):

Délka praxe:

Pracovní zařazení:

Pracoviště (typ oddělení):

Stupeň vzdělání (podtrhněte): střední škola, vyšší škola, vysoká škola

1. Která definice je pravdivá?

- a) deprese není psychické onemocnění, patří mezi afektivní poruchy
- b) deprese není psychické onemocnění, patří mezi neurotické poruchy
- c) deprese je psychické onemocnění, patří mezi afektivní poruchy
- d) deprese je psychické onemocnění, patří mezi neurotické poruchy

2. Rozhodněte, jaké jsou příčiny deprese?

- a) psychosociální
- b) psychosociální a genetická vloha
- c) psychosociální, biologická a genetická vloha

3. Myslíte si, že deprese je dědičné onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) existují tu určité dědičné předpoklady
- d) nevím

4. Odhadněte, jak je depresivní onemocnění časté?

- a) Prepubertální děti: 1 %, Adolescenti: 2 %
Dospělí: ženy 4-7 %, muži 4-7 %
- b) Prepubertální děti: 2-4 %, Adolescenti: 4-8 %
Dospělí: ženy 10 – 25 %, muži 3 – 6 %
- c) Prepubertální děti: 8 %, Adolescenti: 20 %
Dospělí: ženy 35 – 40 %, muži – 20 %
- d) Prepubertální děti: 8 %, Adolescenti: 20 %
Dospělí: ženy 10 - 25 %, muži 19 – 28 %

5. Napište 3 příznaky deprese:

-
-
-

6. Můžeme napsat deprese = smutek?

- a) ano
- b) ne

7. Za depresivní epizodu se považuje doba, která trvá minimálně:

- a) několik hodin
- b) 2 – 4 dny
- c) 2 týdny
- d) 3 měsíce
- e) 1-2 roky

8. Jaká je hlavní metoda, kterou používá lékař ke zjištění depresivního onemocnění?

- a) anamnéza
- b) tělesné vyšetření
- c) laboratorní a zobrazovací vyšetření

9. Kdo depresi léčí?

- a) psychiatr
- b) jiní lékaři

10. Jak byste depresivnímu člověku pomohli?

- a) konzultuji své podezření s ošetřujícím lékařem (v nemocnici)
- b) doporučím mu návštěvu u odborného lékaře (v terénu)
- c) budu v nemocném podporovat silnou vůli
- d) nechám nemocného o samotě, aby měl možnost vypořádat se se svými problémy sám
- e) budu nemocného podporovat v denních aktivitách, které je schopný zvládnout
- f) budu nemocného nutit i do aktivit, které nezvládá

11. Co může udělat depresivní nemocný sám pro sebe?

- a) vyhledat lékaře
- b) pravidelně užívat léky
- c) pravidelně docházet na kontrolní vyšetření
- d) mít silnou vůli a povzbuzovat se

12. Náboženská víra působí na výskyt depresivního onemocnění:

- a) pozitivně
- b) negativně
- c) nepůsobí

Jste věřící?

- a) ano
- b) ne

13. Je podle Vás deprese závažné onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Máte nějakou zkušenost s tímto onemocněním?

- a) ne
- b) ano, v osobním životě
- c) ano, v zaměstnání

15. Uvítali byste další informace o tomto onemocnění?

- a) ano
- b) ne

16. Kde byste hledali informace o tomto onemocnění?

- a) odborná literatura
- b) Internet
- c) jiné:

17. Máte možnost zúčastnit se seminářů nebo konferencí zaměřených na psychiatrická onemocnění?

- a) ano
- b) ne

Zúčastnili jste se jich?

- a) ano
- b) ne

18. Kolikrát jste se setkali s psychiatrem na svém oddělení za poslední měsíc?

- a) nesetkali
- b) 1x až 2x
- c) 2x až 3x
- d) 3x a vícekrát

19. Myslíte si, že Vaše informace o depresivním onemocnění jsou dostatečné?

- a) dostatečné
- b) průměrné
- c) nedostatečné

20. Při získání informací o nemocném se zaměřujete:

- a) spíše na tělesné příznaky
- b) spíše na psychiku nemocného
- c) na obě dvě složky stejně (psychiku i tělesné příznaky)

21. Jak Vy sama (sám) trávíte volný čas?

- a) aktivně
- b) pasivně
- c) nemám na sebe čas

22. Máte pocit, že Váš život je stereotyp?

- a) ano
- b) ne

23. Máte pocit, že se ve Vašem životě objevuje mnoho stresových situací, nebo že prožíváte životní krizi?

- a) ano
- b) ne

24. Která z těchto tváří odpovídá nejlépe tomu, jak hodnotíte vztahy ve svém pracovním týmu?

a)



b)



c)



Příloha č. 4 – Graf č. 5 – Příznaky depresivního onemocnění

