

# Deprese z pohledu psychiatrické sestry

Hana Foltýnová Dohnalová

---

Bakalářská práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana Foltýnová Dohnalová**  
Osobní číslo: **H12320**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Deprese z pohledu psychiatrické sestry**

### Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury související se zadáním bakalářské práce.**  
**Vymezení základních pojmů a teoretických východisek u depresivního onemocnění.**  
**Příprava metodologie průzkumné části bakalářské práce.**  
**Realizace průzkumu formou dotazníku a standardizovaného pozorování.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat.**  
**Prezentace výsledků průzkumného šetření, jejich shrnutí a zpracování doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-157-8.

HONZÁK, Radkin. Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. Vyd.3. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4774-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4007-2.

LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0590-6.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

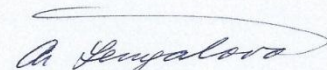
Datum zadání bakalářské práce:

**26. ledna 2015**

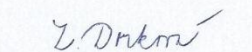
Termín odevzdání bakalářské práce:

**22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....13. 2. 2015.....

.....F. P. S. / [Podpis].....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá charakteristikou depresivního onemocnění. Je zaměřena především na pacienty hospitalizované v psychiatrické nemocnici. Teoretická část popisuje faktory, které mohou mít vliv na vznik deprese, uvádí příznaky a rozdíly ve vnímání onemocnění u mužů a u žen, formy deprese, možnosti prevence a léčbu. Cílem praktické části je zjištění informovanosti pacientů o jejich nemoci. Výstupem praktické části je vypracování edukačního materiálu pro pacienty s depresí.

Klíčová slova:

Deprese, pacient, příznaky, vnímání nemoci, prevence a léčba.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the characteristics of depressive disorder. It is mainly focused on patients hospitalized in a psychiatric hospital. The theoretical part defines factors that may affect the creation of depression, describes symptoms and differences in the perception of disease in men and women, forms of depression and possibilities of prevention and treatment options. The purpose of the practical part of the thesis is to find out the awareness of the patients' illness. The outcome of the practical part is to prepare educational material for patients with depression.

Keywords:

Depression, patient, symptoms, perception of illness, prevention and treatment.

#### Poděkování

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a její čas při vedení mé bakalářské práce, dále také všem respondentům, kteří se zúčastnili průzkumného šetření.

V neposlední řadě velmi děkuji svému manželovi, celé rodině a kolegům za podporu a toleranci po celou dobu studia.

Hana Foltýnová Dohnalová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Deprese z pohledu psychiatrické sestry“ vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsou uvedené v seznamu literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Holešově dne 28. 4. 2015

Hana Foltýnová Dohnalová



**OBSAH**

<b>I</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>DEPRESE JAKO NEMOC.....</b>	<b>14</b>
1.1	DEFINOVÁNÍ DEPRESE .....	14
1.2	PŘÍZNAKY DEPRESE .....	14
1.3	TYPY DEPRESE .....	15
1.3.1	Manická fáze .....	15
1.3.2	Bipolární afektivní porucha .....	16
1.3.3	Depresivní fáze.....	16
1.3.4	Periodická (rekurentní) depresivní porucha .....	17
1.3.5	Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady) .....	18
1.3.6	Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady) .....	18
1.3.7	Neurčená afektivní porucha .....	18
1.4	DALŠÍ TYPY DEPRESE.....	19
a)	Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese).....	19
b)	Poporodní deprese .....	19
c)	Deprese u somatického onemocnění .....	20
d)	Sezonní afektivní porucha.....	20
e)	Deprese u dětí.....	20
f)	Deprese ve stáří .....	21
1.5	ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU DEPRESE.....	22
1.6	ROZDÍLNÉ PROJEVY DEPRESE U MUŽŮ A U ŽEN.....	23
<b>2</b>	<b>PREVENCE DEPRESE.....</b>	<b>25</b>
2.1	MOŽNÉ ZPŮSOBY PŘEDCHÁZENÍ VZNIKU DEPRESE .....	25
<b>3</b>	<b>LÉČBA DEPRESE.....</b>	<b>28</b>
3.1	FARMAKOTERAPIE.....	28
3.2	BIOLOGICKÉ ZPŮSOBY LÉČBY DEPRESIVNÍ PORUCHY .....	30
3.3	PSYCHOTERAPIE.....	31
3.4	REHABILITACE .....	33
3.5	SEBEPÉČE A SEBELÉČBA .....	35
3.6	JAK PŘISTUPOVAT K ČLOVĚKU V DEPRESI.....	36
3.7	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S DEPRESÍ.....	36
<b>4</b>	<b>DŮSLEDKY ŽIVOTA S DEPRESÍ .....</b>	<b>38</b>
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>METODIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>44</b>
5.1	CÍLE PRŮZKUMU.....	44
5.1.1	Hlavní cíl práce .....	44
5.1.2	Dílčí cíle práce.....	44
5.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU.....	44
5.3	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA (BECKŮV INVENTÁŘ DEPRESE).....	46
5.4	NÁZEV ŠETŘENÍ - POZOROVÁNÍ.....	72
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>79</b>

---

<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>83</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>87</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>89</b>

## ÚVOD

„*Deprese je opakem radosti – radosti ze života.*“

*Cara A. Macken*

Každý člověk v průběhu svého života zažije aspoň jednu depresi. Smutek v nás může vyvolat ztráta zaměstnání nebo rozpad manželství. Smutná nálada je přirozenou reakcí na ztrátu. Smutek patří k životu a má srozumitelný důvod. Po určité době se smutné prožívání nad ztrátou zmenšuje a může nás posunout dál. Pokud je tento smutek nepochopitelný, dlouhodobý a nemá pro okolí srozumitelný důvod, tak nám signalizuje, že asi něco není v pořádku. Deprese je něco jiného než smutek. Deprese je nemoc a dá se léčit. V současnosti stále mnoho lidí nevyhledá pomoc. Neuvědomují si, že trpí depresí anebo se stydí jít k lékaři a doufají, že depresi sami překonají.

Jedním z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma, jako námět pro svoji bakalářskou práci je, že pracuji v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži na oddělení, kde se léčí pacienti trpící depresivním onemocněním. Za dobu své praxe jsem zjistila, že pacienti jsou jen velmi málo informováni o svém onemocnění. Z tohoto důvodu pak dochází k mylným závěrům. Pacienti se dost často obviňují, že jsou neschopní, mají pocity selhání a v některých případech dochází k sebepoškozování anebo ukončení života dokonanou sebevraždou.

Cílem mé práce je poukázat na depresi, jako na závažné a v současnosti velmi rozšířené onemocnění. *Světová organizace (WHO) odhaduje, že depresí trpí 350 miliónů lidí a toto číslo se stále zvyšuje.* (Krumova, 2012). Jejím smyslem bylo přiblížit toto onemocnění pacientům i jejich blízkým a také ošetřujícímu personálu v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Svoji práci jsem systematicky rozdělila do několika kapitol a podkapitol.

Ze získaných informací jsem se v jednotlivých kapitolách věnovala vymezení definice depresivního onemocnění a popsání typických příznaků. V další části práce jsem popsala různé typy deprese, protože depresivní porucha stejně jako jiné nemoci se vyskytuje v různých formách. Do další kapitoly jsem se snažila sjednotit etiologii a rizikové faktory vzniku deprese. Jedná se pouze o hypotézy, příčina vzniku onemocnění není dosud objasněná. Součástí mé práce je také kapitola, která mne osobně velmi zaujala, jedná se o rozdílné projevy depresivní poruchy u mužů a u žen. Já osobně pracuji na mužském oddělení. V rámci své práce jsem se snažila vyhledat možné způsoby prevence vzniku depresivního

onemocnění. V jedné z kapitol jsem popsala možné způsoby předcházení vzniku deprese, díky kterým se dá částečně zabránit anebo snížit možnost rozvoje tohoto onemocnění. Ve své práci chci také zdůraznit, že deprese je onemocnění, které je dobře léčitelné. V této kapitole jsem popsala možnosti léčby deprese. Za velmi důležité také považuji poukázat na psychosociální důsledky neléčeného onemocnění. Neléčená deprese snižuje kvalitu života nejen nemocného, ale postihuje i jeho okolí a může mít závažné následky. Největším rizikem neléčené deprese je ukončení života nemocného sebevraždou.

Ráda bych, aby tato práce byla přínosem pro ty, kteří trpí depresivní poruchou, ale také pro jejich nejbližší okolí.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DEPRESE JAKO NEMOC

*„Stát tváří v tvář depresi je jednou z nejtěžších věcí na světě.“*

Sue Atkinsonová

Smutná nálada, únava, vyčerpání, nechutenství a poruchy spánku mohou doprovázet mnoho onemocnění. Smutek patří k životu a je zpravidla přirozenou reakcí na nepříznivé události, například na ztrátu blízké osoby nebo na ztrátu zaměstnání. Každý smutek tedy nemusí znamenat depresi. Pokud je ale smutek intenzivní, nemá pro ostatní pochopitelný důvod, je přítomen po většinu dne, trvá alespoň dva týdny a zasahuje do každodenního života jedince, tak už mluvíme o depresi.

### 1.1 Definování deprese

Deprese je nemoc. Je to v současnosti nejčastější duševní onemocnění. Deprese se projevuje poruchou nálady. U nemocného také ovlivňuje chování a narušuje fyzické funkce. Je to onemocnění, které postihuje nemocného celkově. Pozitivem je, že je dobře léčitelné. Pokud se deprese neléčí, má pro nemocného závažné následky, snižuje kvalitu jeho života a postihuje také jeho rodinu. V některých případech může skončit sebevraždou nemocného.

### 1.2 Příznaky deprese

Příznaky deprese jsou vymezeny Mezinárodní klasifikací nemocí. Příznaky onemocnění se dělí na afektivní a tělesné.

*Afektivní příznaky deprese:*

- smutná, depresivní nálada, plačtivost, pocity méněcennosti, pocity viny, sebevražedné myšlenky, strach, úzkost, zpomalené myšlení, potíže s pamětí a soustředěním, snížené sebevědomí, neschopnost prožívat radost, vztahovačnost, sklíčenost, zoufalství, podrážděnost.

*Tělesné příznaky deprese:*

- ztráta zájmu o koníčky, ztráta zájmu o sexuální aktivitu, nespavost spojená s předčasným probouzením, ztráta energie, únava, která se objevuje i po jednoduchých činnostech (například po čtení knížky nebo luštění křížovek), neklid, nervozita, nemocný se izoluje od společnosti, ztráta chuti k jídlu a následně váhový úbytek, svíravé pocity na hrudi nebo svírání hrdla, bušení srdce, bolesti břicha, průjem nebo zácpa.

Příznaky deprese, které se u postižených vyskytují, bývají nejvýraznější ráno, jsou to tzv. ranní pesima. Během dne se pak většinou nemocný cítí lépe.

Někdy jsou příznaky onemocnění skryté pod obrazem somatických potíží. Nemocný si například stěžuje na potíže s trávením a je v péči internisty nebo jiných odborných specialistů. Při přetrvávání obtíží a přes negativní objektivní nálezy je následně nemocnému doporučeno navštívit psychiatrickou ambulanci.

### 1.3 Typy deprese

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je deprese zařazena pod Afektivní poruchy (Poruchy nálady) a pod písmeno F30 - F39. Odlišují se podle průběhu a závažnosti přítomných symptomů při splnění diagnostických kritérií. Afektivní poruchy se rozdělují podle změny nálady na mánii anebo depresi. Proto jsem zde popsala krátce také manickou fázi onemocnění.

#### 1.3.1 Manická fáze

- Hypománie* – je to trvale nadnesená nálada, častá je podrážděnost, vzrůst energie a aktivity, hovornost, obtížné soustředění, roztržitost, zvýšený sexuální apetit, snížená potřeba spánku. Tyto příznaky nenarušují pracovní schopnost. Epizoda hypománie často začíná náhle a trvá několik dnů až měsíců.
- Mánie* – nálada je nadměrně zvýšená, příznaky jsou podobné, jako u hypománie, ale ve zvýšené míře. Doprovází ji grandiózní myšlenky, přehnaná sebedůvěra, zvýšené sebehodnocení, ztráta sociálních zábran, nebezpečné a riskantní chování. Vzrušení může přerůst v agresivitu. V těžkých případech dochází k myšlenkovému trysku, řeč se mění v nesrozumitelný „slovní salát“. Někdy se k mánii mohou přidat bludy nebo halucinace. Manická epizoda by měla trvat minimálně týden a může trvat několik měsíců.

### 1.3.2 Bipolární afektivní porucha

U pacienta dochází ke střídání fází nálad, a to buď do hypománie nebo mánie, která se u nemocného projevuje zvýšenou náladou a energií, rychle si hledá kamarády, má spoustu nápadů, které ale nedokáže realizovat, nemá potřebu spánku, najednou pro něho není nic problém, utrácí hodně peněz, nakupuje drahé dárky, častý je zvýšený sexuální apetit. Anebo se u nemocného objeví fáze deprese, která se projevuje zhoršením nálady a sníženou aktivitou, nespavostí, beznadějí, nechutenstvím. V této fázi je u nemocného riziko sebevraždy. Onemocnění je celoživotní. Poprvé se u postižených objevuje před třicátým rokem života. Období deprese je zpravidla častější a delší než období mánie.

Rozdělení podle diagnostických kriterií:

- Současná fáze je hypomanická
- Současná fáze manická bez psychotických symptomů
- Současná fáze manická s psychotickými symptomy
- Současná fáze lehká nebo střední deprese
- Současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů
- Současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy
- Současná fáze smíšená
- Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi
- Jiné bipolární afektivní poruchy

### 1.3.3 Depresivní fáze

U pacienta se projevuje afektivními a tělesnými příznaky, které jsem popsala výše. Dále sem patří příznaky psychotické, jako jsou halucinace a bludy. Depresivní fáze se může u nemocného objevit jednou v životě anebo opakovaně. Onemocnění se může objevit, jako následek stresující životní události anebo bez příčiny. Toto onemocnění se vyskytuje častěji u žen.

*Hlavními (primárními) příznaky depresivní epizody jsou (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 31):*

- *depresivní nálada a/nebo*
- *ztráta radosti či zájmu o většinu, případně všechny aktivity.*



*U postiženého se musí také objevit nejméně čtyři z následujících druhotných (sekundárních) příznaků:*

- *poruchy chuti k jídlu nebo změny hmotnosti;*
- *poruchy spánku;*
- *neklid a agitace nebo tělesné zpomalení;*
- *únava a ztráta energie;*
- *pocity bezcennosti nebo viny;*
- *neschopnost soustředit se nebo činit rozhodnutí;*
- *myšlenky na smrt nebo sebevraždu.*

Podle závažnosti depresivních příznaků se deprese dělí na mírnou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků a těžkou depresi s psychotickými příznaky.

*Mírná deprese* – se projevuje smutnou náladou po většinu dne, změnou chuti k jídlu, sníženou schopností se soustředit, ztrátou zájmu o přátele, koníčky a aktivity, které nemocnému dříve způsobovali radost. Nemocný je schopen běžných činností, ale zvládá je pomaleji a činí mu velké problémy. Léčba je většinou ambulantní.

*Středně těžká deprese* - se projevuje ztrátou energie, ztrátou zájmu o sexuální život, neschopností se soustředit třeba na čtení novin, nemocný již nezvládá chodit do práce, izoluje se od společnosti přátel i blízkých. Většinou se léčí ambulantně, ale v případě myšlenek na sebevraždu je nutná hospitalizace.

*Těžká deprese bez psychotických příznaků* - se projevuje zpomaleným myšlením a mluvením, časté jsou sebevčítky, sebeobviňování, myšlenky na ukončení života, nemocný není schopen vykonávat jakoukoliv aktivitu, není schopen ani vstát ráno z lůžka, nedodrží základní hygienické návyky, dalším projevem může být také neklid či nervozita. Léčba probíhá vždy za hospitalizace.

*Těžká deprese s psychotickými příznaky* – u této formy deprese jsou projevy podobné jako u nepsychotické těžké deprese, ale jsou zde ještě přítomny navíc bludy, halucinace nebo depresivní stupor. Léčba probíhá vždy za hospitalizace.

#### **1.3.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha**

U pacienta se projevuje opakovanými epizodami deprese. Můžou se vyskytnout fáze lehkého zvýšení nálady do hypománie, které mohou být vyvolány antidepresivní léčbou. Vyskytuje se u pacientů v jakémkoliv věku, od dětství až po stáří. Jedná se o poruchu, která je

celoživotní. Intervaly mezi epizodami mohou být několik měsíců až let. S přibývajícím věkem se intervaly mezi epizodami zkracují. A deprese bývá delší a závažnější.

Rozdělení podle diagnostických kriterií:

- Současná fáze je lehká
- Současná fáze je středně těžká
- Současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů
- Současná fáze je těžká s psychotickými příznaky
- Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi
- Jiné periodické depresivní poruchy

### **1.3.5 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Patří sem:

*Cyklothymie* – trvalá nestálost nálady. Začátek bývá v rané dospělosti, okolo dvaceti let, postupně se rozvíjí a má chronický průběh. Normální nálada se střídá s obdobím mírné deprese a mírně nadnesené nálady, které nejsou ovlivněny životními událostmi. Tato porucha je často přítomna u příbuzných pacientů s bipolární afektivní poruchou.

*Dysthymie* – trvalá porucha nálady, roky trvající deprese, která se projevuje sníženým sebevědomím, pocitu beznaděje, trvale pokleslou náladou, má chronický průběh. Dysthymie začíná často v pubertě a má nejvyšší riziko sebevražd u dospívajících. Skoro všichni postižení trpí úzkostí, kterou řeší alkoholem. U dívek dysthymie bývá spojena s poruchou příjmu potravy a u chlapců s nepřiměřeným a nespolečenským chováním.

### **1.3.6 Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)**

*Jakákoliv jiná porucha nálady, která neopравňuje k zařazením F30 – F34, protože není dostatečně tíže nebo trvání.*

- Jiné jednotlivé afektivní poruchy (poruchy nálady)
- Jiné periodické afektivní poruchy (poruchy nálady)
- Jiné určené afektivní poruchy (poruchy nálady)

### **1.3.7 Neurčená afektivní porucha**

- Afektivní psychóza

## 1.4 Další typy deprese

Další typy deprese, které zde popisujeme, se mohou objevit na základě stresové události (jako reakce na ztrátu blízkého člověka, na porod, na závažné somatické onemocnění anebo v závislosti na ročním období).

### a) Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese)

Reaktivní deprese vzniká u postiženého na základě stresové události, která bývá spojená se ztrátou. Nejčastěji se vyskytuje po ztrátě blízkého člověka, například dítěte, partnera, rodiče. Může být vyvolána i jinou stresovou událostí, jako je rozvod, rozchod, ztráta zaměstnání či zjištění nevěry partnera. Reakcí na tyto stresové události je zármutek. Zármutek je u každého jedince individuální. Aby se u postiženého nerozvinula deprese, je důležité se co nejdříve svěřit se svým zármutkem nad ztrátou.

### b) Poporodní deprese

Poporodní deprese se objevuje u žen od několika dnů až do jednoho roku po porodu. Objevuje se častěji u prvorodiček, nebo u velmi mladých rodiček. Projevuje se kolísáním nálady, plačtivostí, nadměrnou únavou až vyčerpáním, podrážděností, napětím, smutkem, zmateností a potížemi se spánkem.

Rozděluje se na tři hlavní typy depresí:

*Poporodní blues* – projevuje se většinou 3. – 4. den po porodu. Typickými příznaky jsou přecitlivělost, střídání nálad, nepřiměřený strach o dítě a podceňování se. Zpravidla se jedná o krátkodobou změnu emocí, která sama vymizí bez léčby do 12. dne po porodu.

*Poporodní deprese* – vzniká při přetrvávání příznaků poporodního blues, projevuje se asi za 6 – 12 týdnů po porodu. Může se projevit až do jednoho roku dítěte. U rodiček převládají pocity strachu, bezmoc, únava, poruchy spánku, ztráta potěšení z dítěte, obavy, že nezvládne péči o dítě, že nemá dítě dostatečně ráda, obavy, že ji opustí partner, časté jsou poruchy chuti k jídlu, bezdůvodný pláč, nejistota, rodička se začíná uzavírat doma, vyhýbat se kontaktům s ostatními lidmi. Poporodní deprese vzniká častěji u žen, které mají neuspořádané partnerské vztahy. Léčba je pomocí psychoterapie, která se zaměřuje na podporu zlepšení partnerských vztahů nebo včasné zahájení farmakoterapie.

*Poporodní psychóza* – projevuje se 48 hodin až několik týdnů po porodu. Příznakem je neklid, podrážděnost a potíže se spánkem. Brzy se objeví psychotické příznaky. Rodička

slyší hlasy a trpí bludy, pod jejich vlivem může ohrozit život sebe nebo dítěte. V tomto případě je nutná hospitalizace.

### c) Deprese u somatického onemocnění

Deprese u somaticky nemocných pacientů se může objevovat až třikrát častěji. Na vznik deprese má vliv snížení kvality života. Například u onkologicky nemocných, nemocný se postupně stává nesoběstačný, dochází zde ke změně rolí a léčba základního onemocnění s sebou nese určité nežádoucí účinky. Častý je výskyt deprese u pacientů s infarktem myokardu už za hospitalizace nebo po propuštění do domácího léčení. *Depresivní porucha může v některých případech předcházet rozvoji tělesných příznaků určitých somatických nemocí* (Herman a kol., 2002, s. 15).

### d) Sezonní afektivní porucha

Sezonní afektivní porucha se u nemocných vyskytuje v závislosti na ročním období. Zpravidla začátek onemocnění se projevuje na podzim a končí na jaře. Tato porucha je spojená s velkou únavností nemocného, dále se zvýšenou chutí na sladké, zvýšením hmotnosti a nadměrnou spavostí. Nemocný je zpomalený, bez energie a trpí sníženou výkonností.

Deprese je nemoc, která se vyskytuje ve všech věkových kategoriích. Jinak se projevuje deprese u dětí, jinak u dospělých (je popsána výše) a jinak v seniorském věku.

### e) Deprese u dětí

Deprese se v dětském věku vyskytuje poměrně často. Bývá spíše spojována s poruchami chování, agresivitou než s příznaky depresivní poruchy. Příznaky onemocnění jsou podobné, jako u dospělých jedinců. Děti se nedokážou radovat, jsou smutné, osamocené, unavené, tiché, trpí pocity viny a myšlenkami na smrt. U dětí, které trpí depresí, se častěji vyskytuje nespolečenské chování a bývá spojitost i s kriminálními činy.

Rozdělení deprese v dětském věku:

*Deprese kojenců a batolat* – při odloučení od matky dochází u dítěte k separačnímu šoku, dítě má strach, zažívá pocity zoufalství, křičí, patrné jsou projevy agrese. Při přetrvávání separace je dítě apatické, je narušen vývoj řeči, trpí poruchami spánku a příjmu potravy.

*Deprese dětí předškolního věku* – projevuje se u dětí poruchami spánku a příjmu potravy, nesoustředěností, děti si nehrají, nemají zájem o okolí, typické jsou záchvaty vzteku, křiku a pláče. Může dojít k regresí vývoje u dítěte.

*Deprese mladších školáků* – projevuje se u dětí střídáním agrese a útlumu, únavou, nesoustředěním, zhoršením školního prospěchu, odporem k učení, u dětí jsou časté psychosomatické příznaky – bolesti hlavy, bolesti břicha a emoční labilita.

*Deprese u starších školáků* – je charakteristická smutkem, sklíčeností, pocity viny, poruchami sebehodnocení a chování, sebevražednými myšlenkami.

*Deprese u adolescentů* – je podobná jako u dospělých nemocných. Můžou se vyskytnout psychotické syndromy. U adolescentů je velké riziko sebevraždy a zneužívání psychoaktivních látek.

#### **f) Deprese ve stáří**

Depresivní porucha je jedna z nejzávažnějších a nejčastějších onemocnění v seniorském věku. Vzhledem k tomu, že má odlišný klinický obraz je často nesprávně diagnostikována. Je to dáno tím, že u seniorů převládají somatické příznaky nad typickými příznaky pro depresivní poruchu. Často ve stáří bývá deprese diagnostikována jako demence. Je to dáno podobnými příznaky. Depresí jsou více ohroženi senioři, kteří jsou umístěni ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních, nebo ovdovělé ženy. Rizikovými vlivy pro vznik deprese u seniorů je stresující událost, například úmrtí partnera, odchod do důchodu, ztráta soběstačnosti, chronické onemocnění, ale také špatné sociální zázemí, konflikty ve vztazích s příbuznými a dětmi. Vliv na vznik deprese u seniorů mají i některé farmaka, například benzodiazepiny nebo kortikoidy. Na vzniku deprese u seniorů se dále podílejí poruchy smyslové především poruchy zraku, sluchu a často se deprese také objevuje souběžně s tělesným onemocněním.

Mezi příznaky deprese u seniorů patří:

- stížnosti na tělesné potíže, somatické potíže
- pocity beznaděje, ztráta radosti
- poruchy koncentrace, potíže s pamětí
- úzkost
- apatie
- změny v chování – sociální izolace, zanedbávání hygieny, nadužívání alkoholu, odmítání jídla, rozhovory o smrti
- snížené psychomotorické tempo

Deprese u starších lidí je závažným problémem z důvodu častých dokonaných sebevražd. Při neléčené depresi dochází ke snížení kvality života seniorů, roste výskyt koronárních onemocnění, cévních mozkových příhod a zvyšuje se úmrtnost na tělesné onemocnění.

## 1.5 Etiologie a rizikové faktory vzniku deprese

Příčiny vzniku onemocnění nejsou dosud objasněny. Současné medicínské poznatky jsou formulovány pouze do hypotéz. Popsány jsou rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku deprese (Löffler, Wagner, Wolfersdorf, 2014, s. 13 – 25):

- Genetika – dědičnost
- Deprivace v prvním roce života dítěte
- Ztráta blízké osoby v dětství
- Rodinné problémy, ztráta zaměstnání, pracovní problémy
- Stres
- Nedostatek spánku
- Snížená funkce štítné žlázy
- Osobnost a pohlaví
- Somatické chronické onemocnění
- Alkohol a drogy
- Sezónní výskyt (jaro, podzim, vánoční svátky)
- Pokus o sebevraždu u pacienta nebo u někoho z jeho nejbližších

*Faktory dědičnosti* – nepředpokládá se, že deprese, jako nemoc je dědičná, dědí se depresivní vlohky k onemocnění. Deprese se objevuje v některých rodinách po generace, může to znamenat, že je zde vrozená biologická zranitelnost. Každý, kdo se narodil s vrozenou biologickou zranitelností do postižené rodiny, ale nemusí onemocnět, hrají zde roli další spouštěcí faktory, například stresující zážitky nebo alkohol.

*Vývojové faktory* – od dětství potřebujeme láskyplné prostředí, pocit bezpečí, jistoty a uspokojování základních potřeb. V případě, že je dítě v některé oblasti deprivované může to vést k rozvoji deprese v dospělosti. Příčiny mohou být způsobené úmrtím matky, rozvozem rodičů, tvrdou výchovou, týráním dítěte, nebo naopak rozmazlováním dítěte.

*Biologické faktory* – do této oblasti patří dědičnost, ale řadíme zde i zevní faktory, které mají mít vliv na onemocnění, například výskyt sezonního onemocnění z nedostatku denního světla. Také porucha biorytmů – spánku a bdění, aktivity a odpočinku je jedním

z dalších biologických projevů. Dále také proces stárnutí, který s sebou nese zhoršené fungování některých funkcí, patří do biologických faktorů. Biologickou zátěží je porod nebo rozsáhlá operace, která působí na jedince stresově. Deprese může vzniknout sekundárně, jako následek chronického onemocnění, například u onemocnění rakovinou, u neurologických onemocnění, u endokrinních onemocnění nebo u lidí s HIV.

*Alkohol a drogy* – nadužívání alkoholu nebo závislost na drogách může figurovat také jako spouštěč depresivní poruchy.

*Psychodynamický model* – v psychoanalýze se popisuje snížené sebehodnocení a ztráta sebedůvěry k sobě samému. Uvádí se, že u deprese dochází k obrácení agrese, která byla namířena proti druhým osobám, k sobě samému.

*Kognitivně-behaviorální model* – z behaviorálního pohledu je deprese reakcí na nedostatečné ocenění a chválu, na ztrátu pozitivní podpory z okolí a z kognitivního pohledu jde o poruchu myšlení, poznávání a logiky, nemocný se dívá na sebe, okolí i na budoucnost negativně. Podle tohoto modelu u depresivního nemocného musel být jeho vývoj ovlivněn výchovou v rodině, například hyperkritickou matkou nebo málo podporujícím otcem.

## 1.6 Rozdílné projevy deprese u mužů a u žen

Deprese je obecně považována za ženskou nemoc. Muži přece nepláčou. To je dáno částečně výchovou rodičů, chlapcům se již od dětství vštěpuje, že musí být silní, že správný chlap nebrečí. Pláč je výhradně jen pro dívky. Muži během svého života neřeší tolik svoje emoce a tím jsou v nevýhodě. Na nemoc zvanou deprese nejsou muži připraveni a stává se, že u nich onemocnění nebývá rozpoznáno. Ženy onemocní depresí dvakrát až třikrát častěji než muži, ale muži třikrát častěji ukončí svůj život sebevraždou.

Rizikové faktory, které u mužů mohou vyvolat depresi, jsou například nezaměstnanost, ztráta pozice v zaměstnání, propuštění z pracovního místa, odchod do důchodu, spouštěčem může být i narození dítěte, problémy v manželství, rozvod či chronické onemocnění. Depresí více trpí muži, kteří žijí osamoceni bez partnera.

Muži více depresivní příznaky podceňují. Své pocity nedávají najevo a místo toho, aby vyhledali pomoc odborníka, raději před depresivními myšlenkami a úzkostí utíkají do práce, nebo se snaží své potíže přepít alkoholem. Mezi další projevy mužské deprese se řadí zvýšená agresivita, podrážděnost, bolesti hlavy, obavy ze selhání, zvýšené pracovní nasazení, závislost na sportu, internetu nebo závislost na psychoaktivních látkách. Za svůj neú-

spěch obviňují druhé nebo trpí pocity viny, že jsou všem jen na obtíž. Depresí jsou také více ohroženi muži perfekcionisticky založení. Dokonce se popisuje vliv mobilních telefonů na vznik deprese, protože díky mobilům jsou stále v dosahu a nemají možnost odpoutání se od práce a relaxace.

Mnoho mužů navštíví lékaře až v případě psychosomatických potíží, jako jsou závratě, bolesti hlavy, zad a bušení srdce. Nechtějí si připustit, že by mohli být postiženi mužskou depresí.

Deprese u žen se vyskytuje dvakrát častěji než u mužů. Deprese u žen bývá zpravidla způsobená hormonálními vlivy. Žena během svého života prožije několik hormonálních změn, které ovlivňují její náladu. Na vzniku deprese se podílí hormonální změny v pubertě, při menstruaci, u premenstruačního syndromu a v menopauze. Rizikem pro vznik deprese je také těhotenství, porod, šestinedělí, potrat nebo neplodnost.

Dívky prožívají pubertu dříve než chlapci, z tohoto důvodu se u žen deprese projevuje v mladším věku. V pubertě dívky prochází velkými změnami, které se týkají tělesných změn, sexuálních změn, hledání sama sebe a začleňování se do společnosti, rizikem jsou také neshody s rodiči.

Vznik deprese v těhotenství ovlivňuje několik faktorů, například odchod na mateřskou dovolenou, neplánované nebo nechtěné těhotenství, problémy ve vztahu s partnerem. Depresi může vyvolat samotný plod v bříšku a nejasné pocity k němu.

Deprese u žen v menopauze je způsobena poklesem hladin estrogenů. Včasnou hormonální substitucí je možno rozvoji deprese předejít. Z psychologického hlediska má vliv na depresi u žen v menopauze strach ze stárnutí, odchod dětí z rodiny, nebo pocity tzv. „syndromu zavírajících se dveří“ nebo „syndromu prázdného hnízda“.

Deprese je onemocnění, které může postihnout každého z nás. Důležitá je včasná pomoc odborníka, psychiatra. Nemocní mívají často strach z návštěvy u psychiatra. Je důležité najít si psychiatra, kterému bude nemocný důvěřovat a dokáže se mu svěřit. Deprese je onemocnění, které je dobře léčitelné. Při včasné a správné diagnostice nemusí být nutná hospitalizace nemocného. Správná diagnostika a léčba deprese je důležitá, aby se zabránilo riziku sebepoškození nebo sebevraždě nemocného.



## 2 PREVENCE DEPRESE

Vzhledem k tomu, že není známá příčina onemocnění a jsou popsány pouze možné rizikové faktory, které se podílejí na vzniku deprese, tak prevence vzniku onemocnění nemůže být stoprocentní. Ale může částečně zabránit nebo snížit možnost rozvoje deprese.

*Lidé obvykle propadají depresi tehdy, když jim na jedné straně přestanou jít běžné činnosti a na druhé straně, když ztrácejí radost ze svého života* (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 96).

### 2.1 Možné způsoby předcházení vzniku deprese

#### ➤ *Životaspráva*

Je známo, že i to, jak se stravujeme, může mít vliv na rozvoj deprese. Existuje celá řada průzkumů, které potvrzují, že nadváha a deprese spolu souvisejí. Jedinec s nadváhou má negativní představy sám o sobě. Následkem u tohoto jedince dochází k sociální izolaci, sníženému sebevědomí a pocitům viny a to jsou známé faktory pro vznik deprese. Proto je důležité sestavit si vhodný jídelníček. Používat potraviny obsahující esenciální mastné kyseliny, zeleninu a ovoce zařadit do jídelníčku v hojném množství. Omezit nebo úplně vynechat v jídelníčku tučná a špatně stravitelná jídla. Jíst pravidelně pětkrát denně menší porce jídla. Najít si na jídlo čas. Alkohol nepít vůbec anebo jen v malém množství. Je známo, že alkohol patří mezi rizikové faktory pro vznik deprese. Ale zároveň také při již vzniklém onemocnění ještě více depresi prohlubuje.

#### ➤ *Spánek*

Nedostatek spánku může způsobit depresi. Pokud je porucha spánku dlouhodobější, riziko vzniku deprese se také zvyšuje. Proto je nutné věnovat pozornost potížím se spánkem hned v počátku, aby se předešlo vzniku deprese. V případě potíží se spánkem je vhodné se poradit se svým lékařem o možnostech léčby. Další možností je Desatero spánkové hygieny, které obsahuje deset rad pro klidné usínání a dobrý spánek (Pretl, Příhodová, 2007, s. 87).

#### ➤ *Relaxace*

Relaxací se můžeme psychicky i fyzicky uvolnit. Relaxace je uvolnění těla a mysli. Pomocí relaxace se dá zvládnout i stres. Každý jedinec relaxuje jiným způsobem. Může to být práce na zahrádce, sportování, poslech hudby anebo procházky v přírodě. Tyto činnosti dokážou uvolnit napětí a jsou pro jedince příjemné, ale z velké části uvolňují jen psychické

napětí. Správné hluboké relaxaci se každý člověk musí naučit. Návčik může trvat i několik týdnů. Relaxovat se musí pravidelně každý den asi 15 minut. Pro dobrou relaxaci je nutné připravit si vhodné podmínky. Důležitá je volba prostředí pro relaxaci (vyvětraná místnost, zapálená vonná svíčka, ticho), pohodlný a volný oděv, pohodlná poloha, zvolení času na relaxaci (doba, kdy je jedinec nejméně rušen ostatními lidmi, nebo myšlenkami, co ještě musí udělat) a vnitřní nastavení (nedělat si starosti s myšlenkami, které se netýkají relaxace, zaujmout pasivní postoj a věnovat se jen relaxování).

Zpravidla na počátku návčiku relaxace si můžeme myslet, že je to jen ztráta času. Je to dáno také tím, že každý člověk má dny, kdy se dokáže lépe uvolnit a dny, kdy ne. Důležité je, ale vytrvat a brzy se dostaví výsledky relaxace.

#### ➤ *Pohyb a sport*

Pomáhají depresím předcházet. Například při běhání se běžec koncentruje na své dýchání a na cestu. Raduje se z okolních věcí, jako je svítání, slunce nebo vůně právě posečené trávy. Zároveň se při sportování a pravidelném pohybu dají shazovat kila. Pohyb lidem působí potěšení a radost. Je totiž známo, že při tělesné námaze se uvolňuje hormon štěstí serotonin a další endorfiny. Cvičení posiluje sebevědomí.

#### ➤ *Imaginace*

Je to naše představivost. Imaginační schopnosti má každý člověk. Pomocí imaginace můžeme u sebe najít schopnost, jak se cítit šťastnější. Imaginace je spojená také s fantazií, dá se říct, že je to denní snění. Imaginace se dá naučit. Jediné co k tomu potřebujeme je najít místo, kde se budeme cítit pohodlně, zavřít oči a uvolnit se. Poté si zkusíme představit do detailů například: *Slunce. Je velké, zlaté, příjemně hřeje. Ležíte na pláži u moře, slunce příjemně prohřívá vaši kůži, celé vaše tělo. Cítíte to na břiše, nohách, rukou. Od moře věje vlhký vítr, příjemně chladí vaše spánky. Cítíte se uvolněně, malátně, příjemně líně. Oddejte se těmto pocitům. Teplo, uvolnění, malátnost, příjemná lenost, klid* (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 157).

Nebo můžeme svoji představivost nechat volně plynout do pohádky, do minulosti anebo do snu. Imaginace se využívá pro dosažení relaxace, k uvolnění tvořivosti a k uvolnění plnějšího prožívání.

➤ **Stres**

Je to odpověď organismu na stresovou událost. Stresovou událostí může být jakýkoliv problém, jako například nemoc, rodinné nebo pracovní konflikty, neúspěch, zvyšující se pracovní nároky na zaměstnance, ztráta postavení, ztráta blízké osoby, ale také velká radostná událost může na některé jedince působit stresově. Stresu se nelze úplně vyvarovat, ale dá se naučit praktikám, jak se stresem zacházet. Vhodné je zavedení rytmu a pravidelnosti v denních činnostech, pravidelný odpočinek a spánek, pravidelný sexuální život, navštěvování zájmových a kulturních činností, provozování koníčků, setkávání se s přáteli, udržování vztahů s užší i širší rodinou, rodinné rituály (společné stolování, výlety, čtení, dovolené), relaxování, pravidelný pohyb, správná životospráva – vyhýbání se velkému množství alkoholu, kouření, spěchu, naučení se asertivnímu chování a říkání ne.

➤ **Optimismus versus pesimismus**

V současnosti lze najít spoustu studií, kde se popisuje vliv optimismu a pesimismu na naše zdraví. Optimisticky založení lidé se snaží o dosažení určitého cíle. Mezi tyto cíle patří celková pohoda, dobře fungující imunita a dobré zdraví. Optimisté také více dbají na prevenci, častěji dodržují správnou životosprávu, která pozitivně ovlivňuje zdravotní stav těchto jedinců. U optimistů převažuje pozitivní myšlení. Oproti tomu pesimisté se většinou vzdávají bez boje. Časté je jejich tvrzení, že ať dělají, co dělají, stejně to nemá vliv na to, jak se cítí a nepomáhá jim to. Ve větší míře holdují alkoholu, který jim pomáhá vytěsnit problémy do pozadí. Alkohol negativně působí na jejich zvýšenou zranitelnost, celkovou životní pohodu a následně zhoršuje jejich adaptační schopnosti. Negativní myšlení u pesimisticky založených jedinců může vést k rozvoji deprese.

➤ **Blízká osoba**

Většina lidí má nějakou blízkou osobu, přítele nebo sourozence, kterému se svěřuje se svými prožitky a problémy. Je důležité, najít si blízkou osobu, která člověka bere takového, jaký je. Nejvíce můžou pomoci lidé, kteří nás chápou, nechtějí nás předělávat a nevnučují nám své zájmy a své pravdy. Můžete jí sdělit, že máte strach co se s vámi děje nebo co cítíte a v případě nejistoty požádat o radu, jestli je to důvod k návštěvě odborníka.

### 3 LÉČBA DEPRESE

„Zvládnutí deprese je jedním z největších životních úspěchů.“

Earnie Larsen

Deprese je závažné a život ohrožující onemocnění, proto je léčba velmi důležitá. Dostupnost psychiatrické péče se v současnosti stále zlepšuje. Roste počet ambulantních psychiatrů, zvyšuje se informovanost praktických lékařů a ve větších městech může nemocný využít služeb krizového centra. Depresi je možné léčit ambulantně anebo za hospitalizace.

Nejznámější možností léčby deprese jsou antidepressiva. Dále se využívá biologických způsobů léčby (fototerapie, spánková deprivace, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, elektrokonvulzivní terapie), psychoterapie a rehabilitace.

#### ***Léčba deprese probíhá ve třech fázích:***

*Akutní fáze léčby* – cílem akutní fáze je zmírnění nebo vymizení depresivních příznaků nemoci. Léčba akutní fáze trvá ve většině případů okolo tří měsíců.

*Pokračovací léčba* – cílem je udržení dosaženého zlepšení po dobu šesti až devíti měsíců od odeznění akutní fáze deprese. Nemocný musí nadále užívat předepsané léky, protože v případě vysazení hrozí znovuvzplanutí onemocnění.

*Profylaktická léčba* – je nutná hlavně u nemocných s bipolární poruchou, také u nemocných, kteří zažili opakované epizody deprese nebo dystymii. Tato léčba trvá několik let, někdy i celý život. Profylaktická léčba snižuje riziko znovuvzplanutí onemocnění.

#### **3.1 Farmakoterapie**

##### **Antidepressiva**

Antidepressiva jsou lékem první volby na všechny typy depresí. V současné době je na trhu celá řada antidepressiv s různou chemickou strukturou a mechanismem účinku. Antidepressiva ovlivňují aktivitu neuronových přenašečů v mozku (serotoninu, noradrenalinu a dopaminu). Antidepressiva neurohormony nedodávají, ale regulují jejich porušenou rovnováhu. Nástup účinku antidepressiv se u nemocných projeví za dva až šest týdnů podávání. O výběru vhodného antidepressiva rozhoduje vždy lékař na základě odebrané anamnézy od

pacienta, popřípadě příbuzných, podle věku, celkového zdravotního stavu, předchozích zkušenostech s lékem, podle rychlosti nástupu účinku léku, dávkování léku a výskytu možných nežádoucích účinků léku.

### ***Dělení antidepressiv:***

#### ➤ *Tricyklická a tetracyklická antidepressiva*

– účinné léky, známé již od šedesátých let, používají se na rezistentní formy deprese. Jejich nevýhodou je častý výskyt nežádoucích účinků (ortostatický kolaps, tachykardie, suchost sliznic, zácpa, retence moči, únava, pocení, neklid, poruchy spánku, tremor). Zástupci této skupiny jsou například – Amitriptylin, Anafranil, Lerivon, Prothiaden.

#### ➤ *Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO)*

– jsou to účinná antidepressiva, hlavně u deprese s atypickými příznaky, používají se u pacientů, kde jiná antidepressiva selhala. Jejich nevýhodou jsou nežádoucí účinky - serotoninový syndrom, který způsobuje potíže gastrointestinální – nauzea, zvracení, průjem, potíže neurologické – třes, zvýšený svalový tonus a kardiovaskulární – tachykardie, hypertenze, kolaps hypertenzní krize. Z tohoto důvodu je nutné vynechat ze stravy potraviny, které obsahují tyramin (banány, jogurty, červené víno, kuřecí játra, kvasnice, atd.). A také kombinace s jinými léky (jako například jiná antidepressiva, léky na srdce a další) způsobuje hypertenzi. Zástupce – Parnate.

#### ➤ *Reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy (RIMA)*

– jsou to středně účinná antidepressiva, používaná u nemocných s atypickými příznaky deprese. Tyto antidepressiva nemají skoro žádné nežádoucí účinky. A jsou jedny z mála, které zlepšují sexuální fungování. Zástupce – Aurorix.

#### ➤ *Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)*

– v současnosti jsou lékem první volby, používají se na všechny typy depresí a také na úzkostné poruchy. Nežádoucí účinky jsou minimální a vyskytují se převážně na začátku léčby. Například nauzea a průjem. Při dlouhodobém užívání se můžou objevit potíže v sexuální oblasti, například snížení libida. Zástupci - Seropram, Zoloft, Deprex, Fevarin, Prozac, Cipralex.

➤ *Tianepin (Coaxil)*

– jedná se o tzv. antistresovou látku, která napravuje dlouhodobé působení stresu. Výhodou je málo nežádoucích účinků. Zástupce – Coaxil.

➤ *Nová antidepresiva*

– jedná se o inhibitory zpětného vychytávání jednoho nebo dvou neuromodulátorů (serotoninu, dopaminu, noradrenalinu) – jsou stejně účinná, jako starší antidepresiva. Zástupce – Remeron, Triticco, Efectin.

### 3.2 Biologické způsoby léčby depresivní poruchy

#### Fototerapie

Léčba jasným bílým světlem (podobné slunečnímu) o intenzitě 2 500 – 10 000 luxů, po dobu půlhodiny až dvou hodin denně. Aplikace se provádí v ranních hodinách nejlépe okolo rozednění. Je vhodná pro léčbu sezónních depresí. Nevýhodou je pouze dočasný efekt.

#### Spánková deprivace

Pomocná metoda, nevýhodou je, že efekt je pouze dočasný, trvá jen několik dní.

Rozdělení:

- Totální spánková deprivace, která znamená, že pacient nespí celou noc.
- Parciální spánková deprivace znamená, že pacient je buzen v časných ranních hodinách.
- Selektivní spánková deprivace je přerušení spánku pouze ve fázi REM spánku.

#### Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTSM)

Metoda, která je využívána u nemocných s depresivní poruchou bez psychotických příznaků, u nemocných, kteří jsou rezistentní na léčbu antidepresivy. Tato metoda je založena na aplikaci pulzního magnetického pole generovaného cívkou přiloženou na povrch hlavy, nad oblast pravého spánku. Provádí se při vědomí, je nebolestivá. Celá léčebná procedura trvá 20 minut, opakuje se jednou denně po dobu 10 – 15 dnů. O víkendech se neprovádí. U pacientů s epilepsií je riziko epileptického záchvatu. *Cílem rTSM je přímá stimulace nebo inhibice mozkové kůry v dosahu cca 2 cm od cívky. rTMS je aplikována tak, aby nedocházelo ke konvulzím. Tím se odlišuje od elektrokonvulzivní terapie (EKT) i zatím expe-*

*rimentálně prováděné magnetické konvulzní terapie (MKT)* (Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 420).

### **Elektrokonvulzivní terapie (EKT)**

Tato metoda je velmi efektivní v léčbě deprese. Používá se zejména u těžké deprese, u deprese s psychotickými příznaky, u farmakorezistentní deprese, a z vitální medikace u nemocných, kdy je ohroženo jejich zdraví z důvodu odmítání stravy a hrozbě metabolického rozvratu. Elektrokonvulzivní terapie se používá také u manických pacientů.

Elektrokonvulzivní terapie se provádí v celkové anestezii. Při EKT dochází k vyvolání tonicko-klonických křečí celého těla, připomínají epileptický záchvat. Jedná se o bezpečnou léčebnou metodu, která má minimální nežádoucí účinky. Obvykle se provádí v sérii 8 – 12 elektrokonvulzí v intervalu 2–3x týdně. Zlepšení se u pacienta projeví obvykle po 3 – 4 elektrokonvulzi. Nežádoucím projevem EKT bývá často ztráta paměti, která se objevuje bezprostředně po EKT a může trvat několik dnů až týdnů.

Vzhledem k tomu, že se EKT provádí v celkové anestezii je nutné interní vyšetření u pacienta a pacient musí podepsat informovaný souhlas s EKT metodou. Tato metoda se nesmí používat u pacientů, kteří mají zvýšený nitrolební tlak, infarkt myokardu, aneurysma velkých cév, těžké srdeční a plicní onemocnění, závažnou osteoporózu, akutní cévní mozkovou příhodu a u pacientů s kardiostimulátorem.

### **3.3 Psychoterapie**

Psychoterapie je odborná klinická metoda využívající psychologických poznatků. Jejím záměrem je pomoci pacientům v depresi změnit své chování, myšlení a emoce. Cílem je odstranit či zmírnit potíže, nebo alespoň ovlivnit příčinu potíží. Psychoterapie využívá psychologické prostředky působení na pacienta, například působení slova, neverbální chování, rozhovor, podněcování emocí a interakce ve skupině. Důležité je vytvoření vztahu mezi pacientem a psychoterapeutem.

*Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním. Terapeut pomáhá postiženému* (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 86):

- porozumět tomu, co se děje;
- oddělit zdravé prožívání od nemocného;
- omezit, ohraničit a zmírnit nebo odstranit patologické prožitky;

- *znovuobnovit žebříček hodnot;*
- *podpořit a rozvinout vše zdravé;*
- *nalézt znovu přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i ve svět kolem;*
- *vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem;*
- *najít cesty, jak překonat současné životní problémy.*

U mírné formy deprese se využívá psychoterapie, jako jediná léčebná metoda, která pomůže nemocnému zvládnout jeho problémy. U středních a těžších forem deprese se využívá kombinace psychoterapie a antidepresiv. Antidepresiva napomáhají rychlejšímu odeznění příznaků a projevů deprese a psychoterapie pomáhá učit pacienty, jak řešit problémy, které vedly k rozvoji deprese. U těžké deprese není psychoterapie na začátku léčby účinná. Její využití je spíše v době, kdy příznaky těžké deprese odeznívají. Psychoterapie je velmi účinná metoda při léčbě depresivních poruch a výrazně zkracuje délku léčby.

#### *Psychoterapie podpůrná*

- Podpůrnou psychoterapii by měl zvládnout každý psycholog, psychiatr a také všeobecná sestra. Základními rysy pro zvládnutí psychoterapie je umění naslouchat, empatie, podporování, povzbuzování, podávání informací a vysvětlení. Terapeut a nemocný pracují spolu ve dvojici. Terapeut u nemocného pomáhá obnovit důvěru v sebe sama. V rámci podpůrné psychoterapie je nemocnému poskytnuto dostatek informací o jeho onemocnění, léčbě a důležitosti užívání předepsané medikace.

#### *Psychoterapie individuální*

- Je zaměřena na jednotlivce. Psychoterapeut pomáhá konkrétnímu pacientovi s řešením jeho problémů, zvládání potíží a změn, se kterými se v životě setkává. Je to terapie založená na důvěře a emoční podpoře pacienta.

#### *Psychoterapie skupinová*

- Probíhá většinou ve skupině 8 – 12 nemocných, různého věku, délka terapeutického sezení je zpravidla 1,5 hodiny. V rámci skupinové terapie se nemocný může naučit zvládat svoje problémy, otevřeně mluvit s více lidmi se stejnými životními potížemi anebo naučit se zvládat svoji trému. Ve skupině časem vzniká důvěrná atmosféra. Cílem terapie je pomoci nemocnému zvládat nesprávné postoje, které mohou být zdrojem jeho problémů a nemoci, a pomoci



mu změnit vzorce jeho chování. Skupina může být uzavřena nebo otevřená. V uzavřené skupině je složení nemocných neměnné. Zatímco do otevřené skupiny jsou průběžně přijímáni nebo z ní propouštěni nemocní.

Psychoterapii můžeme rozdělit do několika směrů. V psychoterapii u depresivních nemocných se využívá psychoanalýza a kognitivně-behaviorální terapie.

➤ ***Psychoanalýza***

– Zakladatelem psychoanalýzy je Sigmund Freud. Název této psychoterapie je také dynamická psychoterapie. Psychoanalýza je léčení, které je dlouhodobé, může trvat i několik let. Terapeut pracuje s negativními zkušenostmi a zážitky z mládí nemocného (například konflikty, nenaplněné přání, frustrace, vnitřní napětí) a analyzuje jejich vliv na současnost. Snaží se o to, aby si je nemocný uvědomil a dokázal je ventilovat.

➤ ***Kognitivně-behaviorální terapie***

– Soustředí svoji pozornost na způsob myšlení nemocných v depresi. Jedná se o krátkodobou léčbu oproti psychoanalýze. Patří mezi úspěšné možnosti léčby u mírných a středně těžkých forem deprese. Kognitivně-behaviorální terapie je zaměřena na pomoc nemocnému přijmout nemoc a zároveň odstranit u nemocného depresivní způsob myšlení a jednání. Je zaměřena na současnost. Zajímá se o to, co nemocný prožívá, co si myslí a jak vidí sám sebe. Nemocný se učí žít a myslet tak, aby byl schopen zvládat problémy a stresové situace, které mu přináší život. Kognitivně-behaviorální terapie nemocného podporuje ke zlepšení komunikace s okolím a sebevědomí.

### **3.4 Rehabilitace**

Rehabilitace je důležitá pro resocializaci nemocných. Využívá se u hospitalizovaných pacientů v psychiatrických nemocnicích. Zahrnuje například tyto terapie:

*Arteterapie* – provádí se za účelem zajištění ošetrovatelské péče s cílem navrácení zdraví člověka a jeho opětovného zařazení do rodinného, pracovního a společenského života. Arteterapie využívá projekce zážitků do výtvarného projevu. Vztah k terapeutovi je zpravidla otevřený, rovnocenný a partnerský. Pacient se zde může vyjadřovat verbálně – pohovorem s terapeutem anebo neverbálně výtvarnou tvorbou. Arteterapie probíhá většinou skupinově, v některých případech může probíhat také individuálně. V rámci psychiatrické nemocnice jsou informace, které terapeutka získá z rozhovorů s pacientem, předávány písemnou formou ošetřujícím lékařům. Pacient je vždy s obsahem seznámen.

*Muzikoterapie* – využívá k terapeutickým účelům hudbu. Muzikoterapie musí mít jasná pravidla, protože se jedná o terapeutický proces. Cílem muzikoterapie je pomoci nemocnému najít uvolnění, vyrovnanost, harmonii a vnitřní sílu. Nemocný získá nové zkušenosti a dovednosti k získání sebedůvěry v mezilidských vztazích.

*Činnostní terapie* – jedná se souhrn pracovních, kreativních, manuálních a odborných činností zaměřených na podporu, udržení, zlepšení a prevenci zdravotního stavu fyzického, psychického i sociálního u jednotlivce, s motivací zařadit se do civilního života i pracovního procesu.

Činnostní terapie má určité cíle:

- resocializace – výchovné působení na jedince k jeho opětovnému zařazení se do života společnosti
- podílení se na zlepšení a udržení určité kvality života
- podporování a udržování životních návyků
- podpora kreativního rozvoje
- podpora sebeuvědomění se
- podpora samostatnosti
- odbourání každodenního stereotypu na oddělení

*Ergoterapie* – jedná se o smysluplné zaměstnávání, ergoterapie usiluje o zachování a využívání schopnosti jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním).

Cílem ergoterapie je:

- podporovat zdraví a duševní pohodu
- pomáhat ve zlepšení dovedností pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času
- pomáhat v plnění sociálních rolí
- pomáhat zapojení se do komunity a sociálního prostředí
- posilovat osoby v realizaci a zvládání každodenních interakcí s prostředím
- pomáhat v zaměstnávání mysli a odpoutávání se od patologických obsahů a negativních myšlenek
- usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění

*Socioterapie* – jde o léčebnou metodu, která se zabývá zlepšením sociálních vztahů a dovedností nemocného a zároveň se snaží zabránit vzniku hospitalismu u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v psychiatrických zařízeních.

*Biblioterapie* – metoda, která využívá k psychoterapii četbu. Slouží k rozvoji osobnosti. Četba napomáhá k rozvoji komunikačních schopností, kritičnosti, tvořivosti a fantazii. U nemocných přispívá k uvolnění nahromaděného napětí, uvědomění si a vyrovnání se s problémem. Je zaměřena na relaxační literaturu.

### 3.5 Sebepéče a sebeléčba

Tady je několik doporučení, jak si člověk může pomoci sám v případě, že trpí nebo trpěl depresivní poruchou. Tyto rady, ale v žádném případě nenahrazují léčbu deprese (Praško, Buliková, Sigmundová, 2011, s. 69 – 72).

- *Ujasněte si, že deprese je nemoc, která je léčitelná.*
- *Nezůstávejte s problémem sami.*
- *Důvěřujte svému lékaři a nebojte se mu sdělit své potíže a problémy, zejména úvahy o sebevraždě.*
- *Pravidelně užívejte léky, které vám odborník předepsal.*
- *Neklad'te si náročné cíle a úkoly.*
- *Během deprese nedělejte žádná závažná rozhodnutí (jako jsou rozchod v důležitém vztahu, odchod od rodičů, změna bydliště, finanční investice, změna zaměstnání apod.).*
- *Nesrovnávejte aktivitu v nemoci se svou aktivitou ve zdraví.*
- *Neříkejte si, že depresi „zlomíte vůlí“.*
- *Zkuste dělat to, co je vám příjemné.*
- *Pokud se hodláte k delší činnosti, rozdělte ji na menší úseky.*
- *Neočekávejte od sebe příliš.*
- *Neuchylujte se do samoty, udržujte kontakt s blízkými lidmi.*
- *Nepokoušejte se depresi „zaspat“ tím, že budete polykat hypnotika během dne nebo pít alkohol.*
- *Velmi pečlivě zvažujte, zda si jít lehnout do postele.*
- *Nedůvěřujte negativním myšlenkám.*
- *Nevěřte lidem, kteří vám říkají, že „byste se měli vzchopit“, „že to chce jen trochu vůle“, nebo dokonce, že jste líní.*

- *Nestyďte se plakat, kdykoliv potřebujete.*
- *Nečekejte od léčby zázraky za několik dní.*
- *Zásadně v depresi nejezděte na dovolenou, ani kdyby vám to někdo doporučoval.*
- *Pokud vás přepadají myšlenky na sebevraždu – řekněte to svým blízkým a hlavně to řekněte svému lékaři.*
- *Vysvětlete svojí rodině, že deprese je nemoc.*
- *Neukončujte předčasně léčbu, i když se už budete cítit dobře.*
- *V depresi nemohou pomoci léčitelé, akupunktura, homeopatie nebo jiné alternativní praktiky.*

### 3.6 Jak přistupovat k člověku v depresi

Komunikace s depresivním pacientem v psychiatrických nemocnicích je pro sestry velmi náročná a zatěžující, vyžaduje trpělivost, vstřícnost a čas. V komunikaci s depresivním pacientem je role sestry nezastupitelná. Sestra je ten, kdo s pacientem přichází nejvíce do styku, tráví s ním hodně času, zná jeho nejbližší rodinu, pacient se jí svěřuje s intimními a osobními záležitostmi. Při rozhovoru je důležité volit slova a termíny tak, aby byly pro pacienta srozumitelné. Vždy se zpětnou vazbou ujistíme, že nám pacient rozuměl. Při špatně vedené komunikaci může dojít ke zhoršení stavu pacienta.

Komunikace s depresivním nemocným, jak jsem už uvedla, není snadná. Musíme si uvědomit, že velmi důležitá je empatie. Nejen empatie, ale také základní znalosti o depresivním onemocnění ošetřujícího personálu, jsou důležité pro správně vedenou komunikaci s pacientem. Rozhodně nemůžeme používat věty, ve kterých se objevuje napomenutí, například: „Vzchopte se!“ nebo „Dejte se dohromady!“ Protože většina nemocných se o to opakovaně pokouší, ale není to v jejich silách. A naléháním na ně se jejich stav bude ještě zhoršovat. Následně to u nemocných vyvolá jen další pocity viny, že nic nezvládnou. Vyhnout se musíme také výrazům typu „to nic není“, či „z toho se brzo dostanete“. Zlehčování není vhodné, protože pacient sám cítí a ví, že se z toho tak lehce nedostane.

V přístupu k člověku v depresi je důležitá vstřícnost – jde o to udělat první krok při komunikaci s pacientem. Projevit pacientovi ochotu a snahu mu pomoci.

### 3.7 Ošetřovatelská péče u pacientů s depresí

Sestra pracující na psychiatrii by měla mít určité znalosti symptomatologie duševních onemocnění. Práce s duševně nemocnými pacienty je psychicky i fyzicky velmi náročná.

Především ošetrovatelská péče sestry na psychiatrii je odlišná od ošetrovatelské péče na jiných odděleních. Osobnost sestry zde mnohem více ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Každý pacient vyžaduje individuální a citlivý přístup. Sestra musí zvládat umění naslouchání, komunikace a správného kladení otázek. Ošetrovatelská péče u depresivních pacientů v psychiatrické nemocnici zahrnuje všechny základní každodenní činnosti. Mezi další činnosti sestry pracující na psychiatrii se řadí sledování pacientů, jejich stavů nálad, chování a možného projevu neklidu, sledování spánku a dohlížení na užívání předepsané medikace. Sestra také dohlíží na denní aktivity pacientů. Zároveň se také snaží co nejméně zasahovat do sebestarčivosti a soběstačnosti pacientů, aby nedocházelo k hospitalizmu.

Aktivizace pacienta v depresi je možná až po zlepšení jeho psychického stavu. Výsledky pozorování sestra zapisuje pravidelně do dokumentace. U pacientů je důležité umět rozpoznat neverbální projevy chování, které mohou být prvním příznakem blížícího se neklidu nebo sebevražedného jednání.

U pacientů s těžkou depresí se sebevražednými myšlenkami je nutný celodenní dohled na pokoji zvýšené péče. Tento pokoj se nachází vedle ošetrovny. Je vybaven tak, aby zde bylo co nejmenší riziko možnosti sebepoškození.

Depresivní pacient má zpomalené myšlení a jednání. Z tohoto důvodu informace pacientovi vždy klidným a pomalým hlasem několikrát zopakujeme. Stává se také, že pacient v těžké depresi nekomunikuje vůbec. Je velmi složité odebrat například ošetrovatelskou anamnézu. Na pacienta nenaléháme a po úpravě stavu doplníme všechny důležité údaje. Pacienta při každé příležitosti chválíme a povzbuzujeme.

## 4 DŮSLEDKY ŽIVOTA S DEPRESÍ

Deprese je v současnosti velmi časté duševní onemocnění. Je dobře léčitelné, ale i přesto má velký dopad na kvalitu života nemocného. V této části jsou popsány problémy, které s sebou nese neléčená, ale také léčená deprese. Deprese je onemocnění, které může odeznít bez léčby, ale ve většině případů je nutná odborná pomoc. Pokud se deprese neléčí, pro jedince může mít za následek snížení kvality života až zapříčinění ukončení života.

### *Dopad na kvalitu života a změna rolí*

Kvalita života je změněná hned v období propuknutí nemoci. Je to dáno jejími projevy. Deprese nemocného omezuje nebo mu znemožňuje fungování v osobním, pracovním a profesním životě. Ke změně kvality života dochází také umístěním nemocného do psychiatrického zařízení a vedlejšími účinky terapie. Dost často dochází ke ztrátě výkonu a také k sociální izolaci duševně nemocného.

Deprese je onemocnění, u kterého hrozí riziko recidivy a tím pádem vznik chronického onemocnění. V rámci dlouhodobého chronického onemocnění duševně nemocných dochází k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností anebo toto nebezpečí hrozí. Týká se hlavně nemocných s těžkou depresivní poruchou bez nebo s psychotickými příznaky. U těchto nemocných může docházet ke stavům, kdy v důsledku nemoci nejsou schopni rozpoznávat důsledky svého jednání, také nejsou schopni toto jednání sami bezprostředně korigovat a mnohdy jim schází náhled na chorobnost svého stavu. Pacienti z této skupiny si často nejsou schopni hájit své zájmy a práva.

Toto onemocnění má dále vliv na změnu rolí v rodině. Například nemocná žena s depresivní poruchou najednou nezvládá péči o domácnost a o děti. Její roli musí převzít manžel nebo nejbližší příbuzní. Pro rodinné příslušníky může být nemocná velkou zátěží. Nejbližší okolí může vnímat nemocného, jako lenocha, který záměrně neplní své povinnosti. Potom nemocného obviňují za jeho lenost a mají na něho zlost. A následkem toho je blížící se nástup syndromu vyhoření. Z tohoto důvodu je pro pečující stejně důležitá psychologická pomoc, jako pro nemocné.

### *Riziko sebevraždy*

Sebevražda (latinsky *suicidum*, výraz odvozený od *sui caedere*, tedy „zabít sám sebe“) je čin, kterým člověk úmyslně zapříčiní vlastní smrt. Jedinec, který trpí depresivní poruchou, mívá pocity beznaděje, strach z budoucnosti a negativní myšlenky. Negativní myšlenky

jsou obtěžující a život se nemocnému může zdát nesnesitelný. A dochází k tomu, že depresivní nemocný vnímá sebevraždu, jako jediné řešení svých problémů. Neexistuje žádný způsob, jak rozpoznat u depresivního nemocného, že chce spáchat sebevraždu. Sebevražedné chování může vzniknout impulzivně v kritické chvíli, kdy jedinec podlehně okamžitému nápadu. Anebo je možné pozorovat u nemocného určité signály. Je nutné brát vážně změny v chování, jako například velkorysé rozdávání, stažení se do ústraní a zmínky o sebevraždě. V některých případech sám nemocný přesvědčuje všechny své blízké, že se mu daří lépe, aby mohl uskutečnit svůj plán a spáchat sebevraždu. Myšlenky na sebevraždu u depresivních pacientů nejsou ničím jiným než voláním o pomoc. Je nutné je brát vážně a nepodceňovat je.

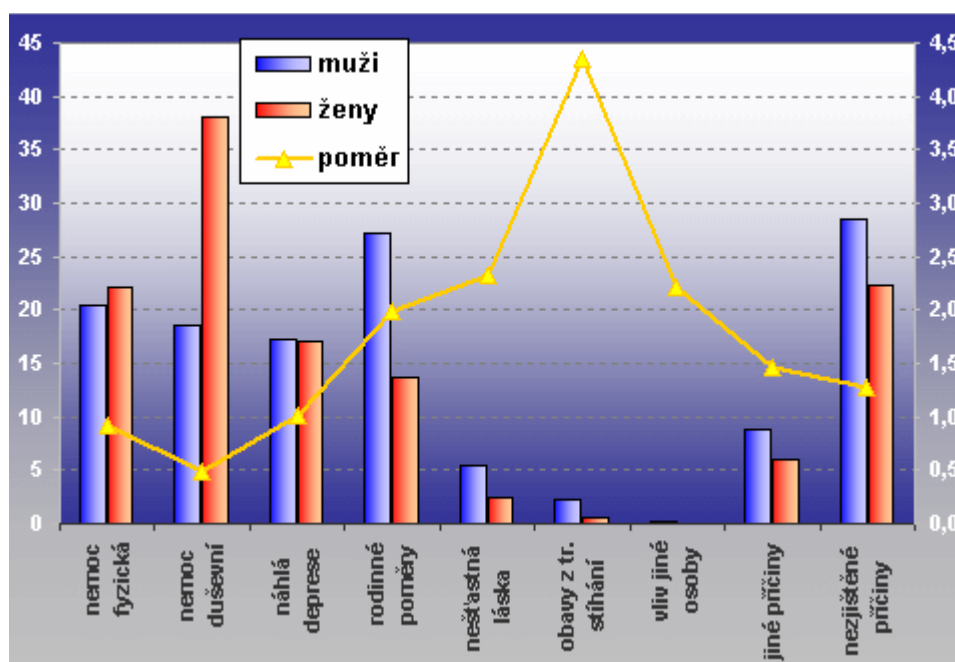
*Mezi rizikové faktory pro suicidální jednání patří (Honzák, 1999, s. 63):*

- *depresivní porucha, a to zejména na svém začátku a na konci, kdy nastává zlepšení dynamogenie a pacient/ka má náhle dosti energie k uskutečnění sebevraždy;*
- *osobnostní poruchy;*
- *závažné somatické onemocnění nebo obavy z něj;*
- *závislost na alkoholu a/nebo psychotropních látkách;*
- *předcházející sebevražedné pokusy (včetně demonstrativních);*
- *přímé i nepřímé ohlašování sebevraždy;*
- *případy sebevražedného jednání v okolí (snadnost nápodoby);*
- *stavy úzkosti, pocity viny, pocity osobní insuficience;*
- *pracovní potíže (ztráta zaměstnání, přechod do důchodu);*
- *finanční problémy;*
- *ztráta významných mezilidských kontaktů;*
- *dětství prožité ve špatných podmínkách, ztráta jednoho či obou rodičů v dětství a dospívání.*

Příbuzní, kolegové a přátelé by měli mluvit s nemocným v depresi o jeho myšlenkách a v případě, že zmíní úvahy o ukončení života, je nutné ihned se obrátit na pomoc odborného psychiatra, další možností je kontaktovat krizové centrum nebo zavolat na linku důvěry, která jim pomůže zprostředkovat odbornou pomoc. Odbornou lékařskou pomoc je nutné vyhledat také v případě, že s tím nemocný nesouhlasí. V případě rizika sebepoškození nebo sebevraždy musí být poskytnuta odborná pomoc a léčba i proti vůli nemocného.

Aby se dalo případně předejít sebevražedné aktivitě, je třeba sledovat některé faktory, podle kterých se dá rozpoznat do jaké míry je nebezpečí sebevraždy závažné. Riziko dokonané sebevraždy je vyšší u mužů vyššího věku. Vede k tomu osamělost jedince nebo jeho špatný somatický stav. Jestliže pacient v minulosti prodělal sebevražedný pokus, je důležité zjistit co nejvíce údajů o tom, co ho k tomu vedlo. Zkušenost z minulosti zvyšuje riziko opakování sebevražedné aktivity.

Podle informačního demografického portálu je příčinou sebevraždy asi ve zhruba 40 %, psychické onemocnění. A zhruba okolo 17 % sebevražd je z motivu „náhlá deprese“. (znázorňuje Graf 1). Statistické údaje jsou z let 2000 – 2005. Sebevražedné jednání je u žen častější než u mužů, ale oproti tomu muži většinou své jednání dokonají. Dokonané sebevraždy u dětí, kdy motivem byla deprese, jsou podle statistiky nejčastější u osob ve věku 15 - 18 let.



Graf 1 Sebevraždy podle motivu, muži a ženy (podíl v %), vzájemný poměr obou pohlaví

(muži / ženy), 2000-2005

### Stigmatizace

Veřejnost v současnosti stále vnímá pacienty hospitalizované v psychiatrických zařízeních za lidi nebezpečné a nepředvídatelné. Je to dáno neznalostí a vlivem médií. Jen malé pro-



cento těchto pacientů provede nějaký zločin, ale publicita okolo je vždy velká. Neznalost vyvolává u lidí lhostejnost, ale také necitelnost a ubližování. Stále jsou ještě často používané hanlivé výrazy pro pacienty hospitalizované v psychiatrických zařízeních, jako například „blázen“. Stigmatizace zatěžuje hospitalizované pacienty a může mít vliv na průběh a zhoršování onemocnění. Nemocný bývá následně ze společnosti vyčleňován a diskriminován. Dochází k tomu, že nejbližší okolí vnímá negativně nejen nemocného, který byl nebo je hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici, ale také jeho rodinu.

Stigmatizace přináší pacientům pocity strachu, nejistoty a snižuje jejich sebedůvěru. To má za následek omezování sociálních kontaktů a problémy v komunikaci s okolím. Raději pak vyhledávají podobně stigmatizované jedince.

Pro nemocné je proto velmi důležitá rodinná psychoedukace. Změnit myšlení lidí je však složitější problém. Změn by se dalo dosáhnout pomoci osvěty. Důležitá je také empatie celé společnosti. A je to také na nás na zdravotnicích pracujících v psychiatrických zařízeních, abychom se pokusili vymýtit mylné představy lidí tím, že jim poskytneme srozumitelné a dostatečné informace.

### ***Důsledky v pracovním životě***

Deprese je onemocnění, které se nedá vyléčit za pár dní, jako například chřipka nebo angína. Léčba deprese může trvat šest týdnů, ale i půl roku nebo několik let. V současnosti lidé, u kterých se předpokládá možnost dlouhodobé pracovní neschopnosti, nemají mnoho šancí na trhu práce. Nízká zaměstnanost může být způsobená také postojem zaměstnavatele, nebo nedostatkem vhodných míst pro lidi trpící depresivní poruchou. Nezaměstnanost může být způsobená strachem nemocných z odhalení psychických potíží v zaměstnání. Dalším problémem je užívání léků a dodržování pravidelného režimu, který omezuje nemocného ve vykonávání některých zaměstnání, jako například práce na směnný provoz. Dlouhodobá dočasná pracovní neschopnost z důvodu opakovaných hospitalizací, vede často k invaliditě. Posléze jen malé procento nemocných je schopno se znovu zapojit do pracovního procesu. Následkem nezaměstnanosti anebo dlouhodobé pracovní neschopnosti je finanční tíseň. Nemocný není schopen postarat se o sebe a svoji rodinu.

### ***Abusus alkoholu a drog***

Alkohol i drogy jsou velmi častým problémem u lidí s depresí. Alkohol i drogy zpočátku člověk v depresi užívá, aby se zbavil napětí nebo smutné nálady a očekává změnu ve svém prožívání. Alkohol mu ze začátku pomáhá zahnat smutek, ale při dlouhodobém abusu spíše

depresi ještě více prohlubuje. U některých lidí se projeví deprese až jako následek dlouhodobého abusu alkoholu nebo drog. Lidé trpící depresí jsou náchylní i k ostatním legálním drogám, mezi které řadíme cigarety a kávu. Káva obsahuje velmi rozšířenou a silnou drogu kofein. Předávkování kofeinem vede k poruchám spánku, srdečního rytmu, koncentraci, myšlení, úzkosti, panice a třesu.

### *Užívání léků*

Nemocného je nutné již na začátku léčby poučit o nutnosti užívání předepsaných léků. Antidepressiva musí užívat minimálně ještě půl roku po vymizení příznaků onemocnění. V některých případech dva roky. Při opakovaných recidivách i celý život. Antidepressiva jsou léky, které jsou nenávykové, bezpečné a mají minimální nežádoucí účinky.

Deprese, jak jsme už uvedli, je nemoc. V současné době je jedna z nejčastějších nemocí. Je to nemoc, která se dá léčit a vyléčit. Z praxe ale známe hodně případů, kdy pacienti po propuštění z psychiatrické nemocnice přestanou docházet na pravidelné kontroly k odbornému psychiatrovi a přestanou užívat předepsané léky, protože se cítí dobře.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA PRŮZKUMU

Praktická část bakalářské práce byla prováděna kvantitativní metodou šetření formou dotazníku a strukturovaného skrytého pozorování.

V této kapitole je dále popsána charakteristiku průzkumu, výběr respondentů, technika průzkumu, organizace průzkumného šetření, metoda zpracování získaných dat, výsledky průzkumu a analýza dotazníkového šetření.

Získaná data jsou zpracována pomocí software Microsoft Excel. Grafy jsou zde použité koláčové i sloupcové. Současně je uveden ke grafům a tabulkám slovní komentář.

### 5.1 Cíle průzkumu

#### 5.1.1 Hlavní cíl práce

- Zjistit prožívání a chování pacientů s depresí.

#### 5.1.2 Dílčí cíle práce

- Porovnání rozdílů ve vnímání depresivního onemocnění u mužů a žen.
- Zjištění vnímání sebe sama pod vlivem depresivního onemocnění.
- Zjištění rizika sebevražedných myšlenek u hospitalizovaných pacientů s depresivním onemocněním.

### 5.2 Charakteristika průzkumu

Průzkum byl proveden v rámci Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Průzkumné šetření probíhalo od února do dubna v roce 2015. Průzkumný soubor respondentů tvořili pacienti, kteří byli hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici minimálně 14 dní.

Dotazník byl distribuován pouze v tištěné podobě. Dotazníků bylo rozdáno 100 kusů. Návratnost byla 92 kusů. Na průzkumném šetření se podílelo 50 mužů a 42 žen. Dotazník byl dobrovolný a anonymní. V úvodu dotazníku jsem se představila, uvedla jsem informace o studiu a časovou náročnost. V další části byl popsán postup pro vyplnění dotazníku. V úvodu byly 3 otevřené otázky, které se týkaly věku, pohlaví a hospitalizace pacientů, jestli se jedná o první nebo opakovanou hospitalizaci. Dotazník obsahoval 21 originálních otázek, které jsou zhodnocené a popsány v další části práce.

Před průzkumem jsem si telefonicky domluvila schůzku s vrchními a staničními sestrami jednotlivých oddělení a požádala je o možnost dotazníkového šetření. Hlavní ošetřovatel, klinická psychologka, vrchní a staniční sestry byli velmi vstřícní, ochotně mi pomohli s distribucí dotazníku depresivním pacientům na odděleních 1, 2, 5, 6, 10, 11, 18 Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

### 5.3 Výsledky průzkumu a jejich analýza (Beckův inventář deprese)

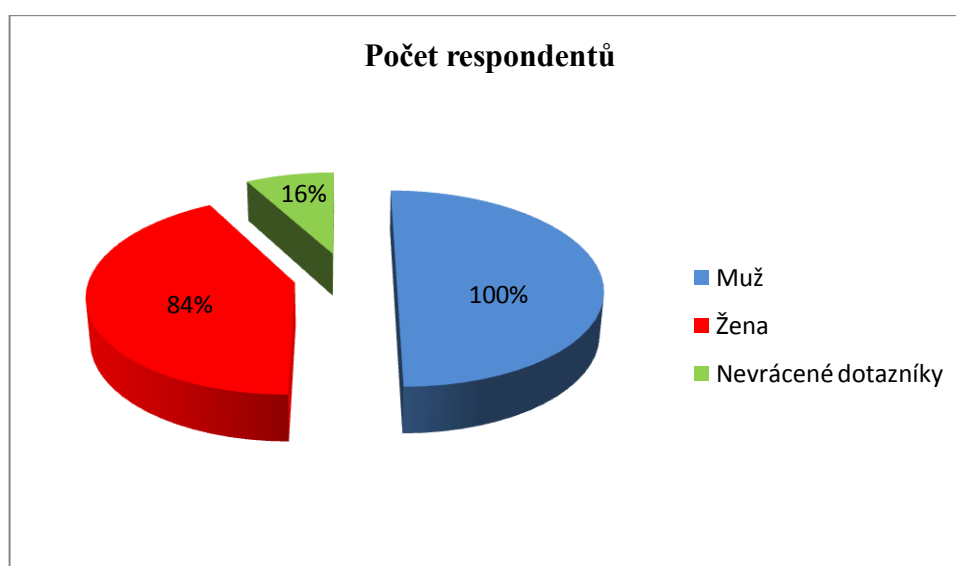
K průzkumnému šetření byl použit standardizovaný dotazník – *Beckův inventář deprese*.

#### *Identifikační údaj – pohlaví respondentů*

V této položce jsem zjišťovala počet respondentů podle pohlaví. Původně jsem měla v plánu získat 50 respondentů mužů a 50 respondentů žen. Z celkového počtu 92 respondentů dotazník vyplnilo 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (84,00 %). Nevrácených dotazníků bylo 8 (16,00 %). Celková návratnost dotazníků pro další analýzu průzkumu je 100,00 % dotazníků od mužů a 100,00 % dotazníků od žen.

Tab. 1 Počet respondentů podle pohlaví (muži/ženy)

POHLAVÍ RESPONDENTA	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
MUŽ	50	100,00 %
ŽENA	42	84,00 %
NEVRÁCENÉ DOTAZNÍKY	8	16,00 %



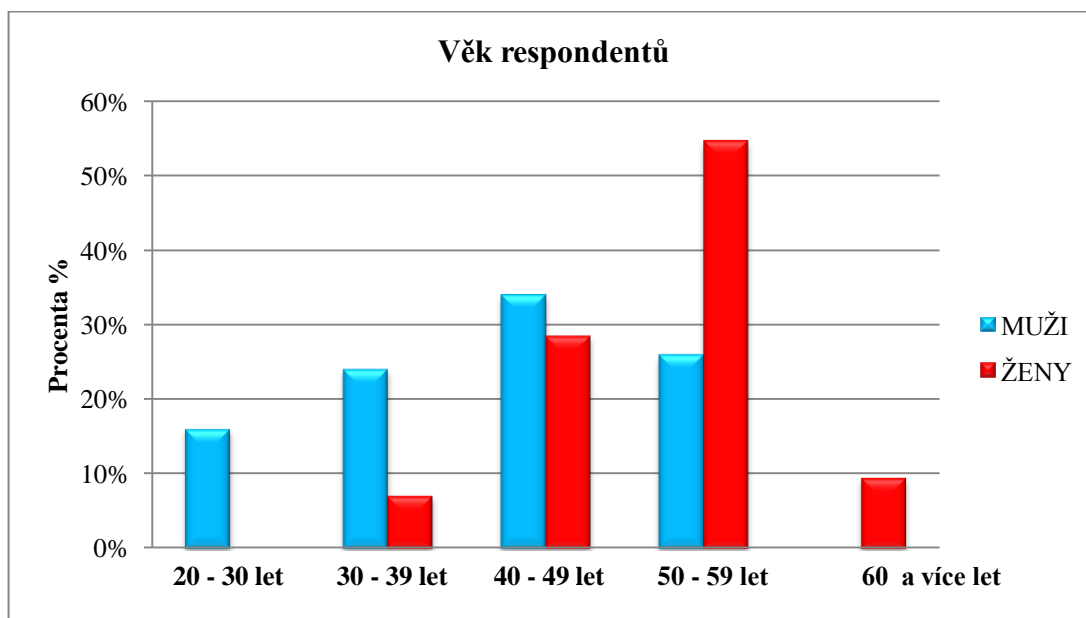
Graf 2 Počet respondentů podle pohlaví (muži/ženy)

**Identifikační údaj – věk respondentů**

V této položce jsem zjišťovala počet hospitalizovaných pacientů podle věku. Vytvořila jsem si pět věkových skupin. Nejčastěji byli hospitalizováni muži ve věkové skupině 40 – 49 let (34,00 %) a ženy ve věkové skupině 50 - 59 let (54,75 %).

Tab. 2 Věk respondentů (muži/ženy)

VĚK	MUŽI		ŽENY	
	n	%	n	%
<b>20 – 29 LET</b>	8	16,00 %	0	0,00 %
<b>30 – 39 LET</b>	12	24,00 %	3	7,15 %
<b>40 – 49 LET</b>	17	34,00 %	12	28,57 %
<b>50 – 59 LET</b>	13	26,00 %	23	54,75 %
<b>60 A VÍCE LET</b>	0	0,00 %	4	9,53 %
<b>CELKEM</b>	<b>50</b>	<b>100,00 %</b>	<b>42</b>	<b>100,00 %</b>



Graf 3 Věk respondentů (muži/ženy)

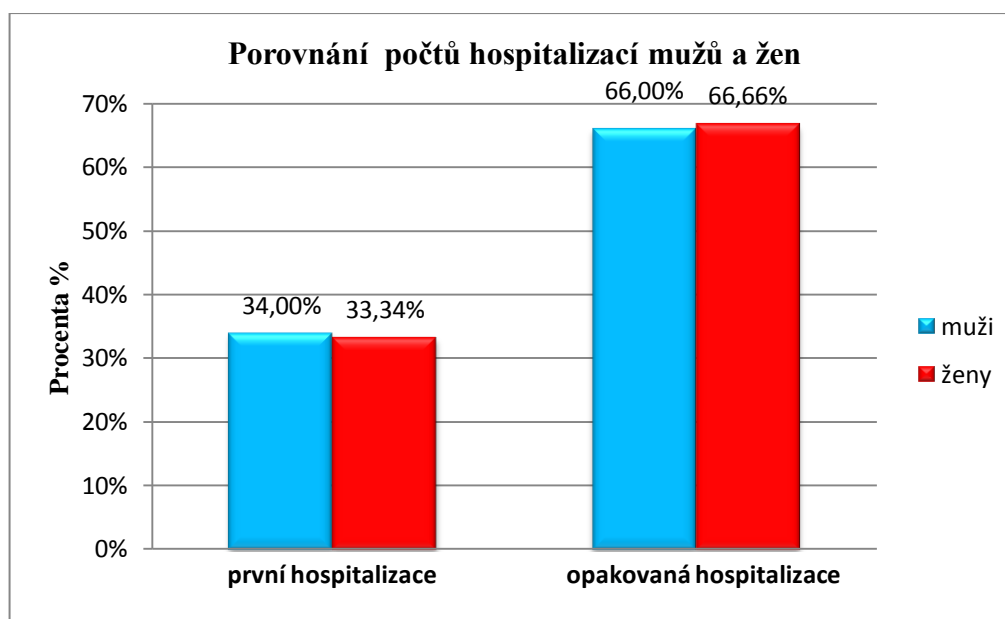
**Identifikační otázka – Byl jste již hospitalizován v psychiatrické nemocnici?**Zakroužkujte:      *ANO*      *NE*

V této otázce jsem zjišťovala, kolik respondentů bylo v minulosti hospitalizováno psychiatrickém zařízení.

Zjistila jsem, že u respondentů převažovala opakovaná hospitalizace. Z celkového počtu 50 respondentů mužů (100,00 %) se jednalo o opakovanou hospitalizaci v 66,00 % případech a z celkového počtu 42 respondentů žen (100,00 %) v 66,66 %.

Tab. 3 Informace o počtu hospitalizací

POČET HOSPITALIZACÍ	MUŽI		ŽENY	
	n	%	n	%
PRVNÍ HOSPITALIZACE	17	34,00 %	14	33,34 %
OPAKOVANÁ HOSPITALIZACE	33	66,00 %	28	66,66 %
CELKEM	50	100,00 %	42	100,00 %



Graf 4 Informace o počtu hospitalizací



**Beckův inventář deprese**

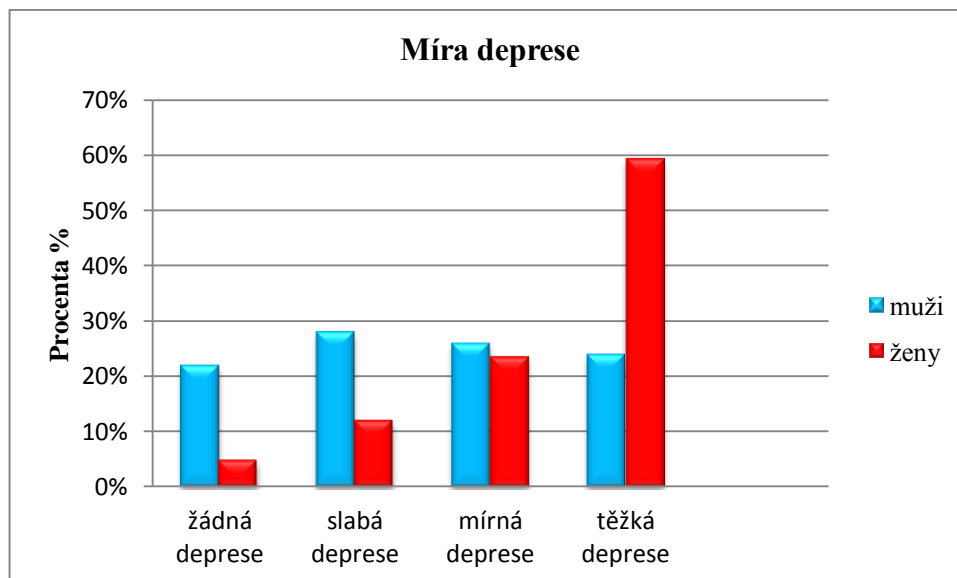
Pro zhodnocení hlavního cíle: **Zjistit prožívání a chování pacientů v depresi**, jsem si zvolila originální dotazník – *Beckův inventář deprese*. Jedná se o Beckovu stupnici pro posuzování závažnosti deprese. Dotazník se skládá z 21 otázek označených písmenem A – U. Z celkového součtu všech položek v dotazníku byla zjištěna míra deprese u pacientů v rámci hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

**Hodnocení k dotazníku:**

Počet bodů	Oč asi jde
0 - 11	žádná deprese
12 - 19	slabá deprese
20 - 26	mírná deprese
26 - 63	těžká (silná) forma deprese

Tab. 4 Míra deprese u mužů a žen

FORMA DEPRESE	MUŽI n	MUŽI %	ŽENY n	ŽENY %
ŽÁDNÁ DEPRESE	11	22,00 %	2	4,91 %
SLABÁ DEPRESE	14	28,00 %	5	12,11 %
MÍRNÁ DEPRESE	13	26,00 %	10	23,66 %
TĚŽKÁ DEPRESE	12	24,00 %	25	59,32 %
CELKEM	50	100,00 %	42	100,00 %



Graf 5 Míra deprese u mužů a žen

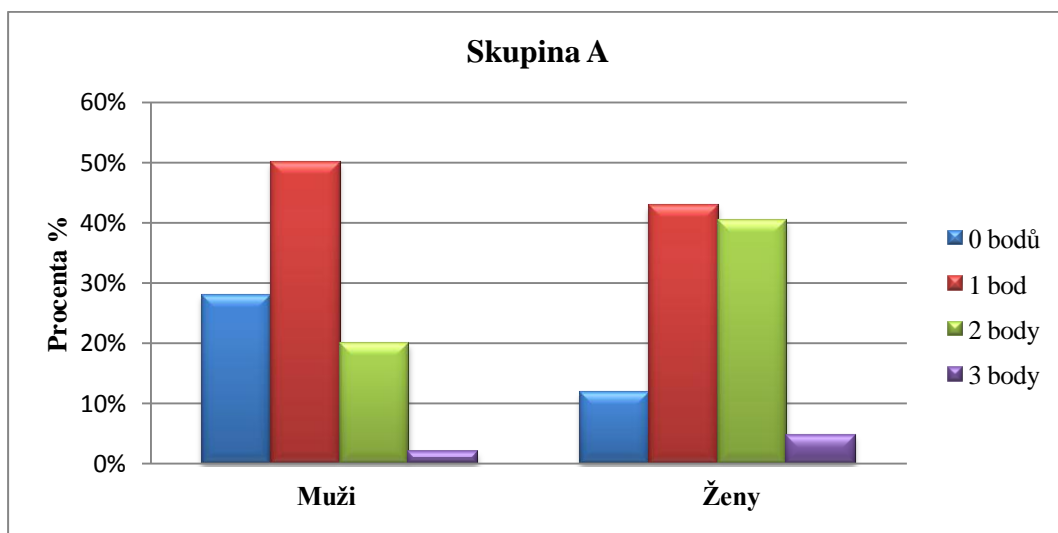
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) hodnotilo formu deprese, jako žádnou depresi 22,00 % mužů a 4,91 % žen, slabou depresi 28,00 % mužů a 12,11 % žen, mírnou depresi 26,00 % mužů a 23,66 % žen a těžkou depresi 24,00 % mužů a 59,32 % žen.

*Jednotlivé části dotazníku – skupiny A – U**Položka - Skupina A*

- 0 necítím se smutný  
 1 cítím se smutný  
 2 jsem stále smutný a nemohu se toho zbavit  
 3 jsem tak smutný a nešťastný, že to sotva snáším

Tab. 5 Odpovědi na výroky skupiny A

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	14	25	10	1	<b>50</b>
<b>%</b>	28,00 %	50,00 %	20,00 %	2,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	5	18	17	2	<b>42</b>
<b>%</b>	11,91 %	42,85 %	40,47 %	4,77 %	<b>100,00 %</b>



Graf 6 Odpovědi na výroky skupiny A

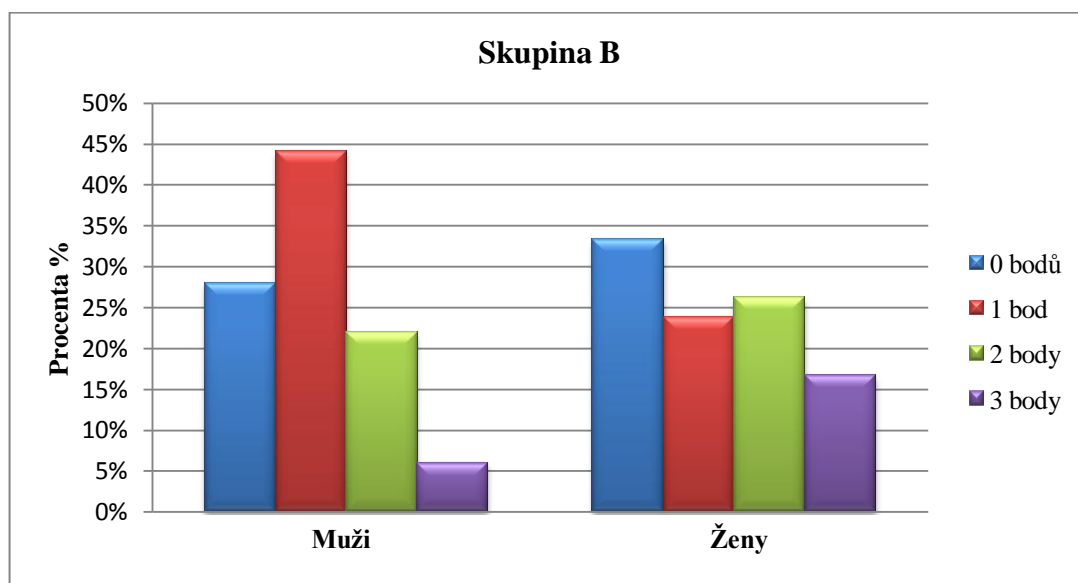
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 28,00 % mužů a 11,91 % žen, 1 bod označilo 50,00 % mužů a 42,85 % žen, 2 body označilo 20,00 % mužů a 40,47 % žen a 3 body označilo 2,00 % mužů a 4,77 % žen.

**Položka - Skupina B**

- 0 neřádím se do budoucna s nějakou zvláštní odvahou  
 1 dívám se do budoucna bez odvahy  
 2 nemám nic, nač bych se mohl těšit  
 3 mám pocit, že je budoucnost beznadějná a že se situace nezlepší

Tab. 6 Odpovědi na výroky skupiny B

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	14	22	11	3	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	28,00 %	44,00 %	22,00 %	6,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	14	10	11	7	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	33,33 %	23,81 %	26,19 %	16,67 %	<b>100,00 %</b>



Graf 7 Odpovědi na výroky skupiny B

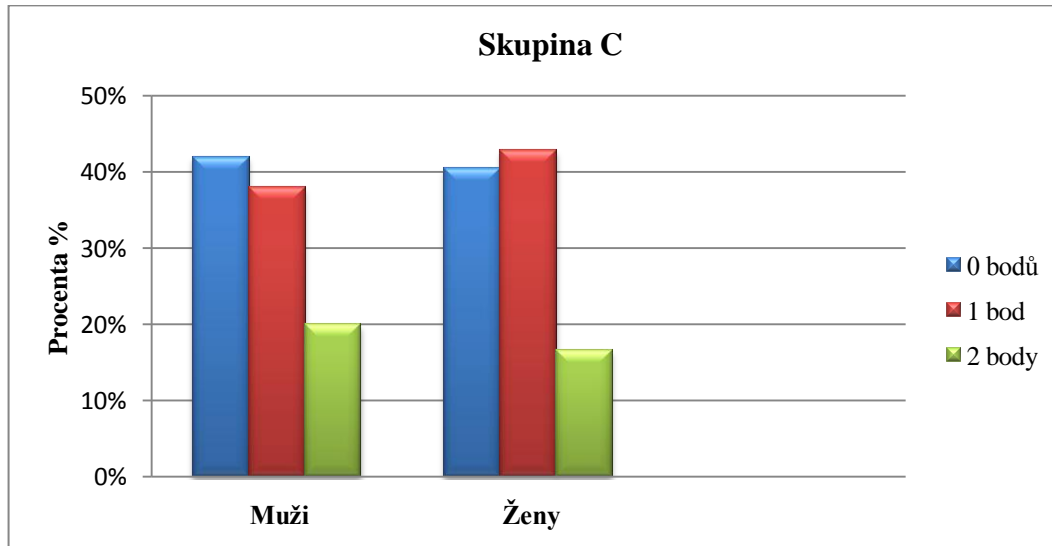
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 28,00 % mužů a 33,33 % žen, 1 bod označilo 44,00 % mužů a 23,81 % žen, 2 body označilo 22,00 % mužů a 26,19 % žen a 3 body označilo 6,00 % mužů a 16,67 % žen.

**Položka - Skupina C**

- 0 necítím, že bych selhal, že bych byl neschopný
- 1 mám pocit, že jsem jako člověk zcela selhal
- 2 když se podívám zpět na svůj život, pak vidím jen spoustu nezdarů

Tab. 7 Odpovědi na výroky skupiny C

	<b>0 bodů</b>	<b>1 bod</b>	<b>2 body</b>	<b>Celkem</b>
<b>MUŽI</b>				
<b>n</b>	21	19	10	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>				
<b>%</b>	42,00 %	38,00 %	20,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>				
<b>n</b>	14	10	11	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>				
<b>%</b>	40,47 %	42,86 %	16,67 %	<b>100,00 %</b>



Graf 8 Odpovědi na výroky skupiny C

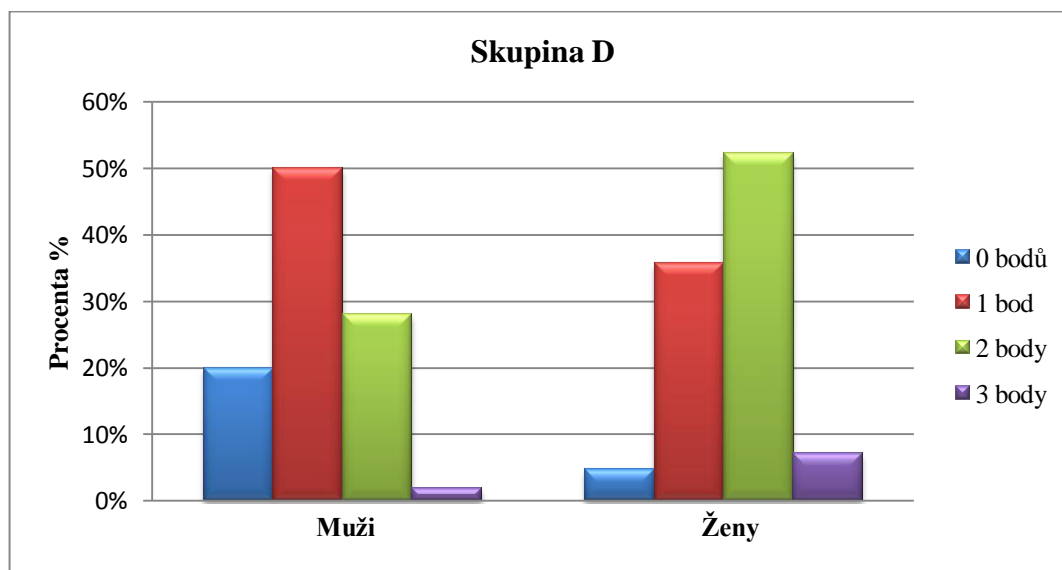
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 42,00 % mužů a 40,47 % žen, 1 bod označilo 38,00 % mužů a 42,86 % žen, 2 body označilo 20,00 % mužů a 16,67 % žen.

**Položka - Skupina D**

- 0      mohu vše užívat tak jako dříve
- 1      nemohu věci užívat tak jako dříve
- 2      nemohu mít z něčeho pravé uspokojení
- 3      jsem se vším nespokojen, vše mne nudí

Tab. 8 Odpovědi na výroky skupiny D

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	10	25	14	1	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	20,00 %	50,00 %	28,00 %	2,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	2	15	22	3	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	4,77 %	35,71 %	52,37 %	7,15 %	<b>100,00 %</b>



Graf 9 Odpovědi na výroky skupiny D

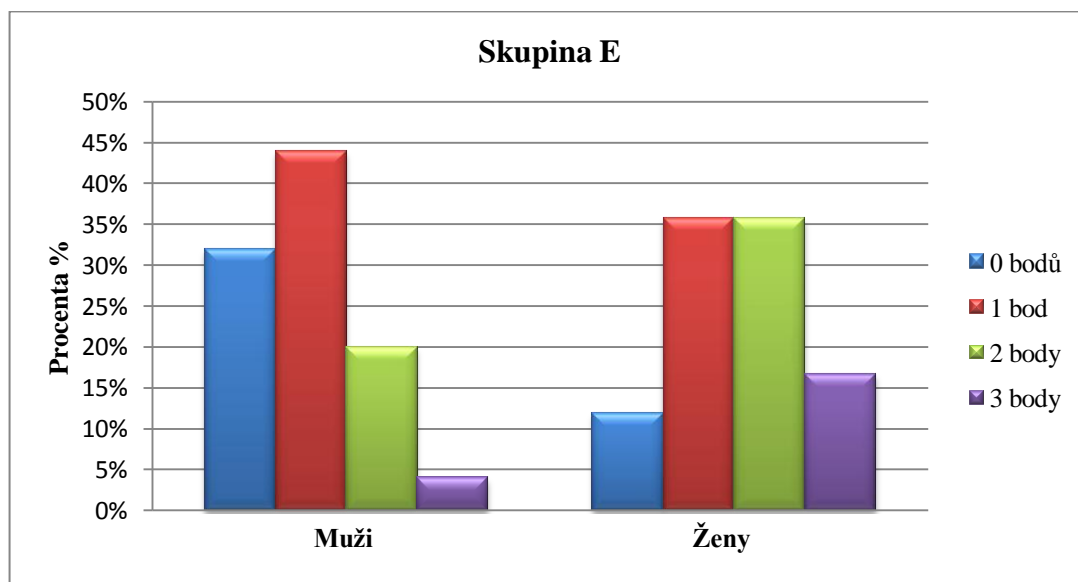
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 20,00 % mužů a 4,77 % žen, 1 bod označilo 50,00 % mužů a 35,71 % žen, 2 body označilo 28,00 % mužů a 52,37 % žen a 3 body označilo 2,00 % mužů a 7,15 % žen.

**Položka - Skupina E**

- 0 nemám žádný pocit viny  
 1 mám pocit, že jsem snad něčím vinen  
 2 mám téměř stále pocit viny  
 3 mám stále pocit viny

Tab. 9 Odpovědi na výroky skupiny E

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	16	22	10	2	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	32,00 %	44,00 %	20,00 %	4,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	5	15	15	7	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	11,91 %	35,71 %	35,71 %	16,67 %	<b>100,00 %</b>



Graf 10 Odpovědi na výroky skupiny E

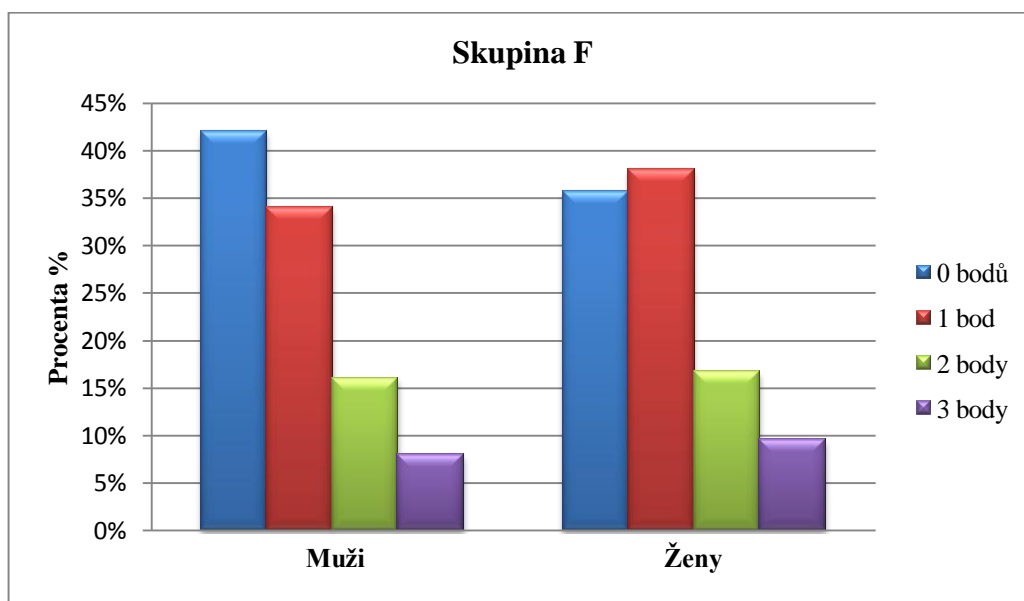
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 32,00 % mužů a 11,91 % žen, 1 bod označilo 44,00 % mužů a 35,71 % žen, 2 body označilo 20,00 % mužů a 35,71 % žen a 3 body označilo 4,00 % mužů a 16,67 % žen.

*Položka - Skupina F*

- 0 nemám pocit, že jsem trestán  
 1 mám pocit, že jsem snad trestán  
 2 čekám, že budu potrestán  
 3 mám pocit, že mám být potrestán

Tab. 10 Odpovědi na výroky skupiny F

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	21	17	8	4	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	42,00 %	34,00 %	16,00 %	8,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	15	16	7	4	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	35,71 %	38,08 %	16,67 %	9,54 %	<b>100,00 %</b>



Graf 11 Odpovědi na výroky skupiny F

Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 42,00 % mužů a 35,71 % žen, 1 bod označilo 34,00 % mužů a 38,08 % žen, 2 body označilo 16,00 % mužů a 16,67 % žen a 3 body označilo 8,00 % mužů a 9,54 % žen.

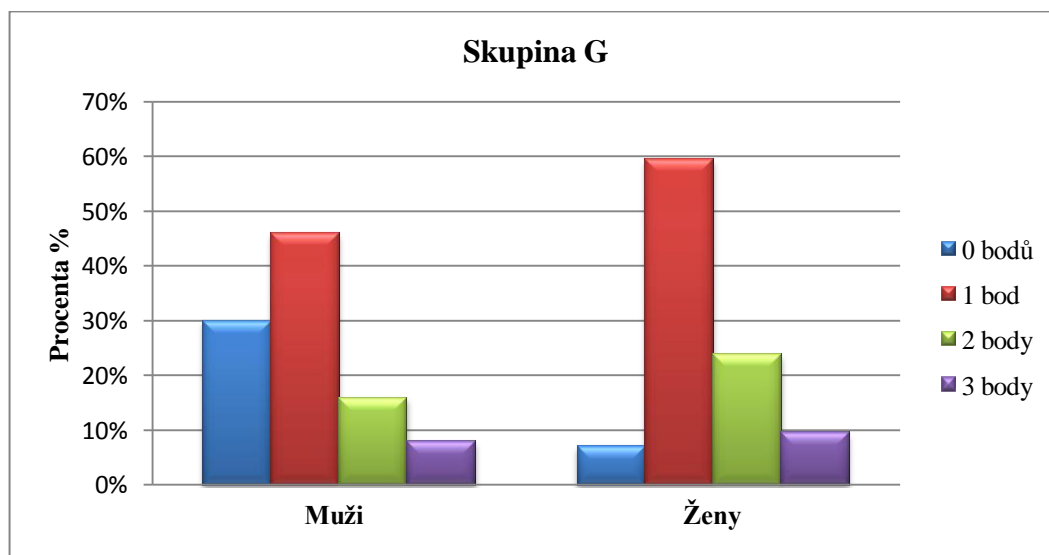


**Položka - Skupina G**

- 0 nejsem zklamán sám sebou  
 1 jsem sám sebou zklamán  
 2 jsem hrozný  
 3 nenávidím sebe sama

Tab. 11 Odpovědi na výroky skupiny G

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	25	23	8	4	<b>50</b>
<b>%</b>	30,00 %	46,00 %	16,00 %	8,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	3	25	10	4	<b>42</b>
<b>%</b>	7,15 %	59,51 %	23,81 %	9,53 %	<b>100,00 %</b>



Graf 12 Odpovědi na výroky skupiny G

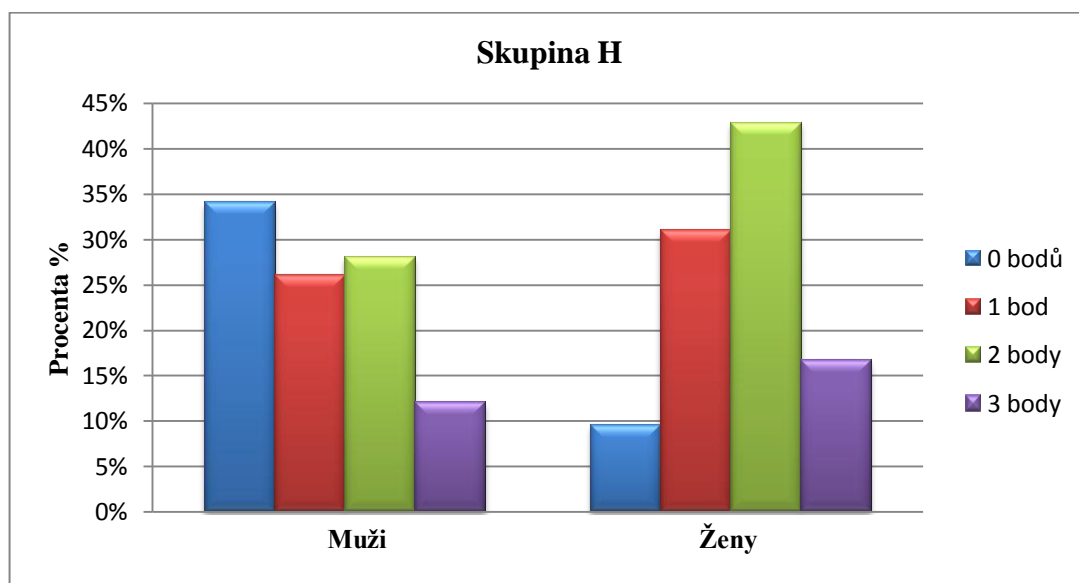
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 30,00 % mužů a 7,15 % žen, 1 bod označilo 46,00 % mužů a 59,51 % žen, 2 body označilo 16,00 % mužů a 23,81 % žen a 3 body označilo 8,00 % mužů a 9,53 % žen.

**Položka - Skupina H**

- 0 nemám pocit, že bych měl být horší než druzí  
 1 kritizuji se za své slabosti a chyby  
 2 stále si dělám výčitky pro své nedostatky  
 3 dávám si vinu za vše, co se nedaří

Tab. 12 Odpovědi na výroky skupiny H

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	17	13	14	6	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	34,00 %	26,00 %	28,00 %	12,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	4	13	18	7	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	9,53 %	30,95 %	42,85 %	16,67 %	<b>100,00 %</b>



Graf 13 Odpovědi na výroky skupiny H

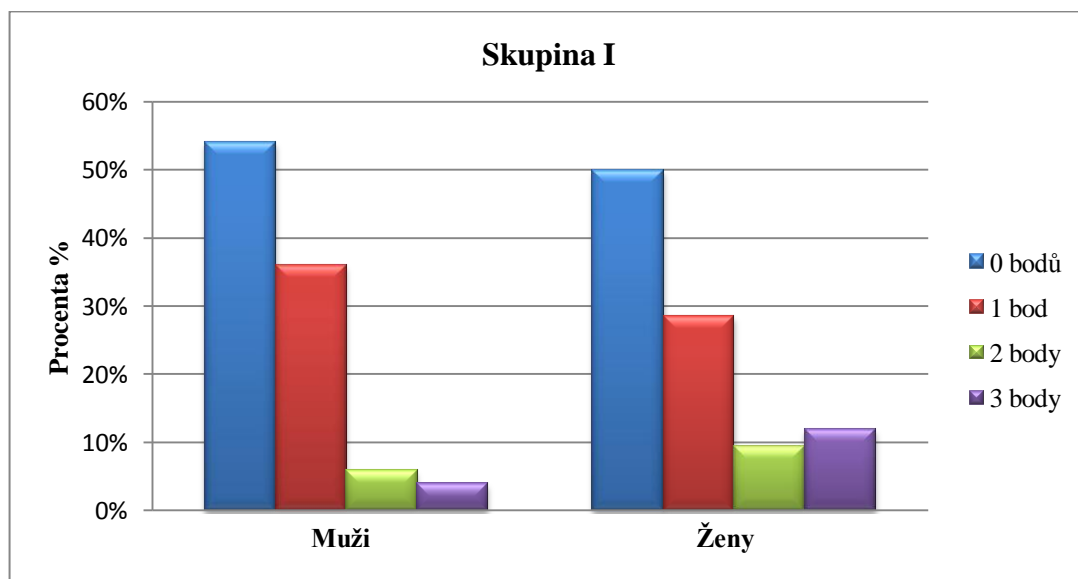
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 34,00 % mužů a 9,53 % žen, 1 bod označilo 26,00 % mužů a 30,95 % žen, 2 body označilo 28,00 % mužů a 42,85 % žen a 3 body označilo 12,00 % mužů a 16,67 % žen.

*Položka - Skupina I*

- 0 nemyslím na to, že bych si mohl něco udělat  
 1 mnohdy myslím na sebevraždu, ale neudělal bych to  
 2 nejraději bych se zabil  
 3 zabil bych se, kdybych to uměl

Tab. 13 Odpovědi na výroky skupiny I

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	27	18	3	2	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	54,00 %	36,00 %	6,00 %	4,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	21	12	4	5	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	49,99 %	28,57 %	9,53 %	11,91 %	<b>100,00 %</b>



Graf 14 Odpovědi na výroky skupiny I

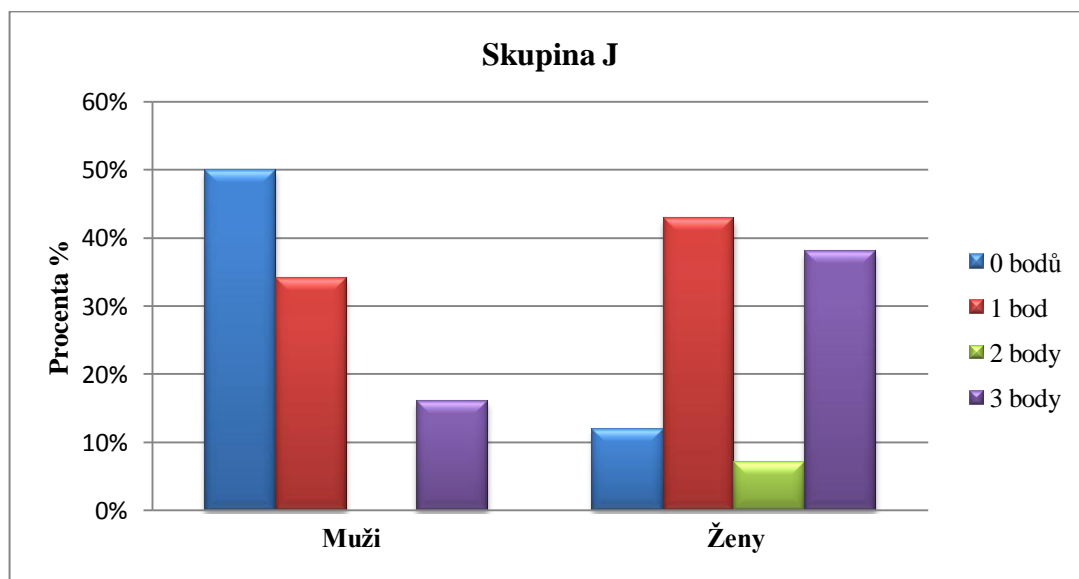
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 54,00 % mužů a 49,99 % žen, 1 bod označilo 36,00 % mužů a 28,57 % žen, 2 body označilo 6,00 % mužů a 9,53 % žen a 3 body označilo 4,00 % mužů a 11,91 % žen.

*Položka - Skupina J*

- 0 nepláču častěji než dříve  
 1 nyní pláču víc než dříve  
 2 nyní pláču po celou dobu  
 3 dříve jsem mohl plakat, ale nyní to nedokážu, i kdybych si to přál

Tab. 14 Odpovědi na výroky skupiny J

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	25	17	0	8	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	50,00 %	34,00 %	0,00 %	16,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	5	18	3	16	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	11,91 %	42,85 %	7,15 %	38,09 %	<b>100,00 %</b>



Graf 15 Odpovědi na výroky skupiny J

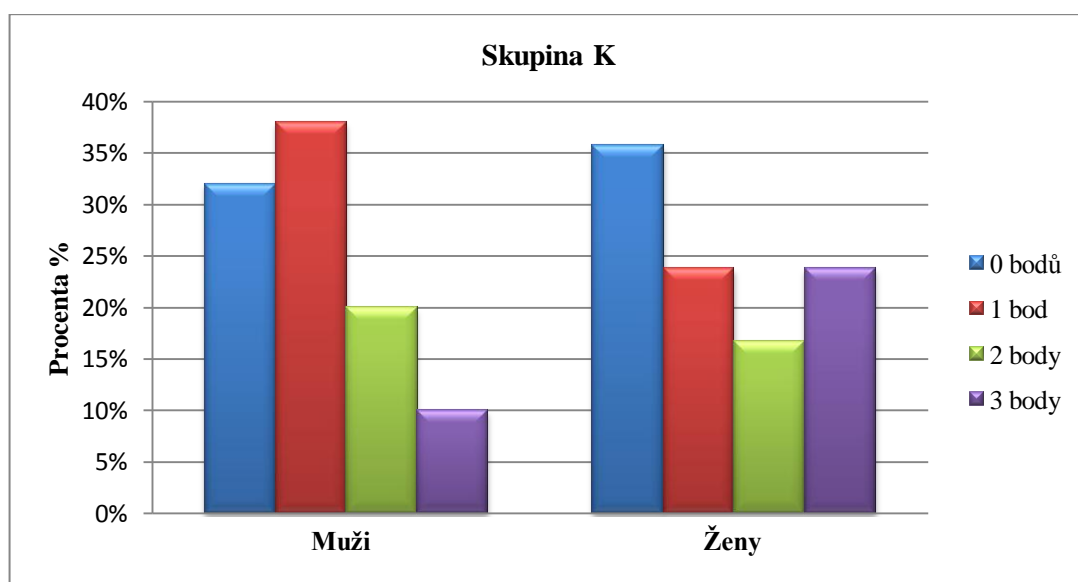
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 50,00 % mužů a 11,91 % žen, 1 bod označilo 34,00 % mužů a 42,85 % žen, 2 body označilo 0,00 % mužů a 7,15 % žen a 3 body označilo 16,00 % mužů a 38,09 % žen.

**Položka - Skupina K**

- 0 nejsem podrážděnější než dříve
- 1 snadněji se nyní rozzlobím nebo podráždím než dříve
- 2 cítím se stále podrážděný
- 3 věci, které mne dříve dráždily, se mne nyní už nedotýkají

Tab. 15 Odpovědi na výroky skupiny K

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	16	19	10	5	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	32,00 %	38,00 %	20,00 %	10,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	15	10	7	10	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	35,71 %	23,81 %	16,67 %	23,81 %	<b>100,00 %</b>



Graf 16 Odpovědi na výroky skupiny K

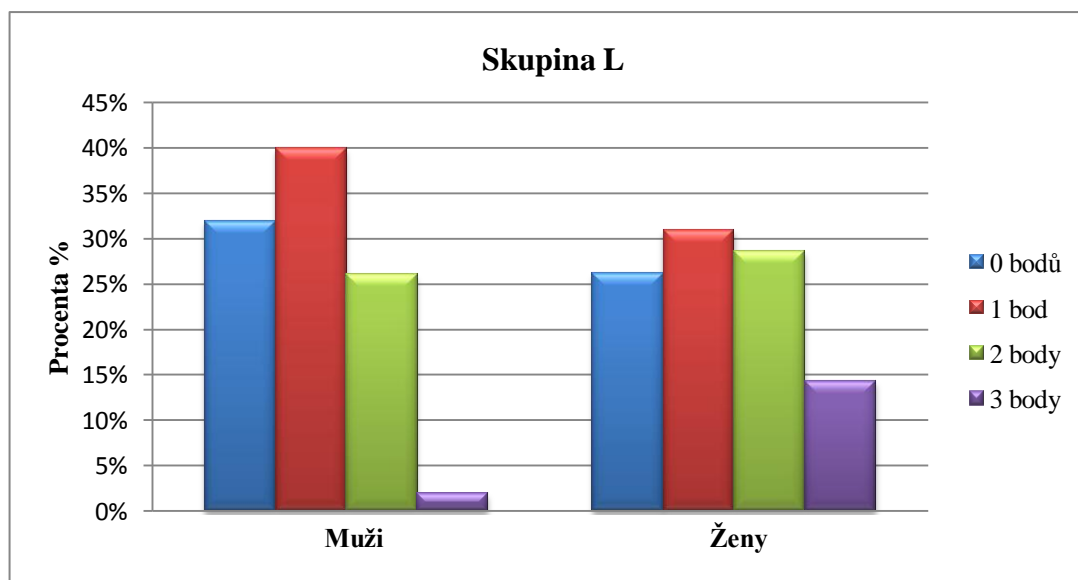
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 32,00 % mužů a 35,71 % žen, 1 bod označilo 38,00 % mužů a 23,81 % žen, 2 body označilo 20,00 % mužů a 16,67 % žen a 3 body označilo 10,00 % mužů a 23,81 % žen.

**Položka - Skupina L**

- 0 neztratil jsem zájem o druhé lidi  
 1 nyní se zajímám o druhé lidi méně než dříve  
 2 ztratil jsem z větší části zájem o druhé lidi  
 3 ztratil jsem veškerý zájem o druhé lidi

Tab. 16 Odpovědi na výroky skupiny L

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	16	20	13	1	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	32,00 %	40,00 %	26,00 %	2,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	11	13	12	6	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	26,19 %	30,95 %	28,57 %	14,29 %	<b>100,00 %</b>



Graf 17 Odpovědi na výroky skupiny L

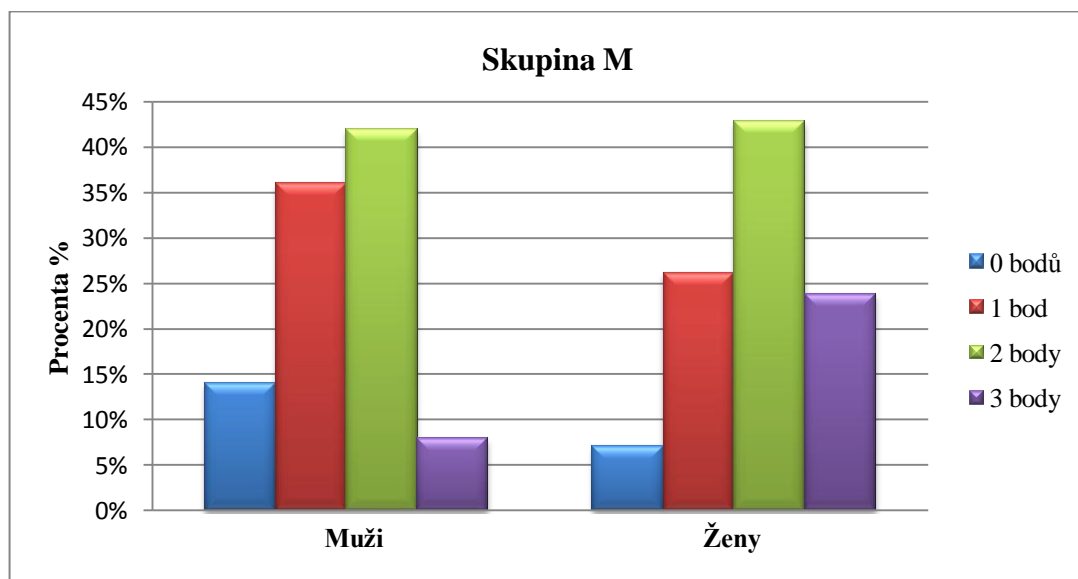
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 32,00 % mužů a 26,19 % žen, 1 bod označilo 40,00 % mužů a 30,95 % žen, 2 body označilo 26,00 % mužů a 28,57 % žen a 3 body označilo 2,00 % mužů a 14,29 % žen.

**Položka - Skupina M**

- 0 jsem tak rozhodný jako vždy  
 1 nyní odkládám rozhodnutí častěji než dříve  
 2 činit rozhodnutí je pro mne obtížnější než dříve  
 3 nemohu učinit vůbec žádná rozhodnutí

Tab. 17 Odpovědi na výroky skupiny M

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	7	18	21	4	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	14,00 %	36,00 %	42,00 %	8,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	3	11	18	10	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	7,15 %	26,19 %	42,85 %	23,81 %	<b>100,00 %</b>



Graf 18 Odpovědi na výroky skupiny M

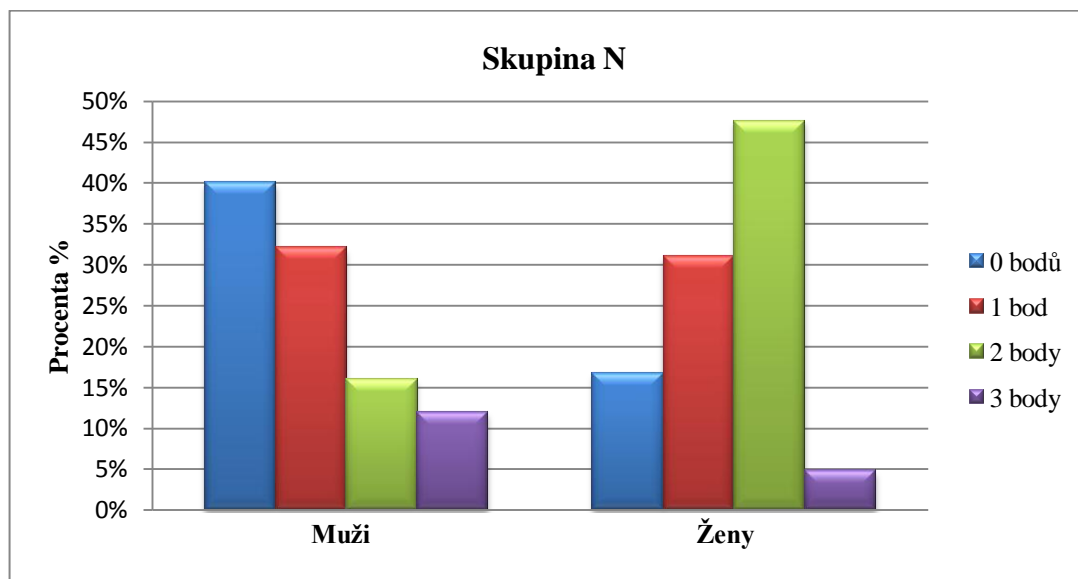
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 14,00 % mužů a 7,15 % žen, 1 bod označilo 36,00 % mužů a 26,19 % žen, 2 body označilo 42,00 % mužů a 42,85 % žen a 3 body označilo 8,00 % mužů a 23,81 % žen.

*Položka - Skupina N*

- 0 nemám pocit, že bych vypadal hůře než dříve
- 1 dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně
- 2 mám pocit, že se v mém vzhledu dostavily změny, které mne činí neatraktivním
- 3 jsem ošklivý

Tab. 18 Odpovědi na výroky skupiny N

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	20	16	8	6	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	40,00 %	32,00 %	16,00 %	12,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	7	13	20	2	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	16,67 %	30,95 %	47,61 %	4,77 %	<b>100,00 %</b>



Graf 19 Odpovědi na výroky skupiny N

Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 40,00 % mužů a 16,67 % žen, 1 bod označilo 32,00 % mužů a 30,95 % žen, 2 body označilo 16,00 % mužů a 47,61 % žen a 3 body označilo 12,00 % mužů a 4,77 % žen.

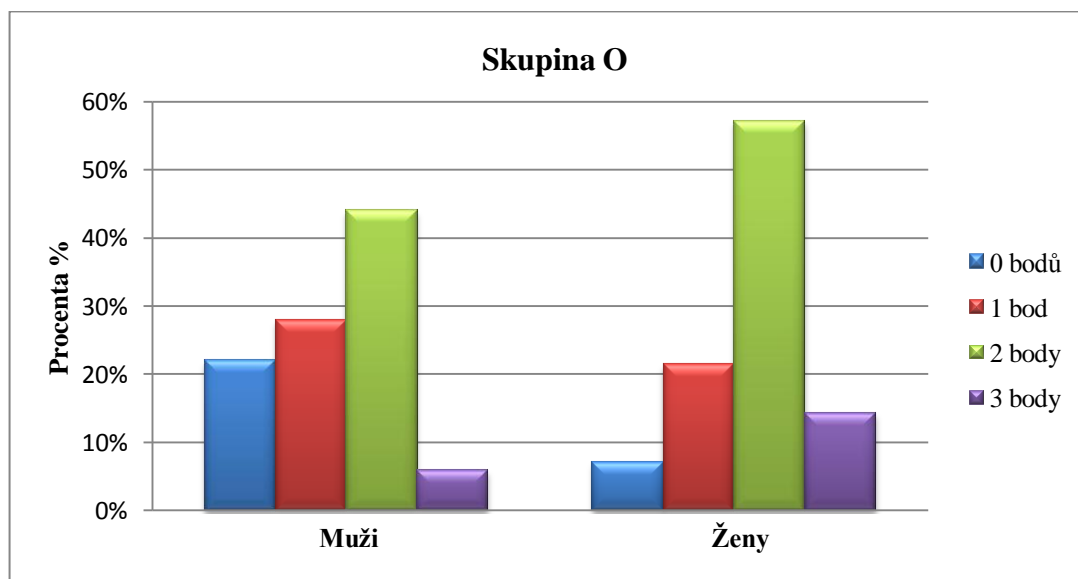


**Položka - Skupina O**

- 0      mohu pracovat tak dobře jako dříve
- 1      musím se rozhodnout, než se dám do práce
- 2      musím se do každé činnosti nutit
- 3      nejsem schopen pracovat

Tab. 19 Odpovědi na výroky skupiny O

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	20	16	8	6	<b>50</b>
<b>%</b>	22,00 %	28,00 %	44,00 %	6,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	3	9	24	6	<b>42</b>
<b>%</b>	7,15 %	21,43 %	57,13 %	14,29 %	<b>100,00 %</b>



Graf 20 Odpovědi na výroky skupiny O

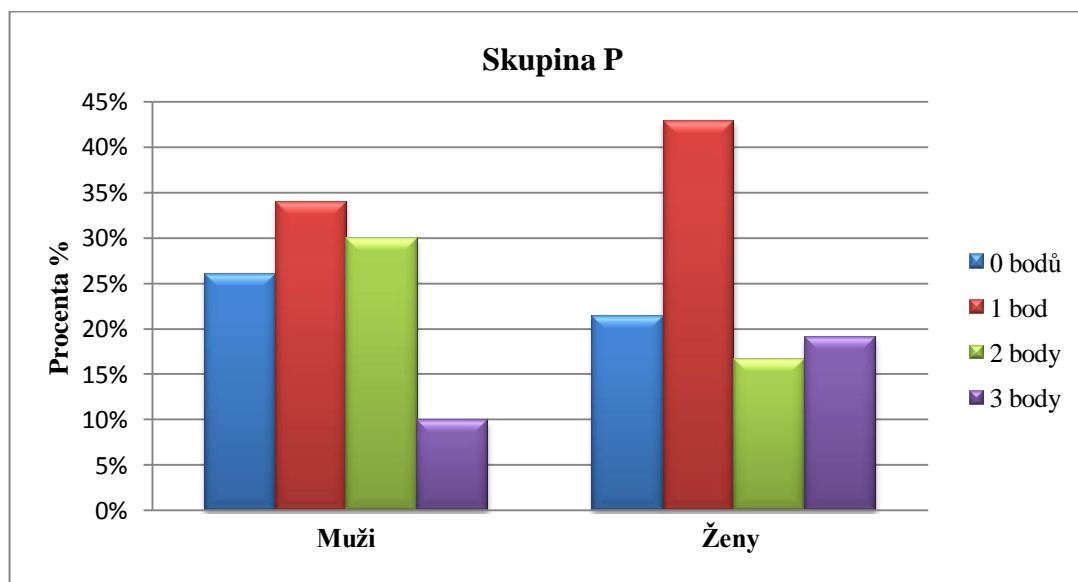
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 22,00 % mužů a 7,15 % žen, 1 bod označilo 28,00 % mužů a 21,43 % žen, 2 body označilo 44,00 % mužů a 57,13 % žen a 3 body označilo 6,00 % mužů a 14,29 % žen.

*Položka - Skupina P*

- 0 spím tak dobře jako vždy
- 1 nespím tak dobře jako dříve
- 2 probouzím se o 1 – 2 hodiny dříve než jindy a je mi zatěžko opět usnout
- 3 probouzím se o více hodin dříve než jindy a nemohu více usnout

Tab. 20 Odpovědi na výroky skupiny P

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	20	16	8	6	<b>50</b>
<b>%</b>	26,00 %	34,00 %	30,00 %	10,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	9	18	7	8	<b>42</b>
<b>%</b>	21,43 %	42,85 %	16,67 %	19,05 %	<b>100,00 %</b>



Graf 21 Odpovědi na výroky skupiny P

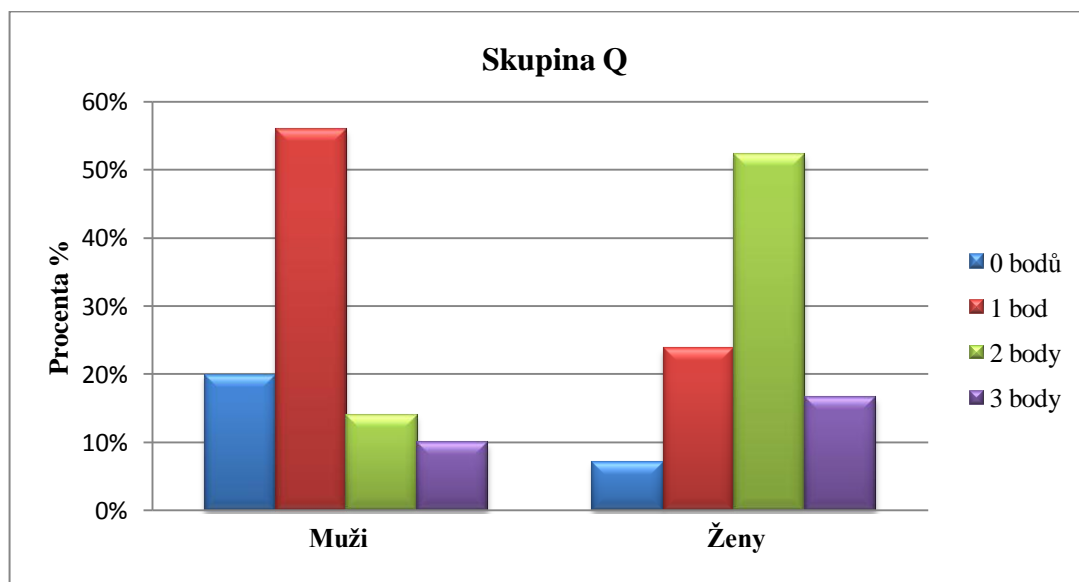
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 26,00 % mužů a 21,43 % žen, 1 bod označilo 34,00 % mužů a 42,85 % žen, 2 body označilo 30,00 % mužů a 16,67 % žen a 3 body označilo 10,00 % mužů a 19,05 % žen.

**Položka - Skupina Q**

- 0 neunavím se snadněji než dříve  
 1 unavím se rychleji než dříve  
 2 téměř vše mne unaví  
 3 jsem příliš unaven, než abych něco udělal

Tab. 21 Odpovědi na výroky skupiny Q

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	10	28	7	5	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	20,00 %	56,00 %	14,00 %	10,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	3	10	22	7	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	7,15 %	23,81 %	52,37 %	16,67 %	<b>100,00 %</b>



Graf 22 Odpovědi na výroky skupiny Q

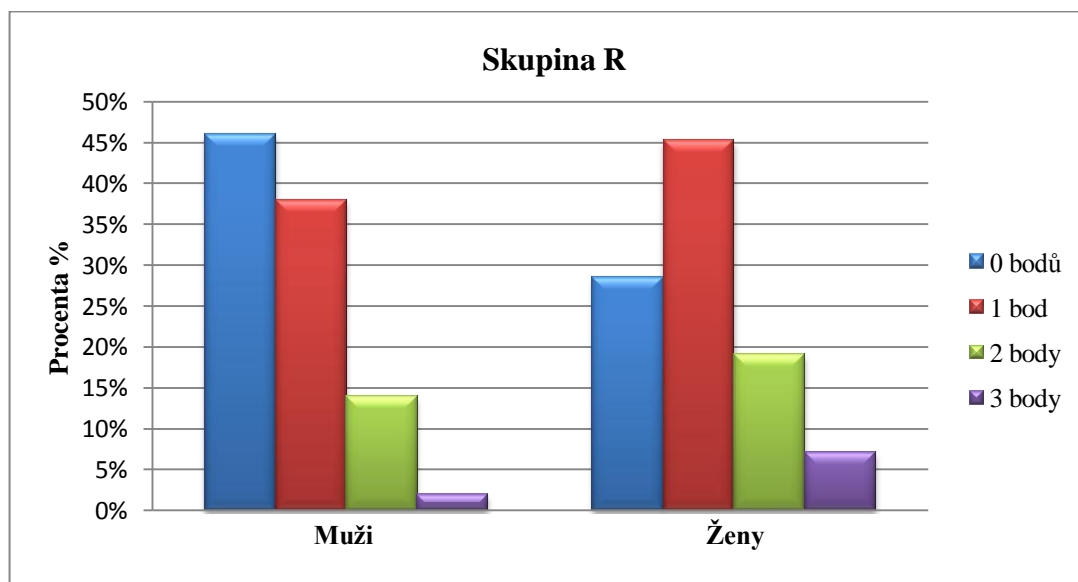
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 20,00 % mužů a 7,15 % žen, 1 bod označilo 56,00 % mužů a 23,81 % žen, 2 body označilo 14,00 % mužů a 52,37 % žen a 3 body označilo 10,00 % mužů a 16,67 % žen.

**Položka - Skupina R**

- 0 nemá horší chuť než dříve  
 1 má chuť není tak dobrá jako dříve  
 2 má chuť se mi silně zhoršila  
 3 nemám už žádnou chuť

Tab. 22 Odpovědi na výroky skupiny R

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	10	28	7	5	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	46,00 %	38,00 %	14,00 %	2,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	12	19	8	3	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	28,57 %	45,23 %	19,05 %	7,15 %	<b>100,00 %</b>



Graf 23 Odpovědi na výroky skupiny R

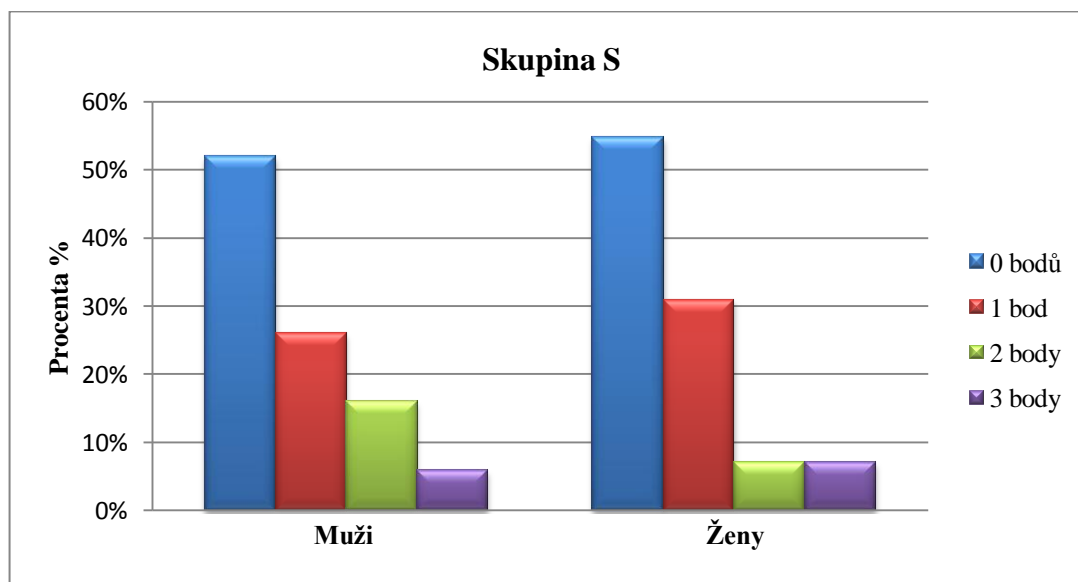
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 46,00 % mužů a 28,57 % žen, 1 bod označilo 38,00 % mužů a 42,23 % žen, 2 body označilo 14,00 % mužů a 19,05 % žen a 3 body označilo 2,00 % mužů a 7,15 % žen.

*Položka - Skupina S*

- 0 v poslední době jsem sotva ubral na váze  
 1 ubral jsem víc než dva kilogramy  
 2 ubral jsem víc než pět kilogramů  
 3 ubral jsem víc než osm kilogramů

Tab. 23 Odpovědi na výroky skupiny S

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	26	13	8	3	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	52,00 %	26,00 %	16,00 %	6,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	23	13	3	3	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	54,74 %	30,95 %	7,15 %	7,15 %	<b>100,00 %</b>



Graf 24 Odpovědi na výroky skupiny S

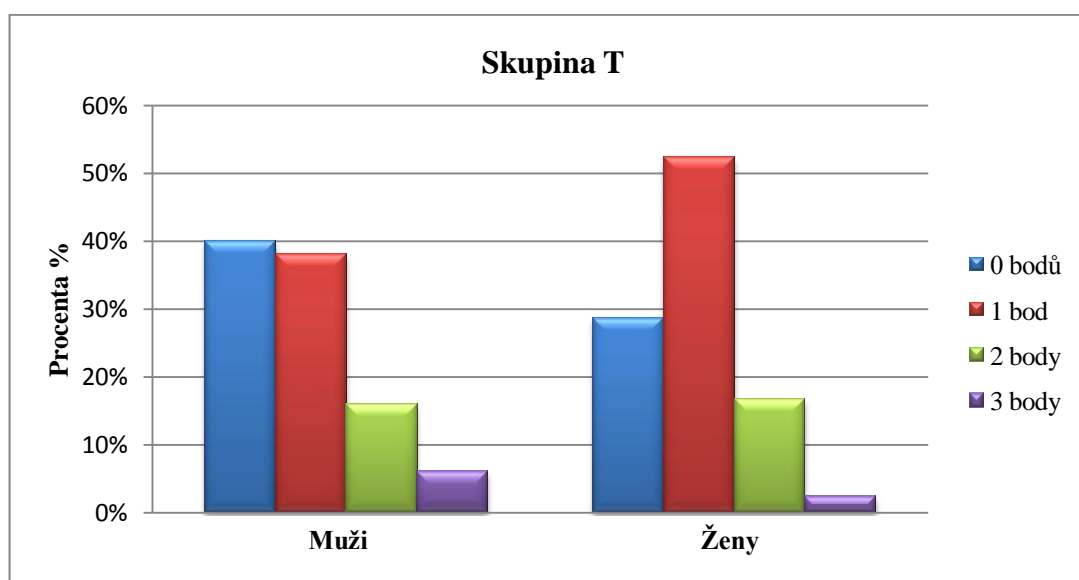
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 52,00 % mužů a 54,75 % žen, 1 bod označilo 26,00 % mužů a 30,95 % žen, 2 body označilo 16,00 % mužů a 7,15 % žen a 3 body označilo 6,00 % mužů a 7,15 % žen.

*Položka - Skupina T*

- 0 nedělám si žádnou větší starost o své zdraví
- 1 tělesné problémy jako bolesti, žaludeční obtíže nebo zácpa mi působí starosti
- 2 mám velké starosti se svým zdravím, že mi připadá zatěžko myslet na něco jiného
- 3 mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím

Tab. 24 Odpovědi na výroky skupiny T

	<b>0 bodů</b>	<b>1 bod</b>	<b>2 body</b>	<b>3 body</b>	<b>Celkem</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	20	19	8	3	<b>50</b>
<b>MUŽI</b>					
<b>%</b>	40,00 %	38,00 %	16,00 %	6,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	12	22	7	1	<b>42</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>%</b>	28,57 %	52,37 %	16,67 %	2,39 %	<b>100,00 %</b>



Graf 25 Odpovědi na výroky skupiny T

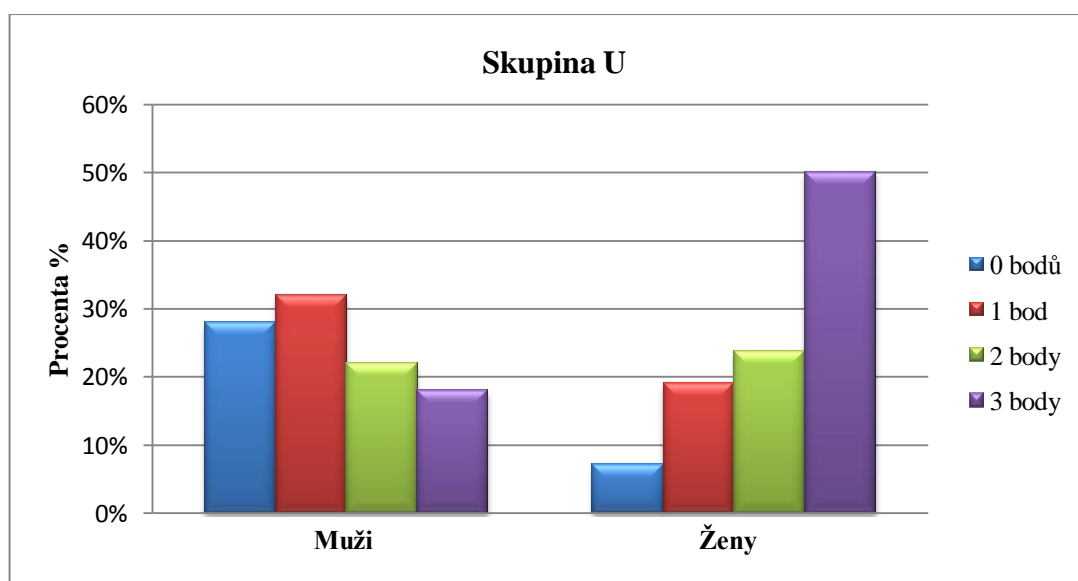
Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 40,00 % mužů a 28,57 % žen, 1 bod označilo 38,00 % mužů a 52,37 % žen, 2 body označilo 16,00 % mužů a 16,67 % žen a 3 body označilo 6,00 % mužů a 2,39 % žen.

**Položka - Skupina U**

- 0 v poslední době jsem nepozoroval žádnou změnu ve svém zájmu o sex
- 1 o sex se nyní zajímám méně než dříve
- 2 o sex se nyní zajímám mnohem méně než dříve
- 3 ztratil jsem zájem o sex

Tab. 25 Odpovědi na výroky skupiny U

	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	Celkem
<b>MUŽI</b>					
<b>n</b>	14	16	11	9	<b>50</b>
<b>%</b>	28,00 %	32,00 %	22,00 %	18,00 %	<b>100,00 %</b>
<b>ŽENY</b>					
<b>n</b>	3	8	10	21	<b>42</b>
<b>%</b>	7,15 %	19,05 %	23,81 %	49,99 %	<b>100,00 %</b>



Graf 26 Odpovědi na výroky skupiny U

Z celkového počtu respondentů 50 mužů (100,00 %) a 42 žen (100,00 %) 0 bodů označilo 28,00 % mužů a 7,15 % žen, 1 bod označilo 32,00 % mužů a 19,05 % žen, 2 body označilo 22,00 % mužů a 23,81 % žen a 3 body označilo 18,00 % mužů a 49,99 % žen.

#### 5.4 Název šetření - pozorování

Strukturované skryté pozorování pacientů bylo prováděno na uzavřeném mužském oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Pozorování probíhalo u 10 pacientů (100,00 %) po dobu 4 týdnů. Pozorování bylo průběžně zaznamenáváno na záznamové archy. Při pozorování byla u pacientů hodnocena soběstačnost, nálada, spánek, chuť k jídlu, komunikace a zapojení do kolektivu ostatních pacientů.

Použité škály k hodnocení:

- Model fungujícího zdraví M. Gordonové
- Bartelův test základních všedních činností

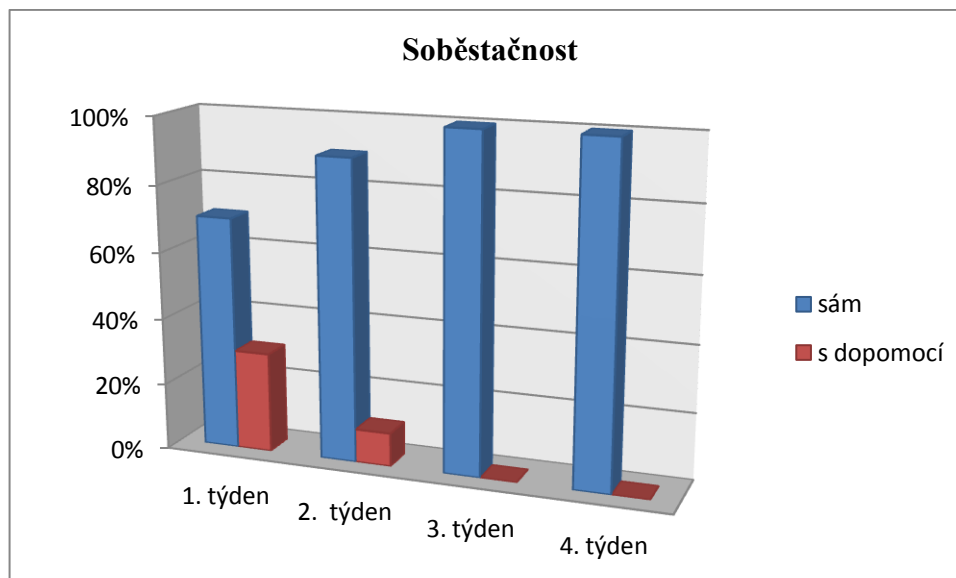
#### Výsledky pozorování

##### 1) Soběstačnost

Tab. 26 Pozorování soběstačnosti pacientů

<b>SOBĚSTAČNOST</b>	<b>1. týden</b>	<b>2. týden</b>	<b>3. týden</b>	<b>4. týden</b>
<b>SÁM n</b>	7	9	10	10
<b>SÁM %</b>	70,00 %	90,00 %	100,00 %	100,00 %
<b>S DOPOMOCÍ n</b>	3	1	0	0
<b>S DOPOMOCÍ %</b>	30,00 %	10,00 %	0,00 %	0,00 %
<b>CELKEM</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>





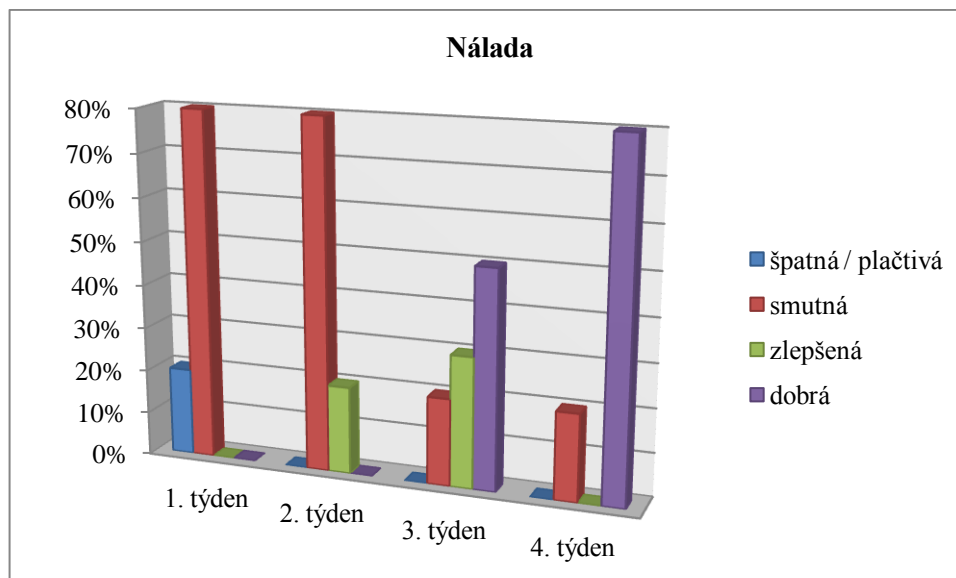
Graf 27 Pozorování soběstačnosti pacientů

Z celkového počtu 10 (100,00 %) pacientů bylo soběstačných 1. týden 70,00 %, u 30,00 % pacientů byla nutná dopomoc ošetřujícím personálem, 2. týden bylo soběstačných 90,00 % pacientů a u 10,00 % pacientů byla stále nutná dopomoc ošetřujícím personálem, 3. a 4. týden bylo pozorováno 100,00 % soběstačných pacientů.

## 2) Nálada

Tab. 27 Pozorování nálady pacientů

NÁLADA	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden
<b>ŠPATNÁ/PLAČTIVÁ n</b>	2	0	0	0
<b>ŠPATNÁ/PLAČTIVÁ %</b>	20,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
<b>SMUTNÁ n</b>	8	8	2	2
<b>SMUTNÁ %</b>	80,00 %	80,00 %	20,00 %	20,00 %
<b>ZLEPŠENÁ n</b>	0	2	3	0
<b>ZLEPŠENÁ %</b>	0,00 %	20,00 %	30,00 %	0,00 %
<b>DOBRÁ n</b>	0	0	5	8
<b>DOBRÁ %</b>	0,00 %	0,00 %	50,00 %	80,00 %
<b>CELKEM</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>



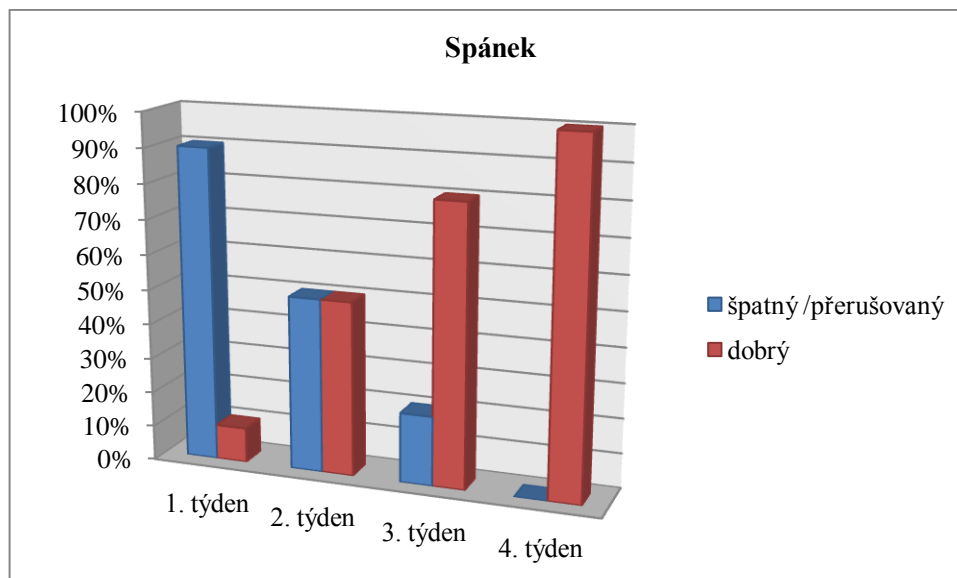
Graf 28 Pozorování nálady pacientů

Z celkového počtu 10 (100,00 %) pacientů 1. týden byla pozorována smutná až plačtivá nálada u 20,00 %, smutná u 80,00 % pacientů, 2. týden smutná nálada byla pozorována u 80,00 % pacientů a zlepšení nálady bylo viditelné u 20,00 % pacientů, 3. týden smutná nálada nadále převládala u 20,00 % pacientů, zlepšení bylo pozorováno u 30,00 % pacientů a úplně normální nálada byla pozorována u 50,00 % pacientů, 4. týden smutná nálada byla pozorována u 20,00 % pacientů, a u 80,00 % pacientů byla pozorována nálada dobrá.

### 3) Spánek

Tab. 28 Pozorování spánku u pacientů

SPÁNEK	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden
ŠPATNÝ/PŘERUŠOVANÝ n	9	5	2	0
ŠPATNÝ/PŘERUŠOVANÝ %	90,00 %	50,00 %	20,00 %	0,00 %
DOBŘÍ n	1	5	8	10
DOBŘÍ %	10,00 %	50,00 %	80,00 %	100,00 %
CELKEM	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %



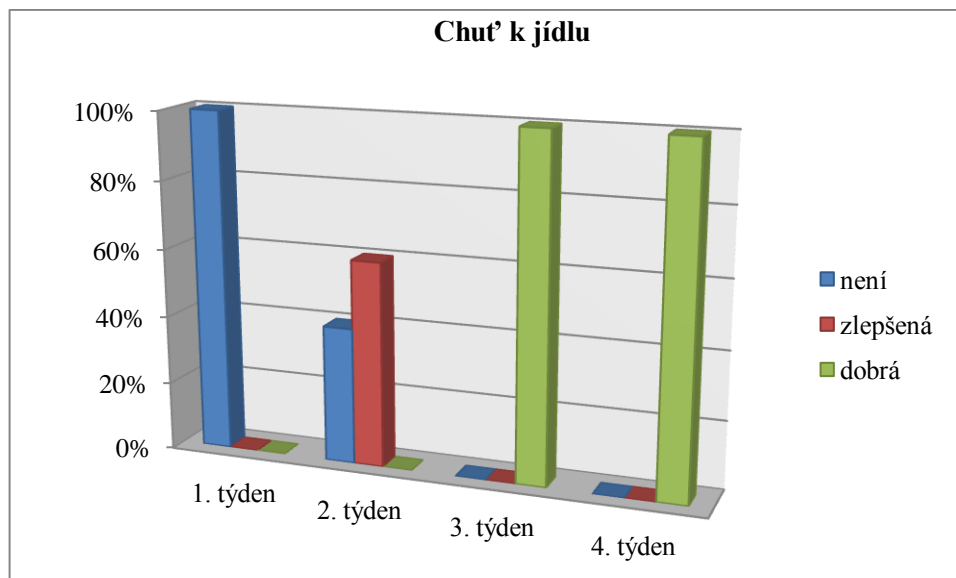
Graf 29 Pozorování spánku u pacientů

Z celkového počtu 10 (100,00 %) pacientů 1. týden byl pozorován špatný a přerušovaný spánek u 90,00 %, 10,00 % pacientů spalo dobře, 2. týden špatný, přerušovaný spánek byl pozorován u 50,00 % pacientů a 50,00 % pacientů spalo dobře, 3. týden přerušovaný spánek byl pozorován nadále u 20,00 % pacientů a 80,00 % pacientů spalo celou noc, 4. týden všichni pacienti 100,00 % spali celou noc.

#### 4) Chut' k jídlu

Tab. 29 Pozorování chutě k jídlu

CHUŤ K JÍDLU	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden
<b>NENÍ n</b>	10	4	0	0
<b>NENÍ %</b>	100,00 %	40,00 %	0,00 %	0,00 %
<b>ZLEPŠENÁ n</b>	0	6	0	0
<b>ZLEPŠENÁ %</b>	0,00 %	60,00 %	0,00 %	0,00 %
<b>DOBRÁ n</b>	0	0	10	10
<b>DOBRÁ %</b>	0,00 %	0,00 %	100,00 %	100,00 %
<b>CELKEM</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>



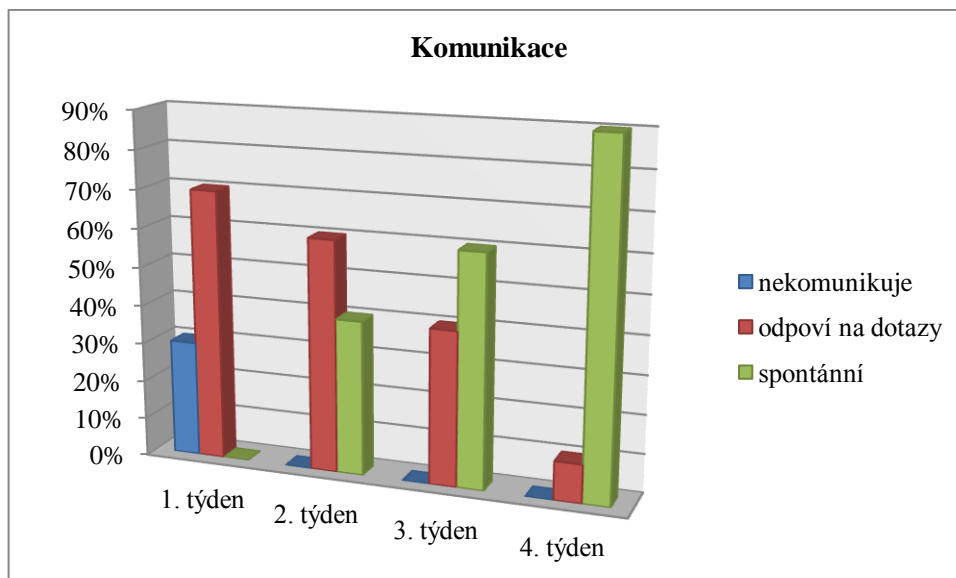
Graf 30 Pozorování chutě k jídlu

Z celkového počtu 10 (100,00 %) pacientů 1. týden u všech pacientů 100,00 % bylo pozorováno, že nemají vůbec žádnou chuť na jídlo, 2. týden jen u 40,00 % pacientů, u 60,00 % pacientů bylo viditelné zlepšení chuti na jídlo, jedli pomalu a někteří jen poloviční porce jídla, 3. a 4. týden u všech pacientů 100,00 % byla pozorováním hodnocená chuť na jídlo dobrá.

### 5) *Komunikace*

Tab. 30 Pozorování komunikace u pacientů

KOMUNIKACE	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden
<b>NEKOMUNIKUJE n</b>	3	0	0	0
<b>NEKOMUNIKUJE %</b>	30,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
<b>ODPOVÍ NA DOTAZY n</b>	7	6	4	1
<b>ODPOVÍ NA DOTAZY %</b>	70,00 %	60,00 %	40,00 %	10,00 %
<b>SPONTÁNNÍ n</b>	0	4	6	9
<b>SPONTÁNNÍ %</b>	0,00 %	40,00 %	60,00 %	90,00 %
<b>CELKEM</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>



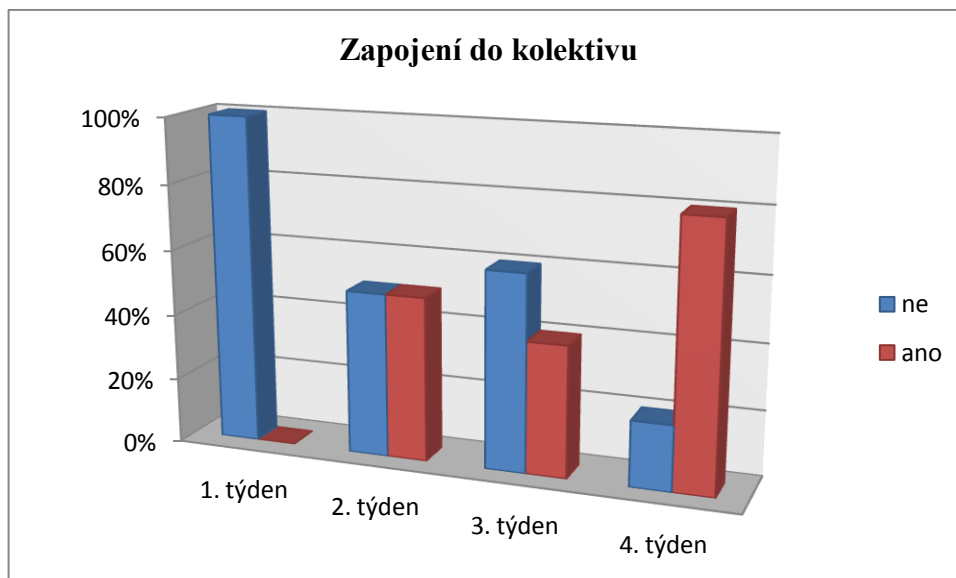
*Graf 31 Pozorování komunikace u pacientů*

Z celkového počtu 10 (100,00 %) pacientů bylo pozorováno, že 1. týden nekomunikovalo 30,00 % pacientů, pouze na dotazy odpovídalo 70,00 %, 2. týden na dotazy odpovídalo 60,00 % pacientů a 40,00 % pacientů komunikovalo spontánně, 3. týden odpovídalo na dotazy 40,00 % pacientů a spontánně komunikovalo 60,00 % pacientů, 4. týden na dotazy odpovídalo 10,00 % pacientů a spontánně komunikovalo 90,00 % pacientů.

#### 6) *Zapojení do kolektivu*

*Tab. 31 Pozorování zapojení do kolektivu*

<b>ZAPOJENÍ DO KOLEKTIVU</b>	<b>1. týden</b>	<b>2. týden</b>	<b>3. týden</b>	<b>4. týden</b>
<b>NE n</b>	10	5	4	2
<b>NE %</b>	100,00 %	50,00 %	40,00 %	20,00 %
<b>ANO n</b>	0	5	6	8
<b>ANO %</b>	0,00 %	50,00 %	60,00 %	80,00 %
<b>CELKEM</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>



Graf 32 Pozorování zapojení do kolektivu

Z celkového počtu 10 (100,00 %) pacientů se 1. týden do kolektivu ostatních pacientů nezapojoval žádný pozorovaný pacient, 2. týden bylo pozorováno zapojení u 50,00 % pacientů a 50,00 % se kolektivu nadále stranilo, 3. týden se do kolektivu zapojilo 60,00 % pacientů a 40,00 % se stále kolektivu stranilo, 4. týden se již zapojovalo do kolektivu 80,00 % pacientů a 20,00 % stále bylo stranou ostatních pacientů.

## 6 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit prožívání a chování pacientů s depresí. Deprese je v současnosti velmi rozšířené onemocnění. Podle Světové organizace WHO se odhaduje, že depresí trpí 350 miliónů lidí a toto číslo se stále zvyšuje (Krumova, 2012). Depresivní pacienti, kteří přicházejí na příjem, jsou smutní, roztřesení, při přijímacích formalitách a při popisování svého trápení pláčou, ve většině případů mají zanedbaný zevnějšek, jsou pohublí a nenavazují oční kontakt při rozhovoru. Deprese je onemocnění, které postihuje jedince celkově.

Dalším cílem práce bylo zjistit rozdíly ve vnímání depresivního onemocnění u mužů a u žen. Z pohledu psychiatrické sestry mne tento rozdíl zajímal, protože po dobu své praxe jsem pracovala tři roky na oddělení, kde se léčily ženy, ale nyní převážnou dobu své praxe pracuji na mužském oddělení.

Z průzkumného šetření byly některé výsledky velmi překvapivé, například, že ženy s depresivní poruchou byly hospitalizovány v pozdějším věku než muži. V dotazníkovém šetření se neobjevila ani jedna žena pod 30 let, nejvíce respondentek - žen bylo ve věkové skupině 50 – 59 let 54,75 % a u respondentů – mužů se jednalo o věkovou skupinu 40 – 49 let ve 34,00 % (graf č. 3). A také přes 60,00 % z celkového počtu respondentů uvedlo, že již byli v minulosti hospitalizováni v psychiatrickém zařízení (graf č. 4).

Pro získání dat k cíli práce byl použit originální dotazník - Beckův inventář deprese. Ze získaných dat po vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno, že u hospitalizovaných mužů byly zastoupeny jednotlivé formy deprese skoro ve stejném počtu. U mužů byla vyhodnocena forma deprese: žádná deprese - 22,00 %, slabá deprese – 28,00 %, mírná deprese – 26,00 % a těžká deprese – 24,00 %. Ale u žen převládala těžká forma deprese a to ve více než v 50,00 %. Ženy zřejmě prožívají depresi více emotivněji. Například žádná deprese byla vyhodnocena u necelých 5,00 % dotazovaných pacientek, slabá deprese u 12,00 % respondentek, mírná forma deprese – 24,00 % respondentek a těžká deprese byla podle výsledků vyhodnocena u 59,32 % respondentek (graf č. 5).

Při analýze jednotlivých položek v dotazníku vyplynulo, že pacienti vlivem depresivního onemocnění mají smutnou náladu, cítí obavy z budoucnosti a trápí je pocity, že jako lidé selhali. Když porovnáme rozdíly ve vnímání podle pohlaví, tak obavy z budoucnosti mělo 44,00 % mužů a 24,00 % žen. Ale u položky pocitu selhání rozdíly nebyli skoro žádné (graf č. 8).

Další položky se týkají pocitů uspokojení, viny, zklamání, kritiky a také pocitů trestání. Analýzou těchto položek jsme zjistili, že depresivní pacienti mají pocity viny, nedokážou mít radost a uspokojení z prožívání, jsou zklamáni sami sebou, tady hlavně ženy uváděly, že jsou se sebou zklamané, a to v 60,00 % (graf č. 12). A také v položce kritiky si ženy dělaly větší výčitky pro své nedostatky než muži (graf č. 13).

Z ošetrovatelského hlediska nás, a hlavně mě, jako psychiatrickou sestru pečující o pacienty v depresi, zajímala otázka suicidálních myšlenek. Je to jeden z dílčích cílů této práce. Z celkového počtu respondentů polovina uvedla, že nemyslí na to, že by si mohli něco udělat. Další část okolo 30,00 % uvedlo, že mají občas myšlenky na sebevraždu, ale neudělali by to. 10,00 % mužů a 20,00 % žen uvedlo, že by se nejradyji zabili, kdyby to uměli (graf č. 14). Tento výsledek je pro docela alarmující. Protože je zde možnost bagatelizace sebevražedných myšlenek, které respondenti nemuseli uvést v dotazníku. Úkolem sestry je zabránit pacientovi spáchání sebevraždy. Je nutné brát vážně jakoukoliv zmínku o ukončení života nebo narážek na sebevraždu u hospitalizovaných pacientů. Podceňování těchto narážek by mohlo vést u pacienta k sebepoškození anebo sebevražednému pokusu. Proto se domníváme, že je důležité, aby ošetřující personál pracující na psychiatrii, měl alespoň základní znalosti symptomatologie duševních poruch. V současné době je hodně možností celoživotního vzdělávání. Proto by mělo být samozřejmostí, že sestry, které pracují s duševně nemocnými pacienty, se budou v této oblasti vzdělávat. Vzdělávání je základním předpokladem pro dobře vedenou a kvalitní ošetrovatelskou péči o duševně nemocné pacienty.

Z dotazníkového šetření ještě vyplynulo, že pacienti se vlivem depresivního onemocnění mnohem méně zajímají o druhé lidi a dělají si starosti, že vypadají neatraktivně, v této položce opět ženy měly ve velkém měřítku pocit, že jsou neatraktivní (graf č. 19). V dotazníkovém šetření se potvrdili skoro všechny příznaky onemocnění, které jsou uvedené v teoretické části práce. Analýzou dat byly dále zjištěny potíže se spánkem u pacientů, zvýšená únava, obtížnější rozhodování, zhoršení chuti k jídlu, ztráta zájmu o sex. Ztráta zájmu o sex byla velmi výrazná u žen. 50,00 % žen uvedlo, že úplně ztratili zájem o sex, u mužů to bylo 18,00 % (graf č. 26).

Průzkum probíhal také formou strukturovaného skrytého pozorování. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že ošetrovatelská péče u depresivních pacientů je velmi náročná fyzicky i psychicky. Sestra pečující o pacienta v těžké depresi klade důraz na uspokojování všech denních potřeb. Je důležité získat pacienta ke spolupráci, motivovat ho k soběstačnosti a sebe-



péči. Pozorováním bylo zjištěno, že zpočátku hospitalizace, je nutný dohled a dopomoc ošetřujícím personálem asi u 30,00 % depresivních pacientů (graf č. 27). Pacienti vlivem depresivního onemocnění nemají chuť na jídlo. Z celkového počtu pacientů v prvních dnech nemělo chuť na jídlo 100,00 % pozorovaných pacientů (graf č. 30). Problém v ošetrovatelské péči nám někdy může činit uzavřenost pacientů. Dost často pacienti v těžké depresi nekomunikují s okolím vůbec anebo mají potíže s vyjadřováním svých pocitů. Podle analýzy pozorování 1. týden nekomunikuje až 30,00 % pacientů a 70,00 % pacientů odpovídá jen na dotazy (graf č. 31). Proto při jednání s depresivním pacientem musíme mít hodně trpělivosti. Nemůžeme na pacienta naléhat. Je nutné dát mu čas na vyjádření. Sestra musí zvládat efektivní komunikaci a umění naslouchat. Nesprávnou komunikací by mohlo dojít k poškození pacienta. U pacientů s depresivní poruchou bylo pozorováno také začlenění se do kolektivu ostatních pacientů. Pozorováním bylo zjištěno, že v prvních dnech se všichni (100,00 %) depresivní pacienti stranili kolektivu ostatních pacientů (graf č. 32). Po 14 dnech bylo pozorováno zlepšení nálady u 50,00 % pacientů, zlepšená chuť na jídlo byla pozorována u 60,00 % pacientů, začlenění se do kolektivu ostatních pacientů bylo také viditelné u 50,00 % pacientů a spontánně komunikovalo 40,00 % pozorovaných pacientů. 4. týden pozorování byli všichni pacienti soběstační (100,00 %), nálada byla viditelně zlepšená u 80,00 % pacientů, chuť k jídlu byla pozorována u všech pacientů (100,00 %), začlenění se do kolektivu pacientů bylo pozorováno u 80,00 % pozorovaných a spontánně komunikovalo 90,00 % pozorovaných pacientů. Práce sestry na psychiatrii vyžaduje citlivý, empatický a neutrální přístup k pacientům.

## ZÁVĚR

Depresivní porucha je onemocnění, u kterého dochází ke snížení kvality života nemocného. V teoretické části práce je popsána charakteristika onemocnění, příznaky, prevence, léčba a důsledky života s depresí. Deprese je onemocnění, které je v současnosti dobře léčitelné. Teoretickou část doplňuje anonymní dotazník a strukturované skryté pozorování.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit prožívání a chování nemocných s depresí. Chtěla jsem zjistit, jak depresi prožívají depresivní pacienti hospitalizovaní v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Ale také jaké jsou rozdíly ve vnímání onemocnění mezi muži a ženami.

Výsledky jasně ukázaly, že u více než poloviny hospitalizovaných pacientů se jednalo o těžkou formu deprese. A co se týče rozdílu ve vnímání deprese podle pohlaví, tak podle výsledků i mého názoru, ženy toto onemocnění prožívají mnohem intenzivněji. Muži více své emoce potlačují. Možná je to dáno výchovou mužů od dětství, kdy se jim často říká: „muži přece nepláčou“.

Na podkladě získaných informací jsem se rozhodla vypracovat edukační materiál pro nově hospitalizované depresivní pacienty. Materiál lze využít na oddělení, kde probíhalo průzkumné šetření, ale také na ostatních odděleních v rámci Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ASKLEPION. *Ženy v depresi*. [online]. ©2015 [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.asklepion.cz/anews/810-zeny-v-depresi>.
- [2] BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 6. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
- [3] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2011. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [4] HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK, ©2008. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-157-8.
- [5] HERMAN, E. a kol., ©2002. *Deprese u somaticky nemocných*. Praha: Maxdorf 15 s. ISBN 80-85912-92-9.
- [6] HONZÁK, Radkin, 1999. *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-95-7.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2013. *Jak zvládat depresi*. Vyd. 3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4774-3.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4007-2.
- [9] LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Titon. ISBN 978-80-7387-573-2.
- [10] LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF, 2014. *Muži nepláčou?: deprese u mužů – jak ji rozpoznat a léčit*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0590-6.
- [11] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- [12] NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Karel ŠOŇKA a kol., 1997. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-37-3.
- [13] ORDINACE. *Léčba deprese - nutnost pro obnovení kvality života i jeho ochranu*. [online]. ©2015 [cit. 2015-01-06]. Dostupné z:

<http://www.ordinace.cz/clanek/lecba-deprese-nutnost-pro-obnoveni-kvality-zivota-i-jeho-zachranu/>.

[14] PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ, 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-656-4.

[15] PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2003. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-809-0.

[16] PRETL, Martin a Iva PŘÍHODOVÁ. Insomnie. In: NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA K. et al., 2007. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén. s. 87. ISBN 978-80-7262-500-0.

[17] PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI. 2012. *Standardy ošetrovatelské péče*.

[18] SEIFERTOVÁ, Dagmar, Ján PRAŠKO a Cyril HÖSCHL, 2004. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Medical Tribune. ISBN 80-86694-06-2.

## SEZNAM GRAFŮ

**Graf 1:** Sebevraždy podle motivu, muži a ženy (podíl v %), vzájemný poměr obou pohlaví (muži / ženy), 2000-2005

**Graf 2:** Počet respondentů podle pohlaví (muži/ženy)

**Graf 3:** Věk respondentů (muži/ženy)

**Graf 4:** Informace o počtu hospitalizací

**Graf 5:** Míra deprese u mužů a žen

**Graf 6:** Odpovědi na výroky skupiny A

**Graf 7:** Odpovědi na výroky skupiny B

**Graf 8:** Odpovědi na výroky skupiny C

**Graf 9:** Odpovědi na výroky skupiny D

**Graf 10:** Odpovědi na výroky skupiny E

**Graf 11:** Odpovědi na výroky skupiny F

**Graf 12:** Odpovědi na výroky skupiny G

**Graf 13:** Odpovědi na výroky skupiny H

**Graf 14:** Odpovědi na výroky skupiny I

**Graf 15:** Odpovědi na výroky skupiny J

**Graf 16:** Odpovědi na výroky skupiny K

**Graf 17:** Odpovědi na výroky skupiny L

**Graf 18:** Odpovědi na výroky skupiny M

**Graf 19:** Odpovědi na výroky skupiny N

**Graf 20:** Odpovědi na výroky skupiny O

**Graf 21:** Odpovědi na výroky skupiny P

**Graf 22:** Odpovědi na výroky skupiny Q

**Graf 23:** Odpovědi na výroky skupiny R

**Graf 24:** Odpovědi na výroky skupiny S

**Graf 25:** Odpovědi na výroky skupiny T

**Graf 26:** Odpovědi na výroky skupiny U

**Graf 27:** Pozorování soběstačnosti pacientů

**Graf 28:** Pozorování nálady pacientů

**Graf 29:** Pozorování spánku u pacientů

**Graf 30:** Pozorování chutě k jídlu

**Graf 31:** Pozorování komunikace u pacientů

**Graf 32:** Pozorování zapojení do kolektivu

**SEZNAM TABULEK**

**Tabulka č. 1:** Počet respondentů podle pohlaví (muži/ženy)

**Tabulka č. 2:** Věk respondentů (muži/ženy)

**Tabulka č. 3:** Informace o počtu hospitalizací

**Tabulka č. 4:** Míra deprese u mužů a žen

**Tabulka č. 5:** Odpovědi na výroky skupiny A

**Tabulka č. 6:** Odpovědi na výroky skupiny B

**Tabulka č. 7:** Odpovědi na výroky skupiny C

**Tabulka č. 8:** Odpovědi na výroky skupiny D

**Tabulka č. 9:** Odpovědi na výroky skupiny E

**Tabulka č. 10:** Odpovědi na výroky skupiny F

**Tabulka č. 11:** Odpovědi na výroky skupiny G

**Tabulka č. 12:** Odpovědi na výroky skupiny H

**Tabulka č. 13:** Odpovědi na výroky skupiny I

**Tabulka č. 14:** Odpovědi na výroky skupiny J

**Tabulka č. 15:** Odpovědi na výroky skupiny K

**Tabulka č. 16:** Odpovědi na výroky skupiny L

**Tabulka č. 17:** Odpovědi na výroky skupiny M

**Tabulka č. 18:** Odpovědi na výroky skupiny N

**Tabulka č. 19:** Odpovědi na výroky skupiny O

**Tabulka č. 20:** Odpovědi na výroky skupiny P

**Tabulka č. 21:** Odpovědi na výroky skupiny Q

**Tabulka č. 22:** Odpovědi na výroky skupiny R

**Tabulka č. 23:** Odpovědi na výroky skupiny S

**Tabulka č. 24:** Odpovědi na výroky skupiny T

**Tabulka č. 25:** Odpovědi na výroky skupiny U

**Tabulka č. 26:** Pozorování soběstačnosti pacientů

**Tabulka č. 27:** Pozorování nálady pacientů

**Tabulka č. 28:** Pozorování spánku u pacientů

**Tabulka č. 29:** Pozorování chutě k jídlu

**Tabulka č. 30:** Pozorování komunikace u pacientů

**Tabulka č. 31:** Pozorování zapojení do kolektivu



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** – Dotazník

**Příloha č. 2** – Hodnocení k dotazníku

**Příloha č. 3** – Pozorovací arch

**Příloha č. 4** – Žádost o umožnění dotazníkového šetření 1

**Příloha č. 5** – Žádost o umožnění dotazníkového šetření 2

**Příloha č. 6** – Žádost o umožnění přístupu k informacím 1

**Příloha č. 7** – Žádost o umožnění přístupu k informacím 2



- 1 mám pocit, že jsem jako člověk zcela selhal
  - 2 když se podívám zpět na svůj život, pak vidím jen spoustu nezdarů
- 

- D**
- 0 mohu vše užívat tak jako dříve
  - 1 nemohu věci užívat tak jako dříve
  - 2 nemohu mít z ničeho pravé uspokojení
  - 3 jsem se vším nespokojen, vše mne nudí
- 

- E**
- 0 nemám žádný pocit viny
  - 1 mám pocit, že jsem snad něčím vinen
  - 2 mám téměř stále pocit viny
  - 3 mám stále pocit viny
- 

- F**
- 0 nemám pocit, že jsem trestán
  - 1 mám pocit, že jsem snad trestán
  - 2 čekám, že budu potrestán
  - 3 mám pocit, že mám být potrestán
- 

- G**
- 0 nejsem zklamán sám sebou
  - 1 jsem sám sebou zklamán
  - 2 jsem hrozný
  - 3 nenávidím sebe sama
- 

- H**
- 0 nemám pocit, že bych měl být horší než druzí
  - 1 kritizuji se za své slabosti a chyby
  - 2 stále si dělám výčitky pro své nedostatky

3 dávám si vinu za vše, co se nedaří

---

- I** 0 nemyslím na to, že bych si mohl něco udělat  
1 mnohdy myslím na sebevraždu, ale neudělal bych to  
2 nejraději bych se zabil  
3 zabil bych se, kdybych to uměl
- 

- J** 0 nepláču častěji než dříve  
1 nyní pláču víc než dříve  
2 nyní pláču po celou dobu  
3 dříve jsem mohl plakat, ale nyní to nedokážu, i kdybych si to přál
- 

- K** 0 nejsem podrážděnější než dříve  
2 snadněji se nyní rozzlobím nebo podráždím než dříve  
2 cítím se stále podrážděný  
3 věci, které mne dříve dráždily, se mne nyní už nedotýkají
- 

- L** 0 neztratil jsem zájem o druhé lidi  
1 nyní se zajímám o druhé lidi méně než dříve  
2 ztratil jsem z větší části zájem o druhé lidi  
3 ztratil jsem veškerý zájem o druhé lidi
- 

- M** 0 jsem tak rozhodný jako vždy  
1 nyní odkládám rozhodnutí častěji než dříve  
2 činit rozhodnutí je pro mne obtížnější než dříve  
3 nemohu učinit vůbec žádná rozhodnutí

- 
- N** 0 nemám pocit, že bych vypadal hůře než dříve  
1 dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně  
2 mám pocit, že se v mém vzhledu dostavily změny, které mne činí neatraktivním  
3 jsem ošklivý
- 

- O** 0 mohu pracovat tak dobře jako dříve  
1 musím se rozhodnout, než se dám do práce  
2 musím se do každé činnosti nutit  
3 nejsem schopen pracovat
- 

- P** 0 spím tak dobře jako vždy  
1 nespím tak dobře jako dříve  
2 probouzím se o 1 – 2 hodiny dříve než jindy a je mi zatěžko opět usnout  
3 probouzím se o více hodin dříve než jindy a nemohu více usnout
- 

- Q** 0 neunavím se snadněji než dříve  
1 unavím se rychleji než dříve  
2 téměř vše mne unaví  
3 jsem příliš unaven, než abych něco udělal
- 

- R** 0 nemám horší chuť než dříve  
1 má chuť není tak dobrá jako dříve  
2 má chuť se mi silně zhoršila  
3 nemám už žádnou chuť

- 
- S**    0    v poslední době jsem sotva ubral na váze
- 1    ubral jsem víc než dva kilogramy
- 2    ubral jsem víc než pět kilogramů
- 3    ubral jsem víc než osm kilogramů
- 

- T**    0    nedělám si žádnou větší starost o své zdraví
- 1    tělesné problémy jako bolesti, žaludeční obtíže nebo zácpa mi působí starosti
- 2    mám veliké starosti se svým zdravím, že mi připadá zatěžko myslet na něco jiného
- 3    mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím
- 

- U**    0    v poslední době jsem nepozoroval žádnou změnu ve svém zájmu o sex
- 1    o sex se nyní zajímám méně než dříve
- 2    o sex se nyní zajímám mnohem méně než dříve
- 3    ztratil jsem zájem o sex
- 

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Foltýnová Hana

Dotazník č. ....

## **PŘÍLOHA Č. II: HODNOCENÍ K DOTAZNÍKU**

### **Hodnocení dotazníku**

#### **Beckův inventář deprese**

<b>Počet bodů</b>	<b>Oč asi jde</b>
0-11	žádná deprese
12-19	slabá deprese
20-26	mírná deprese
26-63	těžká (silná) forma deprese

(Čím vyšší číslo nežli 26, tím těžší je daná deprese.)

## PŘÍLOHA Č. III: POZOROVACÍ ARCH

### Pozorovací arch

Pozorovatel: .....

Pozorovaný: .....


Období: .....

	1 týden	2 týden	3 týden	4 týden
Soběstačnost				
Nálada				
Spánek				
Chuť k jídlu				
Komunikace				
Zapojení do kolektivu				

Hodnocení:

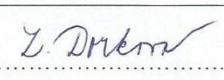
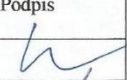
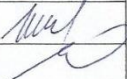
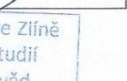


# PŘÍLOHA Č. IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ 1

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

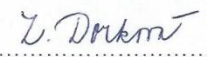
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Hana Foltýnová Dohnalová	
Téma bakalářské práce	Deprese z pohledu psychiatrické sestry	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	Hospitalizovaní pacienti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Psychiatrická nemocnice	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
v Kroměříži – odd. 1,2,5,6, 18	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ... 3 . 02 . 2015.


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V KROMĚŘÍŽI  
hlavní SZP  
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

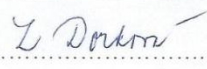

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA Č. V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ 2

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

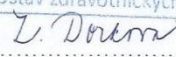
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (~~prezenční~~ – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Hana Foltýnová Dohnalová	
Téma bakalářské práce	Deprese z pohledu psychiatrické sestry	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	Hospitalizovaní pacienti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Psychiatrická nemocnice	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
v Kroměříži – odd. 11, 18, 40	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 31. 3. 2015


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V KROMĚŘÍŽI  
hlavní SZP  
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

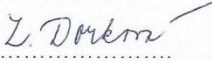


.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA Č. VI: ŽÁDOST O PŘÍSTUPU K INFORMACÍM 1

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

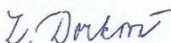
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (~~prezenční~~ – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Hana Foltýnová Dohnalová		
Téma bakalářské práce	Deprese z pohledu psychiatrické sestry		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Hospitalizovaní pacienti		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
Psychiatrická nemocnice	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>		
v Kroměříži – odd. 1,2,5,6	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ..... - 3 - 02 - 2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V KROMĚŘÍŽI  
hlavní SZP  
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

## PŘÍLOHA Č. VII: ŽÁDOST O PŘÍSTUPU K INFORMACÍM 2



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (~~prezenční~~ – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Hana Foltýnová Dohnalová	
Téma bakalářské práce	Deprese z pohledu psychiatrické sestry	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  <i>Z. Dorková</i> ..... podpis	
Skupina respondentů	Hospitalizovaní pacienti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Psychiatrická nemocnice	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	<i>Z. Dorková</i>
v Kroměříži – odd. 11, 18, 40	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 31. 3. 2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

*Z. Dorková*  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V KROMĚŘÍŽI  
hlavní SZP  
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení