

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2012

**Elena Divecká**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**Studijní obor : Všeobecná sestra 5341R009**

Elena Divecká

**KOMUNIKACE S PACIENTEM S DEPRESIVNÍ EPIZODOU**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: PhDr. Martina Venglářová**

**Roudnice nad Labem 2012**

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Roudnici nad Labem, dne 1.2.2012

*Jméno autorky: Elena Divecká*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto si dovoluji poděkovat mé vedoucí práce PhDr. Martině Venglářové za ochotu a trpělivost při konzultacích. Dále chci poděkovat svému manželovi a synovi za trpělivost a podporu při celém mém studiu. Zvláštní poděkování věnuji také Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice a Psychiatrické léčebně Bohnice Praha za ochotu při získávání informací.

## **OBSAH**

PROHLÁŠENÍ.....	5
PODĚKOVÁNÍ.....	6
ANOTACE.....	9
KLÍČOVÁ SLOVA.....	9
ANNOTATION .....	10
KEY WORDS .....	10
ÚVOD .....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1.KOMUNIKACE.....	12
1.1 TYPY KOMUNIKACE.....	13
1.2 SLOŽKY A KANÁLY KOMUNIKACE.....	14
1.3 KOMUNIKACE S PACIENTY .....	14
1.4 KOMUNIKACE SESTRA – PACIENT V PRAXI.....	17
2.DEPRESE.....	24
2.1 DEFINICE DEPRESE.....	24
2.2 FORMY DEPRESE.....	25
2.3 PŘÍZNAKY DEPRESE .....	26
2.3.1 ZMĚNY NÁLADY .....	27
2.3.2 TĚLESNÉ PŘÍZNAKY DEPRESE.....	29
2.3.3 DEPRESIVNÍ CHOVÁNÍ.....	30
2.3.4 DEPRESIVNÍ MYŠLENKY .....	31
2.4 PŘÍSTUP K DEPRESIVNÍMU PACIENTOVI.....	32
2.5 KOMUNIKACE S DEPRESIVNÍM PACIENTEM .....	36
2.5.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S DEPRESIVNÍM PACIENTEM .....	38

II. PRAKTICKÁ ČÁST .....	41
3.VÝZKUM.....	41
3.1 FORMULACE PROBLÉMU .....	41
3.2 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU.....	41
3.3 HYPOTÉZY .....	42
3.4 VZOREK RESPONDENTŮ .....	42
3.5 METODA PRŮZKUMU .....	43
3.5.1 PILOTNÍ STUDIE.....	43
3.6 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ Z DOTAZNÍKU.....	43
3.7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	45
4.DISKUSE .....	64
5.ZÁVĚR.....	77
6. POUŽITÁ A CITOVANÁ LITERATURA .....	81
7. SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, PŘÍLOH A POUŽITÝCH ZKRATEK.....	84
7.1. SEZNAM TABULEK: .....	84
7.2. SEZNAM GRAFŮ.....	84
7.3. SEZNAM PŘÍLOH.....	85
7.4. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	85
PŘÍLOHA Č.1: .....	86
PŘÍLOHA Č.2.....	87
PŘÍLOHA Č.3.....	88

## **ANOTACE**

Příjmení a jméno: Divecká Elena

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Komunikace s pacientem s depresivní epizodou

Vedoucí práce: PhDr. Martina Venglářová

Počet stran: 90

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 33

Souhrn: Tato bakalářská práce shrnuje a zkoumá poznatky z oblasti komunikace všeobecných sester s pacienty s depresivní epizodou a vliv komunikace s těmito pacienty na podílů vzniku syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena na dvě části. První část se zabývá obecnou definicí komunikace, typy komunikace, složky a kanály komunikace, komunikace s pacienty, komunikace sestry – pacient v praxi a vzdělávání v komunikaci. Druhá část je o depresi, o příznacích deprese, změně nálad a tělesných příznacích deprese.

Cílem praktické části je zjištění co nejvíce informací, názorů a postojů k současné situaci týkající se zdravotních sester a jejich komunikace s pacientem s depresí a možného vlivu této komunikace na vznik syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Komunikace-deprese-klient-pacient-všeobecná sestra-psychiatrie-zdravotnický pracovník

## **ANNOTATION**

Surname and name: Divecká Elena

Department: Nursing

Title of thesis: Communication with the patient with a depressive episode

Consultant: PhDr. Martina Venglářová

Number of pages: 90

Number of appendices: 3

Number of titles used literature: 33

Summary: this thesis examines and summarises the findings from the area of communication for general nurses to patients with depressive episode, and the influence of communication with these patients to the share of pupils of medical personnel. The work consists of two parts, the theoretical and practical. The theoretical part is divided in two parts. The first part deals with the general definition of the communication, the types of communication, folders and channels of communication, communication with patients, patient-nurse communication in practice and are in communication. The second part is about depression, symptoms of depression, changing moods and physical symptoms of depression. The aim of the practical part is finding the maximum of information, views and positions on the current situation regarding nurses and their communication with the patient with depression and the possible impact of this communication on the creation of pupils of medical personnel.

## **KEY WORDS**

Communication-depression-client-patient-general nurse-psychiatry-medical worker



## ÚVOD

Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Znamená prakticky základ všech vztahů mezi lidmi. Ve zdravotnictví má komunikace s pacientem nezastupitelné místo. Bez komunikace se pacient stává jen objektem naší péče. Komunikace s pacientem by na jedné straně měla být vysoce odborná, ale zároveň je tato komunikace také velice obtížná a náročná. Obzvláště obtížná a specifická komunikace bývá s psychiatrickým pacientem, vzhledem k poruchám jeho duševního stavu. Role sestry v komunikaci s psychiatrickým pacientem je zcela zásadní a nezastupitelná. Sestra se stává nedílnou součástí života pacienta, je mu často lidsky blízka, protože s ním tráví hodně času, z návštěv zná jeho rodinu, bývá zasvěcována do osobních a intimních záležitostí pacienta. Proto by měla být sestra dobře připravena na komunikaci s psychiatrickým pacientem, na případné otázky kterými se pacient trápí a znát na ně odpověď. Pacient musí být přesvědčený, že je v dobrých rukách, že sestra je zde pouze pro něho a věnuje se jeho problému a že si pacienta váží jako člověka. Problematice komunikace s pacientem s depresivní epizodou a vlivu této komunikace na psychiku zdravotnického personálu je věnována tato bakalářská práce. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické. V teoretické části vycházím ze studia odborné literatury. Na podkladě získaných informací jsem pokračovala v psaní praktické části, kde jsem si stanovila cíle práce, její očekávané výsledky a realizovala výzkumné šetření.

Hlavní cílem mé bakalářské práce je zjistit úroveň komunikačních dovedností sester na psychiatrických odděleních s depresivním pacientem. Dále mně zajímá, jak jsou teoreticky připravené na tuto komunikaci, do jaké míry ovlivňuje tato komunikace jejich psychiku a působí na vznik syndromu vyhoření a zda sestry mají možnost konzultovat svůj postup při komunikaci s lékařem nebo psychologem.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

### 1.KOMUNIKACE

Slovo komunikace pochází z latinského „*communicatio*“, což znamená, spojování, sdělování, ale i přenos. V literatuře se můžeme setkat s nejrůznějším vymezením komunikace, např. : „*Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování schopnosti mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti , je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztahů“.* (Klenková: *Logopedie*,2006, str. 25)

V širším slova smyslu ji lze chápat jako symbolický výraz interakce, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Komunikace znamená také přenos informací mezi řečníkem a posluchačem, nebo sdílení něčeho s někým.

Komunikovat znamená poskytovat zprávy , sdílet informace , vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli. (Špaténková,Králova, 2009)

Cílem komunikace člověka je kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací hlavně vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů .Komunikační schopnost patří k nejdůležitějším lidským schopnostem. Schopnost řečové komunikace je schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků ve všech formách. (Lechta ,1990)

Moderní medicína dnes dokáže téměř zázraky- mimo jiné i díky stále modernějším technologiím a účinnějším lékům. Obdivuhodný technický pokrok v medicíně má však i svou odvrácenou tvář – odlidštěnou medicínu, kdy zdravotníci za vší tou nejmodernější technologií přestávají vidět pacienta coby živou bytost se svými obavami a oprávněnými požadavky, ale pouhou diagnózu. Nové technologie jsou určitě zajímavé, přinášejí větší bezpečnost pro pacienta a vyšší efektivitu léčebného výkonu, ale stále méně času však zbývá na komunikaci mezi lékařem , sestrou a pacientem.

## 1.1 TYPY KOMUNIKACE

Komunikace s nemocným zaujímá, v práci zdravotnického pracovníka, výlučné místo. V praxi rozlišujeme druhy profesionální komunikace, každý druh má své zákonitosti i význam.

### 1.SPECIFICKÁ KOMUNIKACE

Jedná se o oblast komunikace , kdy sdělujeme důležité informace, motivujeme nemocného k dalšímu léčení, působíme edukačně. Tato oblast komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností komunikovat. Tématem specifické komunikace je například- sdělování postupu vyšetření, -informace o rizicích atd. (J.Kelnarová-E.Matějková: Psychologie a komunikace pro zdravotní asistenty,2009, str. 56)

### 2.SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE

Jedná se o komunikaci mezi dvěma nebo více lidmi, přičemž se navzájem mohou i nemusí znát. Do popředí této komunikace vystupuje její neverbální složka. Je to *proces výměny* – odevzdávání a přijímání zpráv. Uskutečňuje se na *obsahové a vztahové úrovni*. Obsahová úroveň- představuje oznamování informací prostřednictvím slov a vztahová úroveň- je určována neverbalitou. Ve vzájemném souladu by měla být obsahová i vztahová úroveň, ale i obsah a význam informace.

Sociální komunikace má několik typů- *jednosměrná*- bez zpětné vazby , *obousměrná*, kde zpětná vazba je, jde o produktivní komunikaci, *kruhová*- jedná se o uzavřenou výměnu informací, *řetězová*- specifická pro šíření pomluv, *ohnisková*- jedna centrální osoba, přes kterou vede veškerá komunikace, *všekanálová*- vzájemná komunikace všech zúčastněných, *vertikální*- probíhá shora dolů a opačně a *horizontální*- přenos zpráv mezi jednotlivci ve stejné pozici a postavení.(J.Kelnarová-E.Matějková: Psychologie a komunikace pro zdravotní asistenty,2009, str. 61)

U každého člověka se vyskytují motivace k sociální komunikaci, mezi nejčastější patří *kognitivní* –podělit se s někým o informace, *vztahové*- navázání ,rozvíjení,

udržování, obnovování vztahu, *sebeutvrzovací*- objevuje, upřesňuje vlastní sebeobraz, *adaptační*- adaptuje se na situace a prostředí, kde komunikace probíhá, *převahové*- potřeba uplatnit se, upoutat pozornost, získat obdiv, respekt, úctu a *existenciální*- komunikace probíhá pro upevnění jeho psychického zdraví.

## 1.2 SLOŽKY A KANÁLY KOMUNIKACE

Jednotlivé složky komunikace se navzájem ovlivňují, patří mezi ně *komunikátor* ,což je účastník komunikace, který sděluje, *proces kódování*- tento proces je vlastně převedení našich myšlenek do formy sdělení, *proces dekódování*- jde o interpretaci zprávy příjemcem, *komunikant*- příjemce sdělení, který jej dekóduje a zpětně reaguje, *komuniké*- zpráva, která má formu verbální nebo neverbální, *komunikační kanál*- médium, kterým se přenáší sdělení, a to bezprostřední(verbální, neverbální, skutky, činy) nebo zprostředkovaně (telefonický, písemný, vizuální, audiovizuální, elektronický), *zpětná vazba*- je odpověď následující po sdělení, *kontext*- stejná slova a formy chování mohou mít jiný význam, hlediska kontextu jsou: fyzické(konkrétní prostředí), kulturní(životní styl, přesvědčení), sociálně-psychologické (vztah mezi komunikujícími) a časové (postupnost a následnost podávání zprávy), a *šumy*, -což jsou informace bez užitku.

Komunikační kanály v komunikačním procesu mohou být všechny smyslové orgány. Klient dle svého stavu a svých schopností má možnost využít těchto komunikačních kanálů.(A.Pokorná: Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství,2010, str. 44)

## 1.3 KOMUNIKACE S PACIENTY

Mimopracovní komunikace pro zdravotní sestry je uvolněnější, někdy na příjemnější téma, v příjemném prostředí. Používáme více tykání než vykání a komunikujeme s lidmi, které máme rádi. Naopak pracovní komunikace více svazuje, téma může být i nepříjemné, nezábavné, řeší se pracovní problémy. Když můžeme ,pomůžeme, poradíme. Při osobních problémech pacientů raději neradíme. Je důležitá empatie a umění naslouchat. Umní komunikace je důležitou složkou ošetrovatelské péče. I když

sestry dobře zvládají společenskou komunikaci , stále se musí učit analyzovat své interakce s ostatními lidmi a používat své komunikativní dovednosti k tomu , aby zlepšily ošetrovatelskou péči. (V.Linhartová: Praktická komunikace v medicíně,2007, str. 87)

Vzhledem k tomu, že se jedná o komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem, je důležitým pravidlem to, že musí komunikace *probíhat v obou směrech*- nesmí být jednosměrná. Z toho je zřejmé, že pokud se pacienta např. lékař dotazuje – či zpětně dotazuje- dává mu tím najevo , že mu porozuměl a vše správně pochopil. Součástí správné komunikace je také *shrnutí* právě sdělených *informací*- tzn. stručně zopakovat co se lékař či sestra od pacienta dozvěděli. Stejná zásada platí také v opačném směru komunikace- tzn. v případech, kdy je pacientovi něco sdělováno- dotazem se ověřuje, zda pacient informaci slyšel a zda ji porozuměl.

*Umět naslouchat pacientovi*, je také velmi nezbytnou dovedností zdravotnického personálu. V časové tísní během rozhovoru je často zdravotnický personál nucen mluvit rychleji než pacient a to může velmi znepríjemnit průběh dalšího vývoje komunikace. Umět klást otázky a umět naslouchat, by měla být dovednost každého zkušeného zdravotníka. Komunikace s pacientem by se tedy neměla omezovat pouze na postupy (tzn. objektivní vyšetření, operace, laboratorní vyšetření), ale měla by vytvářet atmosféru důvěry a spolupráce. Další důležitou zásadou pro plnohodnotnou komunikaci je *umět klást otevřené otázky*, které dovolují nemocnému vysvětlit, co prožívá a jak hodnotí svůj zdravotní stav. Lékař či sestra by měli umět *vcítit se* (empatie) do role pacienta- v tom případě se nejedná o soucit, ale jde o to, umět si představit , *jak by se cítil v situaci, v níž je nyní pacient a co by on sám v takové situaci potřeboval.* (J.Janoušek: Verbální komunikace a lidská psychika,2007, str.36)

U verbální komunikace vše vyjadřujeme slovem, projevem je samozřejmě hlas, je velice důležité, jakou máme intonaci hlasu, jak hlasitě mluvíme , způsob, jakým vedeme rozhovor, jestli se jedná o monolog či dialog- toto vše má na pacienta obrovský vliv.

U neverbální komunikace je důležitá *mimika* , výraz obličeje- lidská tvář má velice bohatý komunikační potenciál. Veškerá činnost mimických svalů v našem obličeji

umožňuje více než tisíc různých výrazů. Nejdůležitější je úsměv. Je primárně svázán s dobrým, přátelskými vztahy mezi pacienty a zdravotnickým personálem. Další důležitou součástí je *proximika* (přiblížení, oddálení), zde je dělení na čtyři základní zóny:

- intimní zóna – představuje taktilní kontakt dvou těl ( do 30 cm ), například matka s dítětem, milenci atd.
- osobní zóna- je to hranice, kterou dodržujeme při setkání s neznámým člověkem ( od 45-75 cm až 120 cm )
- sociální zóna- služební styk, obchodní jednání (120-210 cm )
- veřejná zóna- herec na jevišti, učitel ve třídě ( musí být vidět celá postava a pohyb v prostoru)

(R.Honzák, Komunikační pasti v medicíně,1997, str. 84)

Následnou důležitou součástí neverbální komunikace je *dotek*, kdy ve chvílích akutní tísně může přinést velkou útěchu. Sestra však musí citlivě poznat, kdy se může pacienta dotknout, dále *postoj* těla, zde patří jak vzhled, tak fyzický postoj, či pohyb rukou a nohou, samozřejmě *pohled*, *tón řeči*- intonace hlasu a *úprava zevnějšku- způsob oblečení, účesu, líčení, úprava rukou apod.*

Dalšími složkami komunikace jsou účast, naslouchání, zájem o druhého, odhalení (objevení ), empatie, autentičnost či respekt nebo pozitivní vztah. (N. Špatenková –J. Králová, Základní otázky komunikace, Komunikace ( nejen) pro sestry,2009, str. 88)

Obecná pravidla ke správnému naslouchání, porozumění:

- *přestaňte mluvit*- nejsnadněji se o někom něco dozvíte, když ho necháte mluvit a sami budete naslouchat a mluvit méně
- *nerozptylujte se* – věnujte plnou pozornost tomu kdo mluví
- *dívejte se na toho kdo mluví*- sed'te uvolněně tváří k nemocnému a nebojte se mu dívat do očí
- *hledejte hlavní bod*- soustřed'te se na myšlenku, která se opakuje
- *poslouchejte způsob podání*- buďte citliví k emocionálním reakcím a postojům

- *oddělte od sebe člověka a myšlenku*- snažte se pozorně poslouchat pacienty, ke kterým máte silné city a buďte opatrné při interpretaci
- *hleďte co nebylo řečeno*- hodně se dozvíte, když posloucháte i to, co nebylo řečeno
- *oddělte své emoce ,od reakcí*- nedovolte silným emocím, aby vám bránili při přesném naslouchání a chápání
- *buďte opatrní při svých interpretacích*- vaše domněnky se mají zakládat na dobré znalosti pacienta
- *respektujte pacienta jako člověka*- pokud chcete opravdu pomoci, musíte mít skutečnou úctu a zájem o člověka
- *vcíťte se do druhého člověka*- empatický posluchač nabízí pochopení a ne řešení (J. Prekop: Empatie a vcítění v každodenním životě,2004, str. 19)

#### 1.4 KOMUNIKACE SESTRA – PACIENT V PRAXI

Sociální komunikace tvoří teoretickou základnu komunikace v ošetrovatelské péči. Komunikace probíhající mezi sestrou a pacientem je zde nezbytná, nezvratná a neopakovatelná. Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Při komunikaci s pacientem je důležité, aby sestra navodila ovzduší důvěry, které pacienta uspokojuje, zbavila jej pocitu obav a strachu.

Ošetrovatelství se zaměřuje na péči o celého lidského jedince, o jeho momentální i potenciální zdravotní problémy, vykonávání lékařských opatření a ošetrovatelských úkonů. Holistické ošetrovatelství respektující etický přístup k pacientovi představuje uvědomění si, že tělesné, psychické a duchovní aspekty jsou vzájemně propojené. Ošetrovatelství je proces nevyhnutelně spojený i s etickým rozhodováním.

V současnosti se klade na uplatňování a dodržování práv pacientů. V právní oblasti jde o klasifikaci konání v termínech právního řádu. Práva pacientů jsou oblastí, která je legislativně upravená. Jejich nedodržování, respektive porušení, je sankcionováno. Vynutitelnost soudních rozhodnutí je garantovaná státní mocí.(J.Šrámková: Zdravotnická psychologie,2004, str. 69)

V etické oblasti jde o pochopení podstaty, jedinečnosti konání a o hledání a nacházení dobra nebo alespoň menšího zla. Dodržování etických norem není vynutitelné státní mocí. Uplatňuje se zde systém různých nepřímých zpětných vazeb a morálních sankcí, jako jsou mravní vědomí, svědomí a veřejné mínění.

Humánní přístup k pacientovi představuje respektování základních principů medicínské etiky při ošetřování. Uvádějí se čtyři základní principy, které by se měly akceptovat při každém uvažování a rozhodování v oblasti medicíny i ošetřovatelství:

- *prospěšnost*- ze strany sestry předpokládá konat maximální dobro pro konkrétního pacienta
- *neškodnost*- ze strany sestry předpokládá vyloučení jakéhokoliv úmyslného i neúmyslného poškození nebo ublížení
- *autonomie*- předpokládá respektování pacienta jako lidské bytosti ve všech sférách tělesných, duševních, sociálních a duchovních, též znamená spolurozhodování pacienta o sobě a svých záležitostech
- *spravedlnost*- předpokládá nedělat rozdíly mezi pacienty, poskytovat zdravotní péči každému, kdo ji potřebuje bez diskriminace

(L. Janáčková-P. Weis: Komunikace ve zdravotnické péči,2008, str. 73)

#### Podmínky úspěšné komunikace

Komunikaci ovlivňuje věk, společensko- ekonomické postavení, kultura jedince ,množství použitých slov, intonace, hlasitost, výška a barva hlasu, tempo a rytmus. Slovy můžeme vyjádřit širokou paletu emocí. Slova představují značnou část sociální komunikace ,mají velkou cenu, informační hodnotu v komunikaci mezi pacientem a sestrou. Prostřednictvím slov vysvětlujeme , získáváme, přesvědčujeme, povzbuzujeme nebo informujeme o účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví. Se slovy musí sestra pracovat obratně, uvědoměle, cíleně. Slova mají obrovskou sílu výchovnou i ovlivňující. Mohou pacienta potěšit i ranit. Rozhovor je pilířem psychosociální komunikace, do které patří zručnost vést rozhovor. Pro získání zručnosti vést rozhovor je potřebné seznámit se s teoretickými aspekty rozhovoru a praktický



nácvik verbální komunikace formou modelových situací. (J. Kristová: Komunikácia v ošetrovatelstve,2004, str.44)

Sestra aby vedla rozhovor správně, musí  dodržovat základní psychologické a etické zásady v přístupu k pacientovi :

- musí znát jméno pacienta a oslovovat ho jménem
- vyvinout úsilí snížit pacientovy záporné pocity
- mít schopnost pacienta psychicky podporovat, dát mu najevo, že svými těžkostmi není sám
- mít zvýšený zájem o osobnost pacienta
- vyvinout úsilí o spolupráci s pacientem
- udržovat oční kontakt s pacientem
- posilňovat u pacienta optimismus
- mít trpělivost pacienta vyslechnout
- umět pacientovi vyslovit ocenění, pochvalu
- vědět, z jakého sociálního prostředí pacient pochází

Sestra by neměla mluvit před pacientem o svých problémech a zdravotních potížích. Svým vystupováním má přesvědčit pacienta, že o něj má upřímný a čistý zájem. Chování lékaře a sestry během komunikace a jejich následující péče zároveň s odbornými a praktickými vědomostmi rozhodují o tom, jak se lékař a sestra k němu chovají a jak s ním jednají, než to, co mu říkají. Společným krédem všech zdravotnických pracovníků by mělo být dosažení blaha pacienta, a to nejen v oblasti psychického a sociálního života. Při komunikaci s pacientem je nutné navodit ovzduší důvěry, které by pacienta uspokojovalo, zabraňovala strachu a obav. Psychologické pochopení přechází do hlubokého pochopení, lidského zájmu a tolerance. (Šrámová: Zdravotnická psychologie,2004, str.54)

### Základní požadavky nezbytné pro komunikaci

Termínem profesionální komunikace sestry je vyjádřena komplexní a náročná zručnost, jež vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, které umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit.

K tomu, aby proces komunikace vznikl a produktivně se rozvíjel, musejí být splněny tři základní požadavky. První požadavek je chtít komunikovat. Ten by měli splnit jak sestra, tak pacient. Převážná většina nemocných chce komunikovat. Problém může nastat u zdravotníků, kteří si neumějí přiměřeně zpracovat získané informace, někteří nechtějí komunikovat - z různých důvodů, kterými jsou například nezáměr o profesi, nízká motivace, nedostatečný rozvoj komunikačních dovedností nebo také profesionální deformace. Druhý požadavek efektivní komunikace zdůrazňuje, aby sestra i pacient uměli komunikovat. Pacient většinou s komunikací nemá problémy, využívá obvyklým způsobem, na který byl zvyklý před onemocněním. Sestra však nevystačí s tradičními komunikačními technikami. Neustále si musí rozšiřovat vědomosti a dovednosti o nové poznatky, které bude aplikovat v praxi. Jedná se například o komunikaci s problémovými skupinami pacientů, jako jsou například agresivní pacienti, úzkostní pacienti, depresivní pacienti, pacienti pod vlivem návykových látek. Třetím a posledním požadavkem na zabezpečení průběhu komunikace je vytvoření možnosti ke komunikování, tj. moci komunikovat. Tento požadavek nesplňují nebo splňují jen částečně handicapovaní pacienti s poruchou sluchu, zraku a řeči, ale také demenční pacienti nebo pacienti v bezvědomí apod.

Profesionální využití komunikace v ošetrovatelství má význam nejen při ošetrovatelských zákrocích, ale i při realizaci všech kroků ošetrovatelského procesu. Správně vedený a využívaný komunikační proces může pomoci zdravotníkům, zvláště sestřím získat pacienta ke vzájemné spolupráci. V ošetrovatelství však nevystačíme jen s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě. Musíme zde využít i další možnosti, které nám pomohou s pacientem kontakt nejen navázat, ale i dále rozvíjet. (L. Janáčková - P. Weiss: Komunikace ve zdravotnické péči, 2008, str. 35)

Základem úspěšné komunikace je rozhovor. Mezi specifické požadavky komunikačního procesu v ošetrovatelské péči ze strany zdravotníku řadíme:

- *příprava na rozhovor*- ujasnit si, co chceme komunikací získat, cíl rozhovoru
- *strategie vedení rozhovoru*- jak klást otázky , jak reagovat na chování pacienta a také možnosti kompromisů a akceptace výsledků rozhovoru
- *postoj k pacientovi*- k onemocnění, k vedení ošetrovatelského procesu, k průběhu léčby
- *porozumění a pochopení*- empatie a akceptace názorů pacienta, umění naslouchat a porozumět
- *prostor pro dotazy*- dostatek času na otázky , které jsou v dané situaci aktuální
- *správně volené otázky a příklady*- k názornosti a pochopení problému spojených s ošetrovatelskou péčí
- *časový prostor pro komunikaci*- vhodná doba a prostředí

(J.Křivohlavý: Psychologie nemoci,2009,str. 48)

#### Překážky v komunikaci mezi sestrou a pacientem

V klinické praxi a pravidelné ošetrovatelské péči mohou vzniknout mezi sestrou a pacientem nejrůznější překážky, které brání kvalitní komunikaci. Překážky mohou být všeobecného rázu a týkají se obou zúčastněných subjektů. Mezi nejčastější překážky efektivní komunikace patří:

- praktická překážka způsobená rušivými vnitřními a vnějšími vlivy nebo příliš tichým hlasem sdělovatele zprávy
- jazyková překážka je zapříčiněna rychlým nesrozumitelným projevem, ale také dlouhými větami s množstvím důležitých informací, je dána i odlišným mateřským jazykem u cizinců
- emotivní překážka překrývá soustředěnost
- intelektová překážka charakterizuje rozdílnost odborného vyjadřování a překážka v chápání poukazuje na různé pochopení komunikačního obsahu

- fyziologické překážky jsou dány bolestí, nedostatkem spánku nebo smyslovými poruchami

(Z.Vybíral: Psychologie lidské komunikace, 2000, str.22)

Na straně sestry se však mohou vyskytnout i další překážky v komunikaci, mezi které můžeme zařadit nejasné, nepřesné informace, postoje a názory, polopravdivé informace, únik od tématu nebo vyhýbaní se určité problematice. Problémem může být jednosměrnost komunikačního prostoru, ale také dvojkolejnost, kdy sestra s pacientem navzájem neposlouchají. Nevhodná je i manipulace, kdy sestra „tlačí“ pacienta do kouta. Neprofesionální je i nadměrné množství informací směrem k pacientovi, nebo neetické chování spojené s výsměchem, dvojsmyslností, urážkami pacientů. Mezi další překážky můžeme zařadit například neochotu vyslechnout pacienta, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnucování vlastních návodů na řešení problému, zatěžování pacienta vlastními problémy, nadměrné přitakávání, negace emocí, používání odborné terminologie a v neposlední řadě časový deficit ze strany sestry. Vážnou překážkou a problémem ze strany sestry je bezobsažná komunikace, která vyvolává oprávněný dojem, že sestra nemocného neposlouchá a nerozumí mu. Při takovém poznání může u pacienta vzniknout lhostejnost, uzavřenost a přestává se zdravotníky spolupracovat. (J. Beran a kolektiv: Lékařská psychologie v praxi, 2010, str.76)

Od začátku setkání zdravotníka s pacientem, a dokonce i před ním, začíná komunikace, která bude mít pro další vývoj jejich vztahu, a hlavně pro léčení, rozhodující význam. Přestože v medicíně hraje nemoc dominantní úlohu, musíme mít na paměti, že je to jen nezávislý a samostatně existující jev. Ve svém okolí nenajdeme izolovanou nemoc, nacházíme však nemocného člověka. Čím dříve si zdravotníci tuto skutečnost uvědomí, tím snáze budou schopni rozlišovat přístup zaměřený na pacienta i na jeho osobnost.

Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá sestře rozvíjet kvalitní vztah s nemocným člověkem, ale i v rámci ošetrovatelského týmu. Zlepšení komunikačních schopností významnou mírou přispěje z zefektivnění vzájemných vztahů na nejširší

úrovni, povede ke zvýšení kvality života pacienta a k plnému uspokojení jeho potřeb.  
(M.Jobáková a kol.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky,2002, str. 61)

## 2.DEPRESE

### 2.1 DEFINICE DEPRESE

Deprese (dříve nazývaná melancholie) je onemocněním duše, ale také celého těla. Jde o závažnou psychickou poruchu, která postihuje až 10% obyvatelstva. Ve své nejtěžší formě se projevuje smutnou a sklíčenou náladou, která způsobuje nemocnému duševní tíseň a bolest. Na přechodnou dobu zcela rozvrátí dosavadní pacientův život. Je provázena sníženým sebevědomím a ztrátou sebedůvěry, beznadějí, pesimistickými pohledy do budoucnosti, bezdůvodnými obavami a úzkostí, pocity méněcennosti a domnělého provinění, neschopnosti se radovat ze zážitků a věcí, které dříve těšily, nezájem o sebe, o svou práci, rodinu, přátele či své dosavadní záliby a koníčky a myšlenkami na sebevraždu. Deprese (jak někteří v dnešní době mylně vykládají) není slabosti charakteru, ale duševní poruchou, která není vůli ovlivnitelná, naštěstí je dobře léčitelná. (J.Paško: Deprese a jak ji zvládat, 2005, str.49)

Deprese je častá psychická porucha, která je spojena s dlouhým trváním epizody, vysokou chronicitou, častými relapsy a rekurencí, psychosociálním a tělesným narušením a vysokou suicidalitou. V současné době došlo k určitému koncepčnímu posunu v chápání deprese. Na depresi se dnes pohlíží jako na chronickou poruchu, která vede k trvalému funkčnímu narušení a morbiditě jako somatické chronické nemoci, např. hypertenze a diabetes. (J.Raboch.,P.Zvolenský et al.:Psychiatrie,2001, str.259).

Pod pojmem deprese rozlišujeme podle současné **klasifikace MSK-10** (1996) několik různých nosologických jednotek—ojedinělou depresivní epizodu (F32), periodickou(rekurentní) depresivní poruchu (F33), depresivní fázi bipolární afektivní psychózy (F31), trvalou poruchu nálady – dysthymii a cyklothymii (F34) a depresivní reakci (F43). Obecná kritéria MKN-10 pro F32 depresivní epizodu a příznaky somatického syndromu (viz příloha č.3).

Podle světové zdravotnické organizace- WHO- je definice deprese následující: „*Deprese je psychická porucha, která se prezentuje depresivními náladami, ztrátou zájmu nebo pocity viny, narušením spánku a chuti k jídlu a špatnou koncentrací. Tyto*

*problémy se mohou stát chronické nebo opakující se a vést ke značnému poškození v individuální schopnosti postarat se o své každodenní povinnosti. Nejhorší deprese mohou vést k sebevraždě, tragická osudovost je spojena se ztrátou asi 850 000 životů ročně.“(<http://www.who.int/intellectualproperty/documents/en/>).*

Deprese je jedním z nejčastějších problémů, který lidé v životě zakusí. Klinickou depresí ročně onemocní 5% obyvatelstva nezávisle na věku. Deprese je častější u dospělých, ale vyskytuje se i u dětí. S vyšším rizikem vzniku deprese se potýkají ta období života, která jsou spojena s zásadními změnami života- např. narození dítěte, puberta, menopauza, odchod do důchodu aj. Deprese není lenost, která by šla překonat silou vůle. Lidé prožívající klinickou depresi mají málo energie.(J.Křivohlavý: Jak zvládat depresi,2003, str.17).

## 2.2 FORMY DEPRESE

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

- **Leká depresivní epizoda** – projevuje se mírnou depresí nebo ztrátou radosti. Člověk postižený mírnou depresí se musí do všeho nutit, nicméně v důležitých věcech se mu to daří, máloco ho potěší, je spíše rozmrzelý a stahuje se do sebe. Většinou je schopen pracovat a udržet si sociální vazby
- **Středně těžká depresivní epizoda** – pokles nálady je už závažnější než u předchozí formy. Deprese je více méně trvalá, celodenní a jen obtížně se daří na krátkou dobu rozptýlit. Postižený jen obtížně zvládá pracovní, sociální a domácí aktivity. Zpravidla je v pracovní neschopnosti. Léčba probíhá buď ambulantně , nebo v rámci hospitalizace, což je vždy nutné v případě vážných sebevražedných rozlad.
- **Těžká depresivní epizoda** – základním projevem je pronikající hluboká depresivní nálada. Typicky se objevuje také výrazný psychomotorický útlum, který omezuje schopnost se o sebe postarat. V tomto případě postižený zpravidla leží nebo sedí a hledí před sebe. Silné pocity viny, ztráta sebeúcty, pocit

zbytečnosti a neúčinnosti mohou vést k sebevražedným tendencím. Pacient už není schopen pracovního ani společenského zapojení. Existuje také agitovaná forma těžké deprese, pro kterou je typický neklid a dezorganizované chování. (E.Malá.,P.Pavlovský:Psychiatrie,2002,str.65)

### 2.3 PŘÍZNAKY DEPRESE

Hlavní příznakem deprese je porucha nálady. Kromě nálady je také zasaženo myšlení, chování i tělesné funkce. Deprese pro nás představuje soubor specifických projevů chování, pocitů, vědomí, tělesných potíží a pohledu na sebe i na svět. Deprese je onemocnění celého těla i duše. Většina lidí prostě cítí únavu, malátnost, vyčerpanost. Pocity vyčerpanosti mohou být takových rozměrů, že člověk může jen ležet. Intenzita obtíží může během dne kolísat. Někdo je na tom špatně a jiný večer. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem. Psychické tempo se snižuje a myšlení zpomaluje.(R.Rybolt: Jak porazit depresi,2009, str.76)

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

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo „prázdná“ nálada
- negativní pohled na sebe a sebepodceňování, sebeobviňování
- ztráta pocitu smysluplnosti života
- beznaděj, pesimismus nebo bezmoc
- nezájem a ztráta radosti
- poruchy spánku: zhoršené usínání, předčasné ranní probuzení, přerušovaný spánek nebo naopak nadměrná ospalost a spavost během dne
- ztráta chuti k jídlu, snížení, nebo naopak přejídání se a přibývání na váze
- pokles energie, únava, ospalost, malátnost
- přetrvávající tělesné příznaky, jako je bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti v těle, tlak na hrudi, pocity ztuhlosti nebo ochablosti svalstva
- nezájem o sexuální život
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu



- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, nadměrné obavy, časté pocity napětí, potíže se soustředěním, zapamatováním si, rozpomínáním se a s pamětí vůbec

(J.Praško.,J.Kosová: Deprese,2001, str.17)

### 2.3.1 ZMĚNY NÁLADY

Trvala špatná nálada nebo smutná nálada je indikátorem podezření na depresivní poruchu. Pocity a emoce odrážejí hodnocení sebe, okolí, ostatních a očekávání od budoucnosti. Mezi depresivní emoce patří smutná nálada, plačtivost, úzkost, rozmrzelost, podrážděnost, sebelítost, neradostnost, vztahovačnost. Depresivní emoce mohou trvat krátce , ale i týdny a měsíce.

Depresivního nemocného lze často poznat podle smutného, unaveného a ztrápeného obličeje, chudé mimiky a gestikulace. Současně ve výrazu očí a v celém držení těla bývá patrná celková skleslost, nejistota, ustrašenost nebo úzkostlivost, les očí bývá matný – „zastřené oči“.

Depresivní lidé jsou málomluvní, mnozí své myšlenky skrývají. Chybí aktivita, ztratila se iniciativa a člověk se dostává do stavu rezignace. Každí, i když malé rozhodnutí je nemožné a dříve zvládané překážky jsou nezdolatelné. Dále depresivní chování zahrnuje celou řadu projevů. Od pláče přes nerozhodnost, odkládání činností, celkovou zpomalenost při nedostatku energie, nesoustředěnost a roztěkanost, netrpělivost, uzavírání se do sebe, vyhýbaní se kontaktům, pasivitu až po monotónní depresivní řeči, naříkavost, sebelítost, neustále stěžování si na příznaky až po sebevražedné pokusy. Depresivní člověk mívá následně pocit viny a vzteku na sebe za své chování, což může vést ještě k dalšímu prohloubení deprese. Typickými příklady depresivních pocitů jsou:

- *Vymizení radosti*- depresivní člověk si uvědomuje svou neschopnost bavit se. Ztráta zájmu o jakékoliv kulturní zážitky a jakýkoliv způsob relaxování je pravděpodobně zapříčiněn nedostatkem energie a velkým množstvím obav.
- *Pocit ztráty* – ztráta může být reálná nebo symbolická. Často jde o ztrátu blízké osoby, ztrátu bezpečí a sociálních jistot, změna zaměstnání, partnera. Ze

symbolických ztrát jsou to nesplněné sny, nerealizované ambice, nenaplněná očekávání.

- *Úzkost* – trvalý pocit vnitřního napětí, očekávání něčeho nepříjemného i když neví čeho. Je to strach bez objektu strachu. Je to stav ve kterém se člověk nemůže pohnout, jen sedět na kolotoči vlastních myšlenek.
- *Strach*- velmi typický společník deprese. Neopodstatněný strach z čehokoliv co se objeví, z toho co bylo je a bude, může ale nemusí být. Strach o sebe, blízké z nemoci velmi kvalitně podpořen mediální výživou.
- *Vztek na sebe*- člověk se může na sebe zlobit pro své chyby, nevýkonnost, velikost různých částí těla, špatné vlastnosti atd. Stává se sám sobě nepřítelem.
- *Nerozhodnost*- nemůže se rozhodnout ani v maličkostech, ani v těch důležitých věcech. Smýšlí tak, že ať to bude jak to bude stejně to bude špatně.
- *Obavy*- týkají se jak zítřejších úkolů, tak zdraví, financí, existenčních problému.
- *Komplexy méněcennosti*- „všichni ostatní jsou lepší a chytřejší, jenom já jsem hloupý a škaredý.“ „A co tady vlastně dělám, stejně ty druhé jen obtěžují.“
- *Pocity viny*- člověk v depresi si dává vinu za vše co se stalo, na zádech nese prohřešky celého světa. Tyto pocity bývají často neopodstatněné, ačkoliv tíží jako pravdivé.

Nálady doprovázející depresivního člověka mohou být:

- *Smutek*-patří ke zkušenosti každého člověka. I ti zdraví a šťastnější bývají smutní z neúspěchu, ze ztráty, nebo z nepředpisového vzhledu svého těla. V depresi je však smutek delší a brání aktivitě. Ovlivňuje celé prožívání člověka. Zabarvuje všechno do černa. Tíseň a utrpení z tohoto prožívání roste a objevuje se přání zemřít.
- *Podrážděnost*- když osoba neustále prožívá úzkost a napětí je jisté, že také bude propadat hněvu a lítosti. Často k tomu stačí minimální podněty.
- *Plačtivost*- nadměrná lítostivost vyvolávající pláč při citově vypjatějších tématech.

Mezi depresivní příznaky , které souvisí s tělesným zdravím, patří ztráta chuti k jídlu a následné hubnutí ( i 15 – 20 kg ). U některých typů deprese naopak vidíme nadměrnou chuť k jídlu, tito nemocní nezdravě přibývají na váze, což může přivodit tělesné potíže ( kloubní, zvýšení krevního tlaku apod.)

Běžným doprovodem deprese jsou také tzv. tělesné příznaky, které mohou napodobovat některou tělesnou nemoc. Bývají různého charakteru a trvání. Patří k nim únavnost, nevykonnost, napětí nebo naopak slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, bolesti v oblasti žaludku.

*„ Ne každý kdo je depresivní má všechny uvedené příznaky. U některých lidí se objevuje jen několik příznaků, jiní jich mají mnoho. Také závažnost je rozdílná.“*  
(L.Minibergerová,K.Jičínská: Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky, 2010, str.81)

### **2.3.2 TĚLESNÉ PŘÍZNAKY DEPRESE**

Tělesné příznaky , které provázejí depresi, mohou vypadat jako tělesná nemoc. Někdy se projevují při špatných náladách, jindy přetrvávají po odeznění. Biologické pochody v těle jsou samozřejmě spojeny s naší náladou. Centra v mozku, která jsou odpovědná za prožívání nálady, jsou spojena s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému. Proto dochází při depresi často k velké paletě tělesných potíží.

Objevuje se únavnost, nevykonnost, slabost a napětí ve svalech, bolesti hlavy, zad, páteře, žaludku, zácpa, nespavost, závratě, bušení srdce. Pro špatnou koncentraci mívají pocit, že si nic nepamatují. Psychické tempo se snižuje, myšlení se zpomaluje. Častým příznakem je tlak na hrudi, pocit jako když se nemůžeme nadechnout. Tento pocit bývá silný a nepříjemný. Často jsou tyto pocity doprovázeny obavami, že jde o vážnou nemoc a strachem o své zdraví. Všechny tyto příznaky však odezní po odchodu deprese. Velmi typickým projevem je nespavost. Obvyklé bývá časté ranní probuzení a nemožnost již dále usnout. Člověk pak zůstává ležet na lůžku a hlavou se mu honí ty nejčernější myšlenky. Obává se co mu nový den přinese a toho že se mu nic nepodaří. Dalším typem je večerní nespavost. *„Po ulehnutí do postele , se člověk převaluje a*

*přemýšlí o tom co se mu nepovedlo, v čem neuspěl. Má na sebe vztek, že nemůže spát a přemýšlí jak bude zítra unavený. Časté je i probuzení během noci a následný ranní pocit jakoby člověk vůbec nespál. Méně často je spojena deprese s nadměrnou spavostí jak během dne tak v noci. Člověk je jako by chtěl zaspat všechny výčitky a trápení.“*

Depresivní pacienti jsou mimořádně citliví na své zdraví. Nadměrně se soustředí i na minimální příznaky, které si vykládají jako hrozící nemoc. Zvýšené soustředění se na sebe vede i k pozorování jinak opomíjených tělesných funkcí. Začne cítit tlukot srdce ve spáncích a na hrudi, vnímat trávicí pohyby žaludku. Všechny tyto jinak normální jevy pak může mylně vykládat jako poruchu. (J.Křivohlavý: Jak zvládat depresi,2003, str.69)

### 2.3.3 DEPRESIVNÍ CHOVÁNÍ

Depresivní lidé jsou méně aktivní, bez iniciativy, rezignovaní. Překážky jsou pro ně nepřekonatelné. Psychické tempo je obvykle sníženo – pokud něco začnou, nevydrží u toho – pozornost je odváděná depresivními myšlenkami. Pociťují nadměrnou únavu a tíži – proto často nemají chuť činnost ani začít. Přestávají se zabývat tím, co by je zajímalo nebo těšilo, vykonávají jen to nejnnutnější. Depresivní chování zahrnuje celou řadu projevů. Od pláče po odkládání činnosti, nesoustředěnost a roztěkanost, netrpělivost, uzavírání se do sebe, vyhýbaní se kontaktům až po monotónní depresivních řeči, naříkavost, neustále stěžování si na příznaky a sebevražedné pokusy. Toto chování je reakce na depresi, která postiženého zaskočila a ohrožuje ho.

**Nízká úroveň aktivity.** Depresivní pacienti bývají často pasivní, vykonávají jen ty činnosti, které jsou nejnnutnější. Někdy typický den depresivních osob sestává jen ze „sezení“ a „nicnedělání“ anebo z toho, že se zaobírají víceméně pasivními aktivitami, jako je sledování televize, jídlo nebo polehávání.

**Odkládání činnosti.** Velmi typické je odkládání činnosti pod jakoukoliv záminkou. Pak následují sebevýčitky.

**Vyhýbavé chování.** Lidé trpící depresí se vyhýbají celé řadě aktivit. V první řadě jsou to aktivity rekreační a příjemné. Dále jsou to všechny nepříjemné činnosti, týkající se kontaktu s lidmi, řešení větších úkolů, činnosti vyžadujících trochu námahy apod.

**Vyhledávání pomoci a utěšení.** Obavy , starosti a úzkost vedou k hledání pomoci a ujišťování u blízkých, někdy u dobrých přátel a často u lékařů různých oborů medicíny. Konkrétní pomoc ani ujištění však nepomohou, protože starosti a obavy si ihned najdou jiné důvody, kterým se mohou věnovat. Pokud se obavy týkají zdravotního stavu, žádné vyšetření je nemůže uspokojit.

**Zanedbávání příjemných a rekreačních aktivit.** Nemocní se přestávají zabývat tím co by je zajímalo nebo těšilo, a vykonávají jen ty povinnosti, které jsou nejnnutnější.

**Izolace.** Pocity méněcennosti vedou k vyhýbaní se lidem, zpočátku jen cizím, postupně ale i nejbližším. Nedostatek kontaktů pak vede k pocitům osamělosti.

**Sebevražedné jednání.** Při vystupňovaných příznacích deprese ztrácí řada lidí naději na vyléčení. V zoufalství se objevují myšlenky na smrt, chuť uniknout z trápení, které se zdá být nekonečné. Při myšlenkách na smrt, nebo dokonce při přemýšlení o způsobu, jak si život vzít, je velmi důležité se svěřit lékaři. Sebevražedné myšlenky patří k příznakům deprese a zmizí s ústupem deprese při léčbě.

(<http://www.aanetdruzstvo.wbs.cz/Deprese-a-uzkost.html>)

#### 2.3.4 DEPRESIVNÍ MYŠLENKY

Pro depresi jsou charakteristické depresivní automatické myšlenky. Člověku přicházejí na mysl a on nad nimi dále nehlobá. Automatické myšlenky máme prakticky neustále, většinou jim nevěnujeme pozornost, dělají komentář k událostem, které prožíváme. Běžně u zdravého člověka automatické myšlenky nemění náladu, protože jsou neutrální, pokud jsou negativní , jsou ihned vyváženy konstruktivními myšlenkami. V depresi převažují negativní automatické myšlenky, chybí vyvážení konstruktivními myšlenkami, naopak se negativní automatické myšlenky řetězí: “Mám smůlu, zase se mi to nepovedlo- nikdy se mi to nepovede, nestojím za nic..“

Typické depresivní automatické myšlenky zahrnují:

- Negativní hodnocení sebe sama: „ Nestojím vůbec za nic. Všechno jsem to zavinil já“.
- Negativní hodnocení okolností: „ Nikdo o mně nestojí. Život je hrozný“.
- Negativní vize do budoucnosti: „ Nic pěkného mně již nečeká. Nikdy se nevyлéčím“.
- Předvídaní horšího (selhání) a tragické vize budoucnosti: „ Určitě to dopadne špatně“. Typicky k depresi patří myšlenky týkající se katastrof, které přijdou v budoucnosti. Depresivní lidé tráví čas v obavách, že vše zdraží a oni nevystačí s penězi, nebudou moci zaplatit činži, budou se muset vystěhovat z bytu, přijdou na mizinu, partner je určitě opustí, děti budou špatně vychované apod.
- Pocity viny a sebeobviňování. Řada lidí trpících depresivní poruchou si dává vinu za věci, které se staly, a to i někdy i velmi dávno. Z minulosti vybírají negativní události a na nich hledají svoji vinu. Tíží je špatné svědomí, jsou přesvědčeni, že to nikdy nepůjde napravit.
- Komplexy méněcennosti. Součástí depresivního myšlení je přesvědčení, že člověk je méněcenný. Je hloupý, není schopen vyřešit ani jednoduché problémy, pro druhé je nezajímavý, nudný, neví, o čem mluvit, nic ho nenapadá. Vlastně druhé jenom otravuje, nikdo o takovou nulu nestojí. V životě byl neúspěšný, nic se mu nepovedlo, a proto ně užij nikdo nestojí.

(<http://www.aanetdruzstvo.wbs.cz/Deprese-a-uzkost.html>)

## 2.4 PŘÍSTUP K DEPRESIVNÍMU PACIENTOVI

U pacientů s depresí je důležitý aktivní přístup sestry v péči o nemocného. Pacienti bývají pasivní a ne příliš často žádají sestru o pomoc při řešení svých obtíží. Lidé s depresí se za svůj stav mnohdy stydí, protože je mnoho věcí, které kvůli ní nezvládnou.(K. Neubauerová: Edikace pacienta v rámci ošetrovatelské péče,2010).

Zvýšenou pozornost zasluhují pacienti s intenzivními myšlenkami na sebevraždu. Sebevražedné myšlenky a tendence jsou běžnou součástí depresivního syndromu.

Suicidální impulsy a suicidální chování vyplývají z emocionálně nesnesitelného pocitu psychické trýzně a kognitivního zúžení, které brání nalezení cesty z prožívaného stresu. Cílem péče o suicidálního pacienta je ochrana před sebezničením do té doby, než je opět schopen převzít tuto zodpovědnost zpět na sebe.(J.Vymětal: Úvod do psychoterapie,2003,str.142)

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

Samotná psychoterapie může pomoci jen u lehčích forem deprese. U hlubší deprese nestačí, avšak její kombinace s léky zvyšuje výrazně účinnost léčby. Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem v depresi děje. Psychoterapeutický přístup poskytuje bezpečný prostor, ve kterém se nemocný může projevit, vyjádřit a sdělit co jej vlastně trápí. Terapeut pomáhá pacientovi:

- porozumět tomu, co se s ním děje
- oddělit zdravé prožívání od nemocného
- omezit, ohraničit nebo odstranit patologické prožitky
- obnovit řebříček hodnot
- podpořit a rozvinout vše zdravé
- nalézt novou přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i ve svět kolem
- vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem
- najít cestu , jak překonat současné životní problémy

Deprese negativním způsobem ovlivňuje a zkresluje u pacienta pohled na sebe sama, svět, životní situace i budoucnost. Toto zkreslené hodnocení může přetrvávat v různé míře až do chvíle , než začne fungovat nasazená léčba. Do té doby je vhodné pacientovi poradit aby se řídil následujícími zásadami:

- uvědomit si, že deprese je léčitelná nemoc
- nezůstat s problémem sami
- neklást si náročné cíle a úkoly
- během deprese nedělat žádná závažná rozhodnutí
- nesrovnávat svou nynější výkonnost s aktivitou před onemocněním
- nestydět se plakat, kdykoliv to potřebujete
- nečekat od léčby zázraky za několik dnů
- pokud se objeví sebevražedné myšlenky okamžitě informovat ošetřující personál
- neukončit předčasně léčbu, i když se už budete cítit dobře

Deprese způsobuje u pacienta pocit bezmoci a vyčerpání. Pacienti v depresi potřebují pomoc od lidí ve svém okolí. Lidé, kteří nikdy depresi nezažily, nemohou plně porozumět, co všechno deprese působí v životě pacienta, proto je důležité, aby se lidé v okolí depresivního pacienta řídili následujícími radami:

- deprese je nemoc, nikoliv lenost, neochota nebo útek od práce či nepříjemností
- podpořte rozhodnutí depresivního pacienta navštívit lékaře a zahájit léčbu
- během léčby podporujte, aby vytrval dokud příznaky neustoupí
- podporujte depresivního pacienta v léčbě a užívání léku i poté, co příznaky úplně odezněly, protože je třeba zabránit návratu deprese
- nepodceňujte zmínky o sebevraždě
- nezlehčujte stav nemocného s depresí, neobviňujte ho z lenosti nebo z malé snahy o uzdravení
- vyhněte se kritizování depresivního pacienta
- člověk v depresi potřebuje zejména citovou podporu
- zkuste depresivního pacienta k činnostem nenutit, ale trpělivě mu je nabízejte

(P.Doubek,E.Herman,J.Praško,J.Hovorka: Deprese a její léčba, 2009, str.27-28)

V péči o depresivní nemocné zaujímá sestra důležité místo. Bývá to především ona, která tráví s nemocným velkou většinu času. Dovednosti sestry by měly být na takové úrovni, aby pacienta dobře chápala, byla mu oporou, mohla kdykoliv účinně zasáhnout



a v případě potřeby být pacientovi na blízku. Při ošetřování pacienta s depresí by sestra měla znát nejenom faktory související s rozvojem nemoci , ale i terapeutické kroky ke zvládnání deprese a řídit se doporučenými postupy:

1. Uvědomte si své vlastní pocity, které ve vás pacient vyvolává. Ujistěte se, že na tyto pocity máte nárok (nejste roboti), a uvažujte, jak s nimi naložíte.
2. Nenechte se zbavit odvahy, když pacient opakovaně na všechny kladné podněty reaguje negativně. Vaší povinností (stejně jako pacientovou) je nepříznivé období vydržet, ne je překonávat. Motivujte pacienta tím, že deprese za chvíli vždy pomine.
3. Neponechávejte nemocného v sociální izolaci, do níž ho deprese doslova „tlačí“. Pacient by měl mít časový program.
4. Vymezte si dostatečný čas. Léčba deprese je pozvolná.
5. Zaujměte empatické (nikoliv soucitné) stanovisko. Znamená to, zkusit se do pacientovy role vcítit, ne ale litovat ho, nepřiměřeně ochraňovat a tím vlastně zbavovat posledních zbytků sebejistoty a samostatnosti.
6. Humor raději nepoužívejte. Nemají pro něj většinou pochopení, ani pro ironii.
7. Vyhněte se poznámkám, o kterých by si nemocný mohl myslet, že jej zesměšňují, ponižují, a také ty, které by mohly vyvolávat pocity viny, nedostatečnosti. Nekritizujte ho, že nezvládá vše tak, jako dříve.
8. Nedejte se zlákat jejich špatnou náladou a k planému utěšování.
9. Zabraňte generalizaci myšlenek typu: „když toto je špatné, všechno je špatné“.
10. Aktivně klad'te cílené otázky na konkrétní obtíže. Pomozte mu najít jeho vlastní řešení a nenabízet překotně řešení svoje.
11. Berte všechny pacientovy stížnosti vážně, nebagatelizujte je („to nic není“). Na druhé straně podpořte pacienta tím, že tyto věci patří k depresi a s depresí vymizí.
12. Poskytněte realistickou naději. I počáteční nežádoucí účinky léků jsou vlastně projevem účinnosti léku.

13. Neapelujte na pacientovu „silnou vůli“. Pacient právě nemá žádnou vůli a jeho „neschopnost“ mu ještě více srazí sebevědomí. Totéž platí o apelech na odpovědnost, či náboženskou víru.
14. Zbavte ho závažných rozhodnutí, ale nechte jej plnit své povinnosti, které je schopen zvládat. Přiměřeně ho vždy pochvalte.
15. Ukazujte, co všechno může. Je to účinnější, než vyvracet depresivní myšlenky, co všechno nemůže.
16. Zkuste dodržet rytmus pacienta, jeho denní režim.
17. Podporujte jeho tělesné aktivity.
18. Umožněte pacientovy, aby se vyplakal. Ujistěte jej, že není žádoucí, aby se stále „držel“ a ovládal.
19. Doporučte pacientovi tvůrčí, např. umělecké, aktivity. Ale nikdy jej do nich nenutěte.
20. Vždy jednejte s pacientem jako rovný k rovnému.
21. Zajímejte se o něj jako o člověka.

(<https://sasidlo.signaly.cz/1112/pravidla-komunikace-s-klientem> )

## **2.5 KOMUNIKACE S DEPRESIVNÍM PACIENTEM**

Nesmírně důležitý moment v komunikaci sestry – pacient nastává už při prvním kontaktu. První dojem dokáže ovlivnit postoj a průběh léčby jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. Z tohoto důvodu je důležité aby sestra uměla správně komunikovat s depresivním pacientem

Také v průběhu služby sestra častěji pacienta kontaktuje a navazuje s ním rozhovor. Především ji zajímá, jak se pacient cítí, zda něco nepotřebuje, nebo si s ním jen tak pohovoří. Tím prospívá navození důvěry a přijetí, což tyto pacienti potřebují.(E.Malá,P.Pavlovský: Psychiatrie,2002,str.118)

Umět správně komunikovat s depresivním pacientem je pro sestru velice obtížné. Během komunikace s depresivním pacientem je potřeba mluvit vlídným a přesvědčivým hlasem, pomalu a srozumitelnou řečí. *Deprese zbavuje člověka radosti z čehokoliv, především ze života. Smutek, nezáměr, bezmoc, nerozhodnost, beznaděj, zpomalená řeč a hlas, v němž je slyšet trvalé trápení, mluvení o odchodu ze života a někdy i pokusy o sebevraždu- to jsou nejnápadnější projevy depresivních lidí. Depresivní pacienti jsou mimořádně citliví na své zdraví a jakoukoliv poznámku o svém zdravotním stavu. Je nutné vážít každé slovo. Během komunikace s depresivním pacientem nepomůže okřikování, ani nabádání, aby přestal být smutný ani apel na jeho pevnou vůli. Je nutné především s pacientem trpělivě mluvit, věřit mu jeho trýzeň, nevymlouvat mu jeho smutek, nezahlcovat ho příklady typu: „Podívejte se ten je slepý, hluchý, ten nemá nohu...a jakou má radost ze života“.* To depresivnímu člověku spíše ublíží, než pomůže, taková slova vnímá citlivě, vztahovačně a jako kritiku vůči sobě, jakoby měl nastaveno zrcátko své vlastní bídě a neschopnosti, což prohlubuje jeho pocit viny a umocňuje smutnou náladu. Opakovat depresivním lidem – „Víte lepší to už nebude, už to bude jen horší. Vy si jen vymýšlíte, nesoustředíte se tak na sebe...“ to jim vždy přitíží. (V.Linharntová: Praktická komunikace v medicíně, 2007, str. 72)

Při komunikaci s depresivním pacientem je důležitá i délka projevu. Pacienti trpící depresí bývají hůř soustředění a jejich chápání bývá po dobu deprese zhoršené. Proto komunikace s nimi vyžaduje pomalejší tempo, používání kratších vět, jasnost a konkrétnost.

Stavu pacienta má být proto úměrná rychlost řeči, její hlasitost i modulace. Mlčet neznamená, že sestra či pacient si nemají co říct. Ovšem depresivní pacienti snášejí mlčení špatně, protože hledá za ním svoji chybu. Je pro něj důležitější pomalé tempo a odmlky, než úplné mlčení. Sám toho zpravidla moc nenamluví, ale jednoduchý rozhovor může významně pomoci i v hluboké depresi. (M.Venglářová, G.Mahrová: Komunikace pro zdravotní sestry, 2006, str. 144)

Pacient trpící depresí potřebuje vnímat pozorné naslouchání od osoby, se kterou mluví, potřebuje vysvětlit své obtíže a očekává vyjádření naděje, že budou navzájem

hledat společnou řeč. Nezbytnou součástí komunikace s tímto pacientem je velmi dlouho, soustředěně, bez přerušování naslouchat a mlčky vydržet i tiché, pomalu plynoucí a třeba i nedokončené věty nebo eventuální velmi dlouhé odmlky. Také komunikace s rodinou je důležitou součástí komunikace zdravotnického personálu s pacientem, resp. S rodinou. Ve většině zdravotnických zařízení představuje komunikace s rodinou pacienta nejnáročnější komunikační „úkol“. Nicméně také příbuzní pacienta představují pro zdravotníky důležité komunikační partnery. Příbuzní jsou zkrátka neopomenutelnými aktéry komunikace ve zdravotnictví. (J. Janoušek: Verbální komunikace a lidská psychika, 2007, str. 71)

### 2.5.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S DEPRESIVNÍM PACIENTEM

Verbální komunikaci s depresivními pacienty lze posoudit podle následujících kritérií:

- **Jednoduchost** – věty mají být jednoduché, nevětvené, poskytovat jen tolik informací, kolik je pacient schopen pojmout. Sestra si musí ověřit, zda nemocný porozuměl sdělovanému. Proto, u depresivních pacientů nepoužívá složitá souvětí, jinotaje ani se nepokouší o humor.
- **Stručnost** – stručná informace je jasná a působí profesionálně, nesmí být však až tak stručná, že ztrácí důležité informace a tím i srozumitelnost. Pro depresivního pacienta je stručná informace pochopitelná, dobře se v ní orientuje a nemusí dlouze uvažovat, co všechno informace obsahuje.
- **Zřetelnost** – při komunikaci s pacientem sestra musí jasně vyjádřit podstatu věci. Zřetelnost se týká nejen verbálních, ale i neverbálních složek. Při nedostatečné hlasitosti sdělení nemusí pacient s horší schopností koncentrace porozumět.
- **Vhodné načasování** – zejména u závažných témat je načasování velice důležité. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor a dostatek času. Pokud pacient chce sdělit svůj problém, sestra mu naslouchá a může ho v projevu podpořit

(M.Venglářová,G.Mahrová,Komunikace pro zdravotní sestry,2006,str.23-25)

Komunikace s pacientem může být rozvíjena, ale bohužel také bržděná a frustrující komunikaci by se sestra měla vyvarovat chyb, jako je bagatelizace a zlehčování obtíží ( i když to může myslet dobře, aby pacientovi „ulehčila“), protože depresivní člověk propadá dojmu, že jeho situaci nikdo nerozumí. Není vhodné , zejména na počátku léčby, doporučovat nové aktivity, které způsobí zvýšené nároky na adaptaci a přetěžují pacienta. Sestra by neměla také nutit pacienta k rozhodování či ponechávat pacienta sama sobě, neboť se může stát, že nezvládne běžné denní činnosti a pak má tendence si to vyčítat nebo se za to obviňovat. Pro depresivního je frustrující také přílišný spěch, naléhání, příliš velká očekávání od jeho výkonu. Pacient potřebuje sestru, která věří, protože pochybnosti u autority ještě více zpochybňují jeho nejistotu o sobě. Ovšem pokud s ním někdo jedná namyšleně nebo arogantně, zraňuje ho to, protože sám má o sobě dost pochybností. (M.Venglářová,G.Mahrová: Komunikace pro zdravotní sestry,2006,str.19-28).

Mezi zásady správné komunikace s depresivním pacientem a správnému psychoterapeutickému přístupu patří zejména:

#### **Neverbálně:**

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

#### **Verbálně:**

- Trpělivé vyslechnutí, projevy akceptace, úcty, zájem, pochopení, vcítění. Dávat najevo pochopení pro tento stav i situaci nemocného, empatizovat s jeho pocity bezmoci, ale vyjadřovat naději na zlepšení budoucnosti.
- Pomoci mu orientovat se v situaci, vysvětlit mu co se s ním děje.
- Pomoci při přijetí deprese jako nemoci, která se dá léčit „snížit pocit viny a zabránit nálepkování duševní nemoci“.
- Učinit negativní myšlenky více ego-dystonními, učít je, aby jim nedůvěřoval.

- Vytvořit naději na vyléčení a stále ji podporovat.
- Zajistit důvěru ve zdravotnický tým.
- Vysvětlit plán léčby a jeho postupu. Podání přiměřených informací o účincích léku a jejich nežádoucích účincích.
- Stanovení krátkodobých cílů přiměřených pacientovým schopnostem, často dosažitelných pomalými kroky.
- Neklást náročné cíle a úkoly.
- Navádět k činnostem, které jsou momentálně odpočinkové nebo alespoň trochu příjemné.
- Úkoly zjednodušit a aktivity zmírnit na možnosti, které při nedostatku energie depresivní pacient má.
- Denní činnosti rozdělit na menší úseky.
- Pomoc při vyjádření eventuálních sebevražedných myšlenek a uzavření antisuicidálních kontraktů.

(J.Praško a kolektiv: Psychické problémy u somatických nemocných a základy lékařské psychologie,2010,str.146)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.VÝZKUM

Výzkum je systematický způsob řešení problému, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky.

Výzkum snižuje nevědomost lidstva. Odstraňuje nesprávné, neúplné anebo nedokonalé poznání jevů. Odhaluje jejich více či méně skryté stránky. Výzkum je tedy způsob „zmoudření“ lidí.

Výzkum má korekční schopnost. Proto se v definici hovoří o tom, že se jím potvrzují anebo vyvracejí poznatky, které jsou dosud o jevu známe. Potvrzení už známých poznatků je nutné, protože realita se mění a naše poznání ji musí „dohánět“. Výzkum je cyklické řešení problému. Konečné a definitivní řešení nikdy neexistuje. Naše poznání nikdy nebude úplné, i když se vždy bude zdokonalovat a prohlubovat. V tom je optimistické směřování výzkumu. (Bártlovná, Sadílek, Tóthová, 2009 )

#### 3.1 FORMULACE PROBLÉMU

Deprese je závažná psychiatrická porucha. Je charakteristická opakováním epizod chorobného smutku. Komunikace s depresivním pacientem bývá pro sestry na psychiatrických odděleních velice zatěžující a náročná, vyžaduje hodně trpělivosti a času. Při špatně vedené komunikaci může dojít k poškození pacienta a zhoršení jeho psychického stavu. Jelikož v současné době více než 10 % lidí trpí touto poruchou, komunikace s depresivním pacientem se stává velice aktuálním tématem.

#### 3.2 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavní cílem mé bakalářské práce je zjistit úroveň komunikačních dovedností sester na psychiatrických odděleních s depresivním pacientem. Dále mně zajímá, jak jsou teoreticky připravené na tuto komunikaci, do jaké míry ovlivňuje tato komunikace

jejich psychiku a působí na vznik syndromu vyhoření a zda sestry mají možnost konzultovat svůj postup při komunikaci s lékařem nebo psychologem.

### 3.3 HYPOTÉZY

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila hypotézy:

*Hypotéza č.1:* 80% zdravotních sester pracujících na psychiatrických odděleních zná zásady správné komunikace s depresivním pacientem .

*Hypotéza č.2:* 40% sester pracujících na psychiatrických odděleních má možnost konzultovat svůj postup při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem nebo psychologem.

*Hypotéza č.3:* 60% sester se domnívá že sestry s psychoterapeutickým výcvikem zvládají komunikaci s depresivním pacientem lépe než sestry bez psychoterapeutického výcviku.

*Hypotéza č.4:* Komunikace s depresivním pacientem má významný vliv na vznik syndromu vyhoření u více než 60% sester pracujících na psychiatrických odděleních.

### 3.4 VZOREK RESPONDENTŮ

Respondenti tohoto výzkumu jsou všeobecné sestry s vysokoškolským, vyšším odborným a středoškolským vzděláním. Vzorek respondentů byl stanoven cíleným výběrem. Jedná se o sestry pracující na příjmových psychiatrických odděleních, psychoterapeutických odděleních a psychiatrických příjmových ambulancích. Tyto sestry se nejvíce při výkonu své ho povolání dostávají do styku s pacientem s depresivní epizodou. Právě u sester z těchto oddělení mně zajímali jejich komunikační dovednosti s depresivním pacientem, možnost konzultovat svůj postup při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem a psychologem, zda sestry s psychoterapeutickým výcvikem tuto komunikaci zvládají lépe než sestry bez psychoterapeutického výcviku a jaký má tato komunikace vliv na jejich psychiku. Sledovaný soubor tvořilo 155 všeobecných sester různého věku a délky praxe ve zdravotnictví. Nejvíce byla zastoupená skupina všeobecných sester s ukončeným středoškolským vzděláním (103



respondentů-66.5%), délkou praxe nad 15 let (88 respondentů-56.7%) a bez psychoterapeutického výcviku (117 respondentů-75.5%)

### **3.5 METODA PRŮZKUMU**

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkumné šetření metodou anonymního dotazníku ( viz. příloha č.2). Ve vytvořeném dotazníku byly volené otázky uzavřené dichotomické a polytomické a otázky kontrolní. Dotazník byl rozdělen do pěti pomyslných částí. V první části jsem zjišťovala demografické údaje respondentů, jako je délka praxe, nejvyšší ukončené vzdělání, zda mají ukončený psychoterapeutický výcvik. Druhá část dotazníku se zabývá problematikou komunikace s pacienty s depresivní epizodou, znalostmi, postojem a zkušenostmi zdravotníku v této problematice. Otázky byly směřovány do oblasti volba a vedení komunikace s depresivním pacientem, postoje zdravotníku při změně okolností komunikace. Třetí část dotazníku byla zaměřená na možnosti odborné konzultace vedení této komunikace. Čtvrtá část dotazníku obsahuje otázky o komunikačních dovednostech s depresivním pacientem sestrami s psychoterapeutickým výcvikem a poslední část dotazníku se zabývá podílem této komunikace při vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester.

#### **3.5.1 PILOTNÍ STUDIE**

Před distribucí dotazníku jsem provedla pilotní studii u 10 respondentů. Při této pilotní studii byly zjištěny nedostatky v dotazníku ve formulaci otázek u č. 6, 8 a dotazník byl doplněn o otázky č. 17 a 18. Po těchto úpravách dotazník obsahoval 23 otázek a další úpravy již nebyli nutné .

### **3.6 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ Z DOTAZNÍKU**

Průzkum probíhal v květnu a srpnu 2011 v Psychiatrické léčebně Bohnice Praha a Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků. Z celkového počtu dotazníků bylo do výzkumného šetření zařazeno 155 (77.5%) dotazníků, 43 (21.5%) dotazníků se nevrátilo vůbec a 2 (1% ) dotazníků bylo neúplně

vyplněno a proto byly vyřazeny ze zkoumaného vzorku. Při hodnocení tedy chápeme 155 dotazníku jako 100%. V tabulkách byly procentní hodnoty zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Sociodemografické otázky byly informativního charakteru, ve kterém jsem se dotazovala na nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe a ukončení psychoterapeutického výcviku. V dalším zpracování dotazníku jsem při hodnocení odpovědi u otázky č.5(kontrolní otázka) hodnotila zápornou odpověď (b) jako správně zodpovězenou odpověď a u otázky č.6 a č.8(kontrolní otázka), jako správnou odpověď jsem hodnotila pouze variantu, kde je uvedena eventualita e)-ani jedna možnost není správná, nebo všechny uvedené možnosti jsou správné. Ostatní varianty u otázky č.6 a č.8(kontrolní otázky )byly vyhodnoceny jako nesprávné odpovědi. Pro zpracování dat byl použitý program Microsoft Excel verze 2010.

### 3.7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

#### *Sociodemografické údaje.*

Otázka č.1: Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání ?

**Tabulka č.1: Nejvyšší ukončené vzdělání**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Středoškolské	103	66.5 %
Vyšší odborné	38	24.5 %
Vysokoškolské	14	9 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Z uvedených údajů vyplývá, že nejvíce respondentů 103 (66.5%) respondentů má ukončené středoškolské vzdělání, 38 (24.5%) respondentů má ukončené vyšší odborné vzdělání a 14 (9%) respondentů má ukončené vysokoškolské vzdělání.

Otázka č.2: Jaká je délka Vaší praxe na psychiatrickém oddělení?

**Tabulka č.2: Délka praxe na psychiatrickém oddělení**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Do 5 let	5	3.3 %
Do 10 let	38	24.5 %
Do 15 let	24	15.5 %
Nad 15 let	88	56.7 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Z uvedených údajů vyplývá, že nejvíce respondentů 88 (56.7%) uvedlo délku praxe na psychiatrickém oddělení delší než 15 let, 38(24.5%) respondentů uvedlo délku praxe do 10 let, 24(15.5%) respondentů uvedlo délku praxe do 15 let a nejméně respondentů 5(3.3%) jsou sestry s délkou praxe do 5 let na psychiatrickém oddělení.

Otázka č.3: Máte ukončený psychoterapeutický výcvik?

**Tabulka č.3: Sestry s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Ano	38	24.5 %
Ne	117	75.5 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Z uvedených odpovědí vyplývá, že na vybraných psychiatrických odděleních pracuje 117(75.5%) respondentů bez psychoterapeutického výcviku a pouze 38(24.5%) respondentů z celkového počtu 155 je s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem.

*Hypotéza č. 1*

Otázka č.4: Víte co je to depresivní epizoda?

**Tabulka č.4: Znalost pojmu depresivní epizoda**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Ano	155	100 %
Ne	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Z výsledků z průzkumu vyplývá , že na dotaz znalosti pojmu depresivní epizoda odpovědělo kladně 155(100%) respondentů.

Otázka č.5: Označujeme smutnou náladu trvající méně než 14 dnů jako depresivní epizodu?

**Tabulka č.5: Kontrolní otázka – znalost pojmu depresivní epizoda**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Ano	54	34.9 %
Ne	101	65.1 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Na kontrolní otázku znalosti pojmu depresivní epizoda odpovědělo správně 101(65.1%) respondentů a 54(34.9%) respondentů uvedlo nesprávnou odpověď.

Otázka č.6: Víte , jak se projevuje pacient s depresivní epizodou?/vyberte jednu nebo více možností/

**Tabulka č.6: Znalost projevů pacienta s depresivní epizodou.**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Ztráta sebevědomí	84	54.1 %
Změny psychomotoriky	15	9.7 %
Nedostatečná emoční reaktivita	2	1.3 %
Ruminace a hypochondrické myšlenky	21	13.6 %
<b>Nesprávná odpověď celkem</b>	<b>122</b>	<b>78.7 %</b>
Všechny možnosti jsou správné	33	54.1 %
<b>Správná odpověď celkem</b>	<b>33</b>	<b>21.3 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Při zpracování této otázky jako správná odpověď byla vyhodnocena pouze možnost označená v dotazníku jako varianta e) - všechny možnosti jsou správné. Ostatní varianty v dotazníku (a,b,c,d), jsem vyhodnotila jako nesprávné odpovědi. Správně tedy odpovědělo 33(21.3%) respondentů a 122(78.7%) respondentů odpovědělo nesprávně.

Otázka č.7: Znáte zásady správné komunikace s pacientem s depresivní epizodou?

**Graf č. 1:**



Z výsledků průzkumu vyplývá , že 155(100%) respondentů uvádí že zná správné zásady komunikace s pacientem s depresivní epizodou.

Otázka č.8: Mezi zásady správné komunikace s depresivním pacientem patří:/vyberte jednu nebo více možností/

**Tabulka č. 7: Kontrolní otázka-znalost zásad správné komunikace s pacientem s depresivní epizodou.**

<b>Odpo věď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Nabádání pacienta aby přestal být smutný	61	39.4 %
Vymlouvat mu jeho smutek	10	6.5 %
Poukazovat na to jak svízelné situace zvládají ostatní lidé	11	7 %
Snažit se apelovat na jeho silnou vůli	20	12.9 %
<b>Nesprávná odpověď celkem</b>	<b>102</b>	<b>65.8 %</b>
Ani jedna z uvedených možností nepatří mezi zásady správné komunikace	53	34.2 %
<b>Správná odpověď celkem</b>	<b>53</b>	<b>34.2 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Při zpracování této otázky jako správná odpověď byla hodnocena pouze varianta označená v dotazníku jako možnost e)-ani jedna z uvedených možností nepatří mezi zásady správné komunikace, ostatní odpovědi( možnost a,b,c,d) byly vyhodnocené jako nesprávné. Správně tedy odpovědělo 53(34.2%) respondentů a 102(65.8%) respondentů odpovědělo nesprávně.

Otázka č.9: Jak navazujete kontakt s depresivním pacientem?

**Tabulka č.8: Způsob navázání kontaktu s depresivním pacientem**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Oslovím pacienta a zeptám se ho, zda něco nepotřebuje	41	26.5 %
Používám neverbální techniky	19	12.3 %
Kontakt aktivně nenavazuji, čekám, až pacient bude chtít se mnou komunikovat	93	59.3 %
Navazuji kontakt při ošetrovatelské činnosti	2	1.9 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Z výsledků průzkumu vyplývá že 93(59.3%) respondentů aktivně kontakt nenavazuje, čeká až pacient bude sám chtít s nimi komunikovat, 41(26.5%) respondentů osloví pacienta a zeptá se zda něco nepotřebuje, 19(12.3%) respondentů používá při navázání kontaktu neverbální techniky(pohlazení, doteky..) a 2(1.9%) respondentů navazuje kontakt s depresivním pacientem při ošetrovatelské činnosti.



Otázka č.10: Jak reagujete v případě, že depresivní pacient odmítá komunikaci?

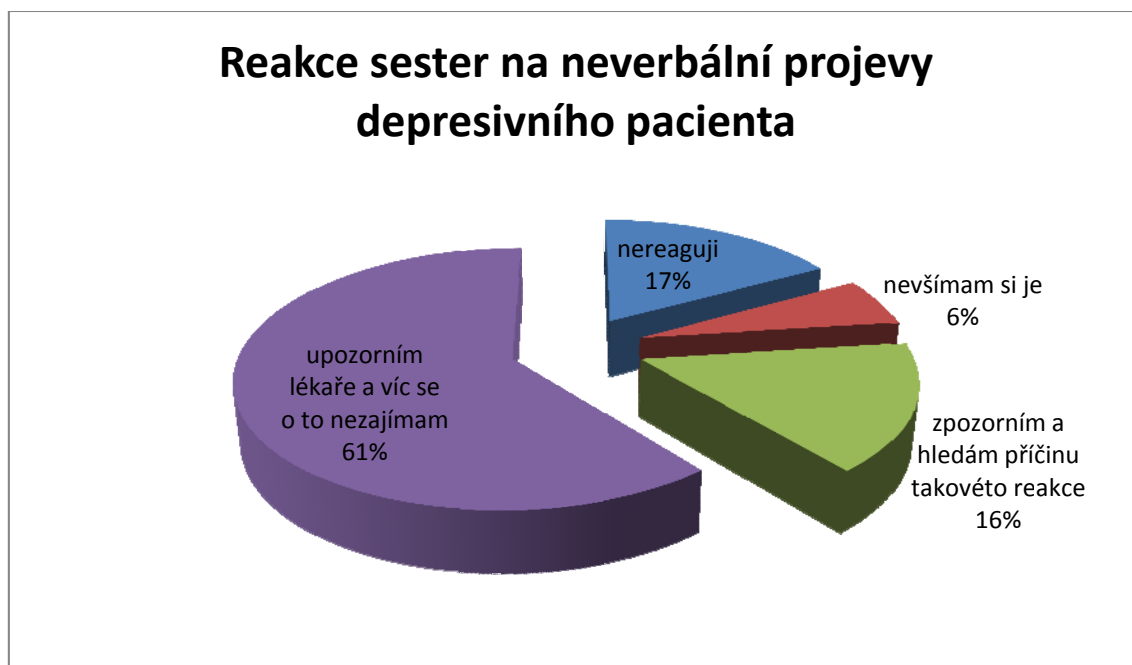
**Tabulka č.9: Reakce sester na odmítání komunikace se strany depresivního pacienta.**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Oslovím pacienta a zeptám se ho, zda něco nepotřebuje	46	29.7 %
Počkám, až pacient bude chtít se mnou komunikovat/aktivně komunikaci ne zahájí/	89	57.4 %
Nereaguji-je mi to jedno	12	7.7 %
Ujistím pacienta, že kdykoliv bude chtít se mnou komunikovat, tak jsem mu k dispozici	8	5.2 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

89(57.4%) respondentů aktivně komunikaci ne zahájí, 46(29.7%) respondentů se snaží pacienta oslovit a zahájit s ním komunikaci, 12(7.7%) respondentů nereaguje na tuto situaci a 8(5.2%) respondentů ujistí pacienta, že kdykoliv bude chtít může s nimi komunikovat.

Otázka č.11: Jak reagujete na neverbální projevy depresivního pacienta?/pláč, vyhýbaní se kontaktu, negativní gesta..../

**Graf č. 2:**



Z celkového počtu 155 respondentů 94(61%) upozorní na neverbální projevy pacienta lékaře a víc se o to nezajímá, 27(17%) respondentů nereaguje na neverbální projevy depresivního pacienta, 24(16%) respondentů zpozorní a hledá příčinu takovéto reakce a 10(6%) respondentů si neverbálních projevů depresivního pacienta nevšímá.

Otázka č. 12: Jak reagujete v případě , když pacient udává sebevražední tendence?

**Tabulka č.10: Reakce sester při sebevražedných tendencích depresivního pacienta**

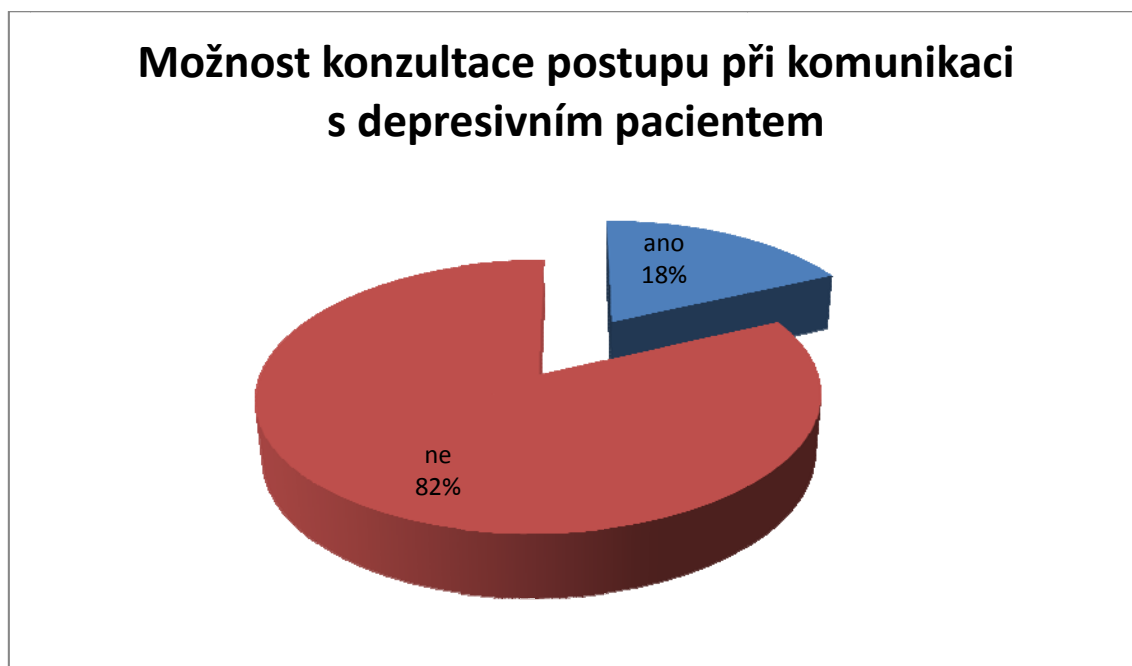
<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Snažím se s pacientem uzavřít dohodu že nic nepodnikne a informuji lékaře	39	25.2 %
Nereaguji , neberu to vážně	15	9.7 %
Upozorním lékaře a víc se o to nezajímám	101	65.1 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

101(65.1%) respondentů uvedlo, že v případě sebevražedných tendencí upozorní lékaře a více se o problém nezajímá, 39(25.2%) respondentů uvedlo, že se snaží s pacientem uzavřít dohodu že nic nepodnikne a informuje lékaře a 15(9.7%) respondentů tuto informaci nebere vážně a nereaguje na sebevražedné tendence depresivního pacienta.

## *Hypotéza č. 2*

Otázka č.13: Máte možnost konzultovat svůj postup při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem nebo psychologem?

**Graf č.3:**



Možnost konzultace postupu při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem nebo psychologem odpovědělo záporně 127(82%) respondentů a pouze 28(18%) respondentů odpovědělo že tuto možnost má.

Otázka č.14: Potřebovali a ocenili by jste jejich rady?

**Graf č.4:**



Z celkového počtu 155 respondentů 134(87%) odpovědělo že by potřebovali a docenili rady lékaře nebo psychologa při komunikaci s depresivním pacientem a 21(13%) respondentů odpovědělo záporně.

Otázka č.15: U kterých situacích byste jejich pomoc uvítali?

**Tabulka č.11: Situace ve kterých by sestry přivítali pomoc lékaře nebo psychologa při komunikaci s depresivním pacientem.**

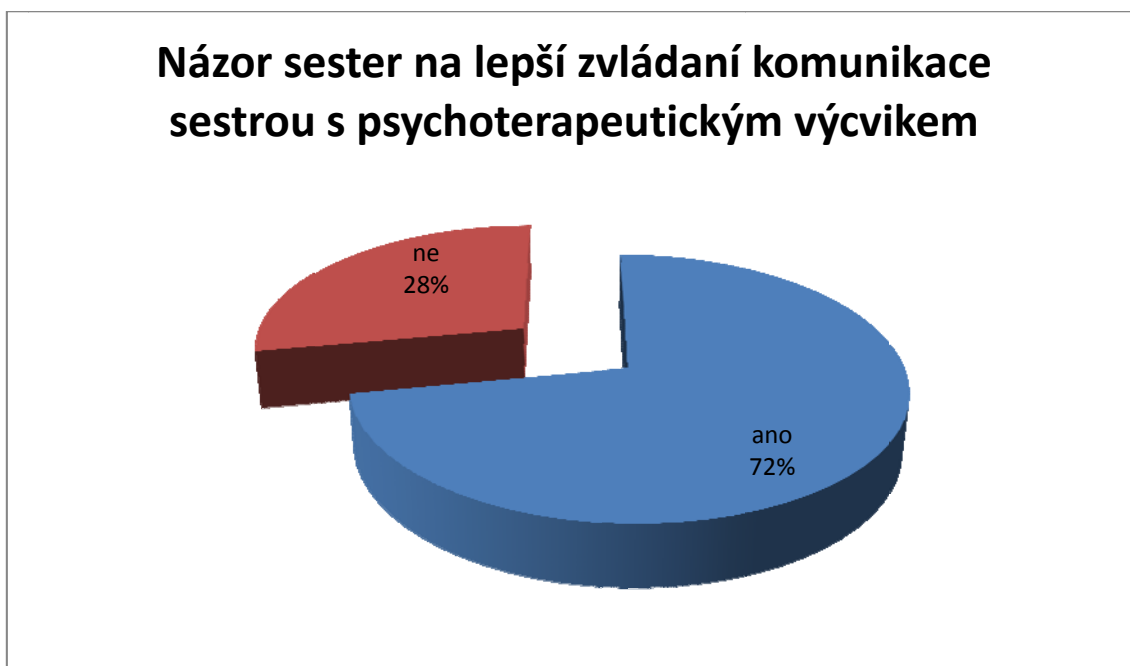
<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
V případě když se domnívám, že nezvládám komunikaci s pacientem	9	5.8 %
V případě když zjistím, že mně komunikace s pacientem obtěžuje	40	25.8 %
V případě pochybností o správnosti vedení mé komunikace s pacientem	106	68.4 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

106(68.4%) respondentů by volilo konzultaci s lékařem nebo psychologem v případě pochybností o správnosti vedení své komunikace s depresivním pacientem,40(25.8%) respondentů by se o pomoc na lékaře anebo psychologa obrátilo v případě, kdyby se domnívali že je tato komunikace obtěžuje a 9(5.8%) respondentův případě když by se domnívali že komunikaci s depresivním pacientem nezvládají.

### *Hypotéza č.3*

Otázka č.16: Zvládají sestry s psychoterapeutickým výcvikem komunikaci s depresivním pacientem lépe než sestry bez výcviku?

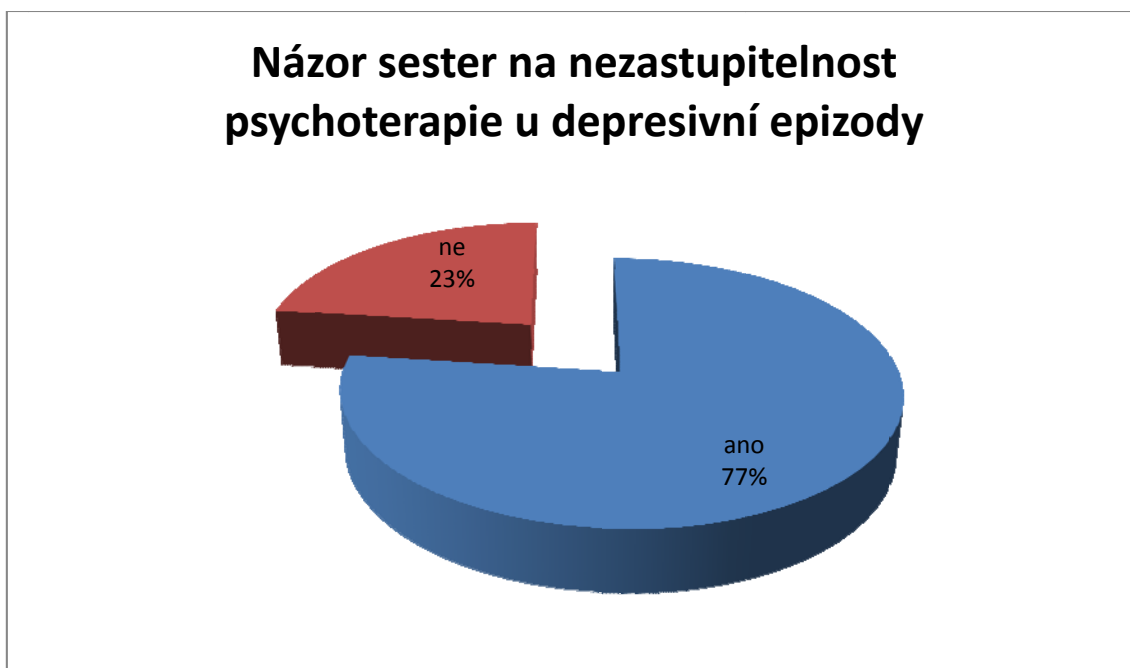
**Graf č.5:**



Z celkového počtu 155 respondentů se 111(72%) respondentů domnívá, že sestry s psychoterapeutickým výcvikem lépe zvládají komunikaci s depresivním pacientem než sestry bez tohoto výcviku. Pouze 44(28%) respondentů se domnívá že tomu tak není.

Otázka č.17: Domníváte se, že psychoterapie je nezastupitelná u psychických chorob jako např. u depresivní epizody?

**Graf č.6:**



Z průzkumu vyplývá, že 120(77%) respondentů se domnívá, že psychoterapie je nezastupitelná u psychických chorob jako je např. depresivní epizoda a 35(23%) se domnívá, že psychoterapie je zastupitelná u psychiatrických nemocí.



Otázka č.18: Domníváte se , že vzdělání v psychoterapii by mělo být povinné pro všechny sestry pracující na psychiatrických odděleních, ale i v ostatních medicínských oborech?

**Graf č.7:**



141(91%) respondentů se domnívá, že psychoterapeutický výcvik by měl být povinný pro sestry a to nejen na psychiatrických odděleních, ale i v ostatních medicínských oborech. 14(9%) respondentů se domnívá, že psychoterapeutický výcvik by neměl být povinou součástí vzdělání sester.

#### *Hypotéza č.4*

Otázka č.19: Domníváte se, že komunikace s depresivním pacientem má vliv na Vaši psychiku?

**Graf č.8:**



Z grafu vyplývá , že 120(77%) respondentů se domnívá, že komunikace s depresivním pacientem má vliv na jejich psychiku. 35(23%) respondentů se domnívá, že komunikace s depresivním pacientem nemá vliv na jejich psychiku.

Otázka č.20: Co Vás nejvíce ovlivní při komunikaci s depresivním pacientem?

**Tabulka č.12: Faktory ovlivňující sestru při komunikaci s depresivní pacientem**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Neovlivní mě nic, komunikaci zvládám dobře	15	9.7 %
Smutná nálada pacienta	82	52.9 %
Neustále stesky	8	5.2 %
Pláč a ostatní neverbální projevy pacienta	50	32.2 %
<b>celkem</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>

Z celkové počtu 155(100%) respondentů 82(52.9%) respondentů při komunikaci s depresivním pacientem ovlivňuje jejich smutná nálada, 50(32.2%) respondentů ovlivňuje při komunikaci s depresivním pacientem pláč a ostatní neverbální projevy pacienta, 15(9.7%) respondentů neovlivňuje nic a komunikaci s depresivním pacientem zvládá dobře a 8(5.2%) respondentů ovlivňují neustále stesky ze strany depresivního pacienta.

Otázka č.21: Jaké máte pocity po ukončení komunikace s depresivním pacientem?

**Tabulka č.13: Pocity sester po ukončení komunikace s depresivním pacientem**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Ovlivňuje to moji náladu v negativním smyslu	92	59.4 %
Neovlivňuje to moji náladu	14	9 %
Cítím se vyčerpaně	40	25.8 %
Mám somatické potíže/bolesti hlavy..!	9	5.8 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Z výsledků šetření vyplývá že 92(59.4%) respondentů po ukončení komunikace s depresivním pacientem udává zhoršení nálady v negativním smyslu, 40(25.8%) respondentů se cítí vyčerpaně, 14(9%) respondentů uvádí že komunikace s depresivním pacientem neovlivňuje jejich náladu a 9(5.8%) respondentů pociťuje po ukončení komunikace s depresivním pacientem somatické potíže typu bolesti hlavy, žaludku apod.

Otázka č.22: Domníváte se, že komunikace s depresivním pacientem přispívá ve výrazné míře k syndromu vyhoření u sester?

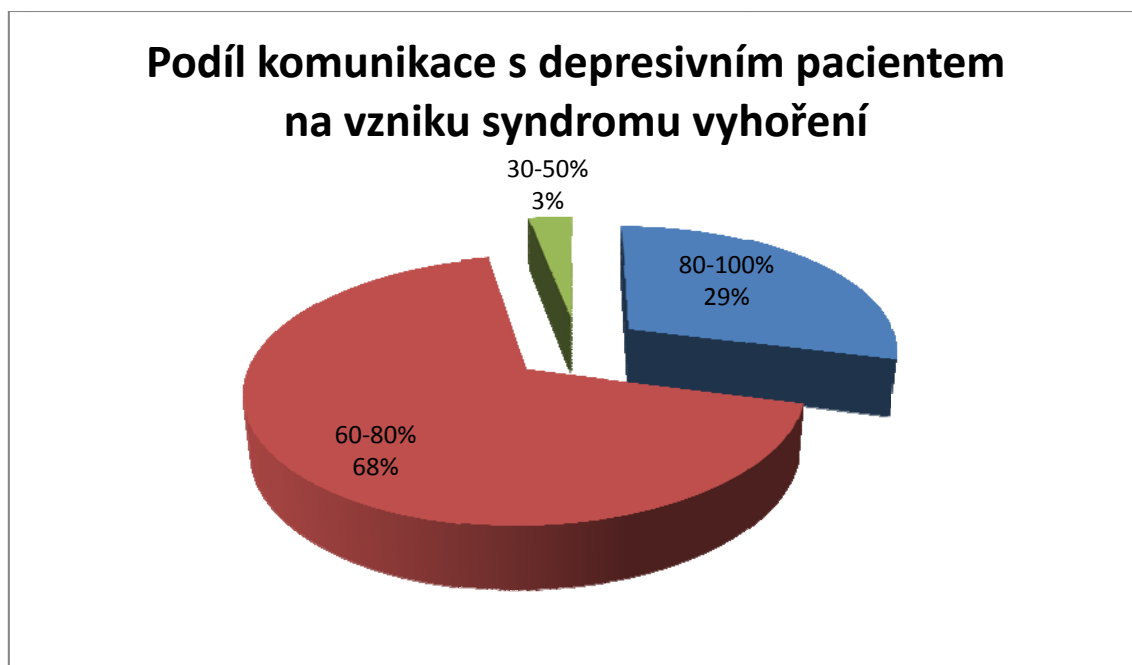
**Graf č.9:**



Ze 155 respondentů se 124(80%) respondentů domnívá, že komunikace s depresivním pacientem přispívá ve výrazné míře k syndromu vyhoření u zdravotních sester a 31(20%) respondentů se domnívá, že tomu tak není.

Otázka č. 23: Určete v jaké míře přispívá komunikace s depresivním pacientem dle Vašeho názoru k syndromu vyhoření?

**Graf č.10:**



Z výsledků šetření vyplývá, že 105 (68%) respondentů se domnívá že komunikace s depresivním pacientem přispívá v 60-80% na vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester, 45 (29%) se domnívá že v 80-100% a 5 (3.3%) respondentů se domnívá že komunikace s depresivním pacientem přispívá ke vzniku syndromu vyhoření v 30-50%.

#### 4.DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce je zjistit komunikační dovednosti zdravotních sester s pacientem s depresivní epizodou. Jak tuto komunikaci zvládají, zda mají možnost konzultovat své postupy s lékařem nebo psychologem, jaký vliv má tato komunikace na jejich psychiku a eventuálně podíl této komunikace na vzniku syndromu vyhoření.

V diskusi se zamýšlím nad výsledky šetření (výzkumem) a mým názorem na tento problém.

Na začátku července 2011 do konce srpna 2011 bylo rozdáno 200 dotazníků, vrátilo se jich 155. Návratnost byla tedy 77.5 % . Z celkového množství 200 dotazníků se nevrátilo vůbec 43 (21.5%) dotazníků a dva (1%) dotazníky nebyly vyplněny úplně . Proto také nebyly zařazeny do průzkumu . Pro účely výzkumu bylo tedy zpracováno 155 (77.5%) správně vyplněných dotazníků.

Vyhodnocením otázky č.1 a č.2 jsem zjistila, že nejvíce respondentů má ukončené středoškolské vzdělání 103(66.5%) sester. Podíl sester s vyšším odborným vzděláním činil 24,5% (38 sester ). Pouze 14 sester účastnících se průzkumu mělo ukončené vysokoškolské vzdělání se zdravotnickým zaměřením, což činí 3,3%. Podle délky praxe pak odpovědělo 88 (56.7%) sester, že má praxi delší než 15 let. 38 (24.5%) sester uvedlo délku praxe do 10 let, 24 (15.5%) sester mělo praxi do 15 let a pouze 5 (3.3%) sester mělo praxi na psychiatrii kratší než 5 let. Při tomto šetření jsem tedy zjistila, že na psychiatrických odděleních je převaha zdravotních sester se středoškolským vzděláním a délkou praxe nad 15 let. Co se týče vzdělání, je pravděpodobně podmíněno, dle mého názoru, věkem respondentů. Sestry, které pracují na psychiatrických odděleních více jak 15 let jsou registrovanými sestrami pracujícími bez odborného dohledu, a jak vyplynulo z osobního rozhovoru s několika respondentkami, rozdíl mezi sestrou s ukončeným středoškolským vzděláním a sestrou s vysokoškolským vzděláním, stran náplně práce a platového ohodnocení, je minimální. Proto sestry nemají potřebu si zvyšovat kvalifikaci, i když připouštějí, že vyšší vzdělání by přispělo k vyšší kvalitě ošetrovatelské péče a komunikace s pacientem. Jde tedy o zdravotní sestry, které maturovaly na středních zdravotnických školách před rokem 1996, tedy v době, kdy

důraz na komunikaci s pacientem byl minimální a výuka komunikace na středních zdravotnických školách byla v podstatě nulová. Zajímalo mě proto, zda sestry pracující na psychiatrických odděleních, kde je dnes kladen důraz zejména na komunikační dovednosti, mají ukončený psychoterapeutický výcvik, který by měl být nedílnou součástí vzdělání sester pracujících na psychiatrických odděleních. Moje další otázka se tedy týkala této problematiky. Na otázku č.3, ve které jsem se tázala, zda sestry mají dokončený psychoterapeutický výcvik či ne, odpovědělo záporně 117 (75.5%) dotázaných respondentů a 38(24.5%) respondentů kladně. Z výsledku tedy vyplynulo, že psychoterapeutický výcvik absolvovala velice malá část oslovených. Zajímala jsem se, proč tomu tak je, a zjistila, že absolvování psychoterapeutického výcviku sestry nepovažují jako prioritu. Dle mého názoru se jedná o stejný problém jako u dalšího zvyšování kvalifikace sester, kdy sestry nejsou ničím motivovány pro absolvování psychoterapeutického výcviku, a to bohužel ani na odděleních psychoterapeutických, kde by tento výcvik měl být samozřejmostí. Na těchto odděleních tak pracuje většina sester bez terapeutického výcviku. Jejich zaměstnavatelé výcvik po nich nepožadují, a když ano, tak pouze v nezbytně nutné míře a to formou tzv. krátkodobého výcviku. Absolvování dvou a víceletého psychoterapeutického výcviku je finančně tak náročné, že si ho sestry nemohou dovolit a zaměstnavatelé, vzhledem k finanční situaci ve zdravotnictví, se na spolufinancování nechtějí podílet. Touto otázkou jsem ukončila průzkum demografické oblasti a v dalších otázkách jsem se již zabývala dovednostmi sester v komunikaci s pacientem s depresivní epizodou, jejich názory na tuto problematiku a vlivem této na jejich psychiku.

Otázkou č. 4 jsem zjišťovala, zda sestry vědí, co znamená pojem depresivní epizoda. Na otázku kladně odpovědělo všech 155 (100%) dotázaných respondentů. Další otázka č. 5 tedy měla charakter ověřovací. Prof. MUDr. Jiří Raboch a prof. MUDr. Petr Zvolenský, ve své knize Psychiatrie popisují depresivní epizodu jako psychickou poruchu, která je spojena s dlouhodobým trváním epizody, vysokou chronicitou, častými relapsy a rekurencí, psychosociálním a tělesným narušením a vysokou sebevražedností. Abychom mohli smutnou náladu označit jako depresivní epizodu, musí tato nálada trvat déle než dva týdny. K otázce znalosti pojmu depresivní epizoda,

jak jsem již uvedla, se vztahovala ověřovací otázka č. 5 : Může být smutná nálada trvající méně než 14 dnů označena jako depresivní epizoda? Na tuto ověřovací otázku 101 (65.1%) respondentů odpovědělo kladně a pouze 54 (34.9%) respondentů záporně. Z průzkumu tedy vyplynulo, že většina sester pracujících na psychiatrických odděleních nezná přesný význam pojmu depresivní epizoda a pravděpodobně si tento pojem spojují s jinými krátkodobými výkyvy nálady.

Na další otázce vztahující se ke znalostem dg. depresivní epizoda mne zajímalo, zda oslovené sestry vědí, jaké jsou typické projevy u pacienta s touto afektivní poruchou. Otázka č. 6 obsahovala více možností správné odpovědi. Při hodnocení jsem vybrala pouze ty odpovědi, kde byla zvolena varianta - e) všechny možnosti jsou správné. Všechny ostatní odpovědi byly tedy vyhodnoceny jako nesprávné. Po vyhodnocení této otázky jsem zjistila, že 33 (21.3%) respondentů odpovědělo správně a 122 (78.7%) respondentů odpovědělo nesprávně. Bylo zajímavé, jak oslovení respondenti odpovídali na takto položenou otázku. Například možnost změny psychomotoriky ve smyslu zpomalenosti nebo agitovanosti, neuvedl ani jeden respondent, z čehož vyvozují, že změnu psychomotoriky u depresivního pacienta sestry nepovažují za typický projev, i když patří mezi nejčastěji se vyskytující příznak u depresivního pacienta. Možnost d) ruminace a hypochondrické myšlenky vybral pouze jeden respondent. Z dalších odpovědí nejvíce byla vybírána odpověď a) ztráta sebedůvěry a odpověď c) nedostatečná emoční reaktivita byla vybrána pouze 5 respondenty. Tento výsledek mi potvrdil, že znalost projevů pacienta s depresivní epizodou sestrami je nedostačující, což mně překvapilo, jelikož jsem předpokládala, že sestry pracující delší dobu na psychiatrických odděleních projevy pacientů znají a to alespoň z praxe. Pro mne z výsledků šetření vyplynulo, že sestry si projevů depresivních pacientů nevšímají vůbec, nebo v minimální míře, a pak vyvstává otázka pro praxi, proč tento stav nastává, zda se jedná pouze o nezáměr ze strany ošetřovatelského personálu, nebo nedostatek času, nebo neznalost problematiky depresivního pacienta. Proto mne zajímalo, jak tedy sestry komunikují s depresivním pacientem, když nemají dostatečné znalosti o trvání a projevech depresivní epizody. Odpověď jsem našla u otázky č. 7 a ověřovací otázky č. 8, položených respondentům průzkumu.



Otázkou č.7 jsem se ptala, zda oslovení respondenti znají zásady správné komunikace s depresivním pacientem. Kladně opět odpovědělo všech 155 (100%) respondentů. Na tuto otázku, navazovala ověřovací otázka č. 8, kdy respondenti měli možnost volby mezi jednou a více odpověďmi. V hodnocení byla opět, jako u otázky č. 6, vybrána jako správná odpověď pouze poslední z nabízených možností a to možnost e) ani jedna z uvedených možností nepatří mezi zásady správné komunikace. Ostatní možnosti byly hodnoceny jako nesprávné. Správně na tuto otázku, výběrem odpovědi e) ani jedna odpověď nepatří mezi zásady správné komunikace, odpovědělo 53 (34.2%) respondentů a 102 (65.8%) respondentů vybralo jednu nebo více z nabízených možností. Nejvíce byla vybírána varianta, kdy je pacient nabádán, aby přestal být smutný. Dle zkušeností z mé dlouholeté praxe jsem zjistila že nabádáním pacienta aby nebyl smutný je považováno u většiny sester za jednoduchou, pravdivou informaci, která vystihuje vše, co pacient vlastně v dané situaci prožívá. Pravděpodobně proto tuto možnost zvolilo 61 respondentů z celkového počtu 155, i když požadovat zlepšení nálady pacientovi nepomůže, naopak, může prohloubit jeho depresivní náladu „jelikož zlepšení nálady není v jeho silách. Z dalších vybraných možností zásad „správné komunikace“ 20 respondentů by se snažilo apelovat na silnou vůli pacienta, i když zvládnout depresi není v možnostech pacientovi vůle, 11 respondentů by poukázalo na to, jak zvládají svízelné situace ostatní lidé (ten nemá nohu, ten je slepý a jak to dobře zvládá...), což může depresivnímu pacientovi spíše ublížit než pomoci, protože pacient tato slova vnímá velice citlivě a mohou u něj vyvolat pocit viny a sebeobviňování typu „... nejsem k ničemu“... „nic nezvládám..“ . V nejhorším případě takto zvolena slova mohou u mimořádně citlivých jedinců vyvolat až sebevražedné tendence. Konečně 10 respondentů by se pokusilo depresivnímu pacientovi vymlouvat jeho smutek místo toho, aby mu věřili jeho trýzeň. Tato otázka mi opět potvrdila nedostatek znalostí o komunikaci a přístupu k depresivnímu pacientovi ze strany sester, což dle mého názoru pacienta ohrožuje a u těžkých depresivních stavů může dojít až k poškození pacienta ošetřujícím personálem. Z tohoto důvodu bych doporučila více se zaměřit ze strany vedoucích pracovníků na nutnost pravidelného školení sester v oblasti komunikace a event. možnosti vzniku iatropatogenie ze strany zdravotníka. Další

možnosti jak se s tímto problémem vyrovnat je možností využívat supervize, kdy dochází k reflexi možností, jak jinak rozumět, jaké zajímat postoje a jak jednat v situacích s pacienty s cílem zvyšovat svou profesionální kompetenci.

Další otázka v dotazníku byla zaměřena na navázání kontaktu s depresivním pacientem. Na otázku č. 9) jak navazujete kontakt s depresivním pacientem pouze 3 (1.9%) respondenti odpověděli že kontakt s pacientem navazují při ošetrovatelské činnosti, 19 (12.3%) respondentů používá neverbální techniky (pohlazení, doteky..), 41 (26.5%) respondentů osloví pacienta a zeptá se ho, zda něco nepotřebuje. Zarážející bylo zjištění že 93 (59.3%) dotazovaných, což je více než polovina respondentů, kontakt aktivně nenavazuje a čeká, až sám pacient bude chtít s nimi mluvit, i když u pacienta s depresivní epizodou je tato možnost, tj. oslovení ošetrojícího personálu, vzhledem k jeho psychickému stavu nepravděpodobná, zvláště, jedná-li se u pacienta o středně těžkou nebo těžkou formu depresivní epizody. Zjistila jsem, že toto není ojedinělým jevem. Sestry udávají zaneprázdněnost, „papírováním“ a nedostatek času se pacientům věnovat. Z mého pohledu je také velice důležitou skutečností, že na jednu sestru během služby připadá velký počet ošetrovaných pacientů, a důraz je kladen zejména na ošetrovatelskou péči jako takovou a komunikace s pacientem je stavěna na „druhou kolej“ a není brána jako nedílná součást této péče. Ze strany některých vedoucích pracovníků je bohužel i v dnešní době brána komunikace s pacientem jako pouhé „žvanění“, v pracovní době a skládání prádla se jim jeví mnohem důležitějším. Ráda bych v této souvislosti navrhla důkladnější vzdělávání a školení vedoucích pracovníků, aby z jejich strany nebyla považována komunikace s pacientem coby nevyužitý pracovní čas zdravotní sestry.

Otázkou č. 10) jak respondenti reagují v případě, že depresivní pacient odmítá komunikaci, se potvrdil předešlý trend jako u otázky č. 9), a to že 89 (57.4%) respondentů aktivně nezahájí komunikaci a čeká až pacient bude chtít s nimi mluvit, tedy kontakt a komunikaci aktivně nevyhledávají. 12 (7.7%) respondentům je dokonce zcela jedno, že pacient odmítá komunikaci a na tento fakt vůbec nereagují. Na rozdíl od předešlých respondentů, 8)(5.2%) oslovených sester ujistí pacienta, že kdykoliv bude chtít s nimi mluvit, tak jsou mu k dispozici a 46 (29.7%) respondentů se snaží pacienta

oslovit a zahájit komunikaci. Po sečtení odpovědí, kde se respondenti sami snaží zahájit komunikaci, jsem dospěla k výsledku, že pouze 54 (34.9%) respondentů zajímá skutečnost, že pacient komunikaci odmítá, a snaží se na tento stav reagovat. Opakem je 101 (65.1%) respondentů pracujících na psychiatrických odděleních, kteří se skutečnost, že pacient odmítá komunikaci nesnaží aktivně řešit a dokonce 12 z nich se o to, že pacient odmítá komunikaci, vůbec nezajímá a je jim to jedno. S touto odpovědí se pak přímo nabízí otázka, jaký přínos v léčbě a komunikaci s depresivním pacientem mohou tyto respondenti nabídnout. Z vlastní zkušenosti vím, že tento postoj zastávají zejména sestry dlouhodobě pracující na psychiatrických odděleních. Tyto sestry jako argument uvádějí svoji pracovní zkušenost z dřívější doby, když komunikace s pacientem byla na minimální úrovni a pacient se „také uzdravil“.

V otázce č.11) jsem se zaměřila na to, jak respondenti reagují na neverbální projevy pacienta s depresivní epizodou. Jak uvádí cela řada publikací zabývající se depresivní epizodou, pacient s depresí se vyhýbá kontaktu s okolím, pláče, při snaze o navázání kontaktu používá odmítavá gesta která brání další komunikaci s okolím. Okolí může tato gesta pociťovat jako nepříjemnou negativní reakci na svou aktivitu ve snaze o navázání kontaktu s depresivním pacientem. Na otázku jak reagujete na neverbální projevy depresivního pacienta odpovědělo 94 (60.6%) dotázaných, že v případě přetrvávajícího pláče, vyhýbaní se kontaktu, negativních gest apod. na tuto skutečnost pouze upozorní lékaře a více se o to nezajímá, 27 (17.4%) respondentů na neverbální projevy depresivního pacienta nereaguje, 24 (15.5%) respondentů zpozorní a hledá příčinu takovéto reakce a 10 (6.5%) respondentů si neverbálních projevů depresivního pacienta nevšímá. Převládají tedy ty odpovědi, ze kterých vyplývá, že sestry ve většině případů na neverbální projevy depresivního pacienta nereagují, a když je zaregistrují, tak pouze na tyto projevy upozorní lékaře a dále se nezabývají otázkou proč se pacienti takto projevují a zda nedochází event. k zhoršení psychického stavu pacienta.

Z předchozího tedy v průzkumu vyplynulo, že u oslovených respondentů převládá snížený zájem až téměř nezájem o neverbální projevy depresivního pacienta. V souvislosti s tím bylo zajímavé vyhodnocení otázky č. 12, kde jsem se ptala, jak respondenti reagují v případě, že pacient udává sebevražedné myšlenky. I když se

v tomto případě jedná o velice závažný stav a mohlo by dojít k sebepoškození nebo k realizaci sebevražedného pokusu, tak mě velice překvapil malý počet těch, a to pouze 39 (25.2%), kteří by se snažili s pacientem v dané situaci uzavřít dohodu, že nic nepodnikne, a informovali by lékaře. Drtivá většina dotázaných, což je 101 (65.1%) by pouze upozornila lékaře a více se o pacienta nezajímala a dokonce 15 (9.7%) respondentů tyto proklamace pacienta neberou vážně a nereaguje na ně. Z výše uvedeného tedy pro mě vyplynulo, že sestry nejsou schopny převzít odpovědnost za další stav pacienta, domnívají se, že u pacienta se sebevražednými myšlenkami jde pouze o „vydíraní“ z jeho strany a některé sestry si dokonce myslí, že je to pouze divadlo, které pacient hraje aby byl zajímavější. Podrobnějším zkoumáním této problematiky jsem pak dospěla k závěru, že pro sestry je jednodušší problém delegovat na lékaře a nechat pacienta přeložit na jiné oddělení ( jedná-li se o otevřený pavilon) , než tuto situaci řešit zvýšeným dohledem a intenzivnějším vyhledáváním kontaktu s pacientem a komunikací.

V dalších otázce jsem zjišťovala, zda oslovení respondenti mají možnost konzultovat svůj postup při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem nebo psychologem. Na tuto otázku odpovědělo 127 (81.9%) respondentů záporně a 28 (18.1%) respondentů kladně. Z odpovědí tedy vyplývá, že oslovené sestry na vybraných psychiatrických odděleních nemají možnost konzultace svého postupu při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem nebo psychologem. Zajímavé byli odpovědi v následující otázce č. 14, zda by oslovené sestry možnost konzultace s lékařem anebo psychologem přivítaly. Kladně na otázku, zda by potřebovaly a ocenily jejich radu, odpovědělo 134 (86.5%) respondentů, což je více než polovina a pouze 21 (13.5%) z nich by radu nepotřebovalo. Odpovědi tedy jasně ukazují, že sestry postrádají možnost konzultací s odborníky a to jak individuálně či v rámci porad teamů. Tyto odpovědi mě zaujaly, protože osvětlily některé reakce sester ve výše položených otázkách. Sestry, zejména v nejasných situacích při komunikaci s depresivním pacientem nepocítují dostatečnou podporu ze strany lékaře a psychologa. V případě, že vedou pohovor s depresivním pacientem mívají obavy, zda tento je veden dostatečně odborně a terapeuticky. Mnohé z nich také udávají obavy z možných sankcí v případě, že pohovor nezvládnou. Dle mého názoru

zde vážně týmová práce, na odděleních je nedostatečná komunikace lékař-sestra-psycholog a sestry jsou brány „i v dnešní době, pouze jako „pravá ruka lékaře“ plnící jeho příkazy a nikoliv jako rovnocenné členky týmu s právem na vlastní názor. I když na druhé straně je nutno přiznat, že sestry mnohdy nepovažují psychologa za součást „zdravotnického“ týmu, domnívaje se, že rozhodující je názor lékaře jako přímého nadřízeného, a nikoliv psychologa, který takové postavení nemá. K zlepšení těchto vztahů bych v budoucnu doporučovala více provozních porad, kde by tato témata měla být řešena v rámci týmu event. supervizi.

Při hodnocení otázky č. 15) 106 (68.4%) respondentů na otázku, v jakých situacích by potřebovali pomoc a radu lékaře nebo psychologa při komunikaci s depresivním pacientem odpovědělo, že v případě když mají pochybnosti o správnosti vedení komunikace s pacientem. 40 (25.8%) respondentů tuto pomoc přivítalo v případě že je začíná komunikace s depresivním pacientem obtěžovat a 9 (5.8%) respondentů odpovědělo, že v případě když se domnívají, že konverzaci s depresivním pacientem nezvládají. Výsledky ukazují, ve kterých situacích by sestry nejvíce potřebovaly a docenily radu lékaře nebo psychologa. Tyto odpovědi by měly být podkladem pro hledání řešení zejména při týmových poradách a měli by přispět k zlepšení péče o depresivního pacienta.

Otázkou č. 16 jsem pátrala, jak se zdravotní sestry dívají na vedení komunikace s depresivním pacientem sestrou s psychoterapeutickým výcvikem. Jak popisuje ve své knize Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky Lenka Minibergová a Kateřina Jičínská, za psychoterapeutický přístup považujeme takové chování zdravotníka, které přispívá k záměru léčby. Zdravotník při tomto přístupu používá znalosti a dovednosti z oblasti psychoterapie. Psychologické prostředky, které zdravotník používá, jsou slovo a specializované techniky. Psychoterapeutický přístup je založený zejména na lidském porozumění. Jde o přístup plný tolerance. Jelikož jsem vycházela z předpokladu, že sestry pracující na psychiatrických odděleních znají termín psychoterapeutický přístup, zajímalo mne, zda sestry které podstoupily tento výcvik zvládají komunikaci s depresivním pacientem lépe než sestry bez psychoterapeutického výcviku. Na tu to otázku 111 (71.6%) respondentů odpovědělo kladně, čili se

domnívají, že sestry s psychoterapeutickým výcvikem komunikují s depresivním pacientem lépe než sestry bez výcviku a 44 (28.4%) respondentů se domnívá, že tomu tak není. Těmito odpověďmi se mi potvrdil můj názor nutnosti psychoterapeutického výcviku u všech sester pracujících na psychiatrických odděleních a nejen nich, a že sestry mají o tento výcvik zájem.

Otázkou č. 17 jsem se dotazovala, zda psychoterapie je nezastupitelná u psychiatrických chorob jako je např. depresivní epizoda. Na tuto otázku 120 (77.4%) respondentů opět odpovědělo kladně a 35 (22.6%) respondentů odpovědělo, že psychoterapie je u psychiatrických chorob zastupitelná.

Jelikož v předchozích otázkách č.16 a č.17 převládaly odpovědi, a to více než poloviny oslovených, že psychoterapeutický přístup a psychoterapie jako taková je nezastupitelná u psychiatrických nemocí a že sestry s tímto výcvikem zvládají komunikaci s depresivním pacientem lépe než sestry bez tohoto výcviku, byly zajímavé odpovědi na otázku č. 18, kterou jsem se ptala na povinnost absolvování psychoterapeutického výcviku pro všechny sestry, pracující nejen na psychiatrických odděleních, ale i na jiných nemocničních odděleních či ambulantních pracovištích. Na tuto otázku 141 (91%) dotázaných uvedlo, že psychoterapeutický výcvik by měl být povinný pro všechny sestry a pouze 14 (9%) se domnívá že nikoliv. Z uvedených odpovědí tedy vyplývá, že sestry mají zájem o absolvování psychoterapeutického výcviku. Zde bych chtěla navrhnout, zda by nebylo vhodné přemýšlet na základě odpovědí o možnosti absolvování psychoterapeutického výcviku již během studia ošetřovatelství, nebo aby byl jednou z podmínek pro výkon povolání sestry bez odborného dohledu.

V dalších položených otázkách jsem se zabývala vlivem komunikace s depresivním pacientem na psychiku respondentů a na jejich názor, jaký je vliv této na vznik syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků. Na otázku č. 19, zda se domnívají, že komunikace s depresivním pacientem má vliv na psychiku zdravotních sester 120 (77.4%) respondentů odpovědělo, že ano a 35 (22.6%) respondentů odpovědělo záporně. Z těchto odpovědí tedy vyplývá, že více než polovina respondentů se domnívá,

že komunikace s depresivním pacientem má vliv na jejich psychiku. Sestry považují komunikaci s depresivním pacientem za velice náročnou nejen vzhledem k projevům jako je pláč, neschopnost vykonávat běžné činnosti, nerozhodnost, ale jako je i obtížná komunikace, ve které se objevují neustále stesky, katastrofické scénáře ze strany pacienta, sebedoceňování, proklamace neschopnosti cokoliv ve svém životě změnit apod. Sestry se mnohdy nedokáží přes tyto projevy přenést. Nejsou schopné dostatečné relaxace a uvolnění, což může být způsobeno také, mimo jiné, přemírou přesčasů a nedostatkem odpočinku mezi jednotlivými službami.

Jelikož více než polovina dotazovaných se domnívá, že komunikace s depresivním pacientem má vliv na jejich psychiku, byly zajímavé odpovědi na otázku č. 20, co respondenty nejvíce ovlivní při komunikaci s depresivním pacientem? 82 (52.9%) respondentů odpovědělo, že je nevíce ovlivňuje smutná nálada pacienta, 50 (32.2%) dotazovaných odpovědělo, že je nejvíce ovlivňuje pláč a ostatní neverbální projevy pacienta, 8 (5.2%) respondentů nejvíce ovlivňují neustále stesky pacienta a pouze 15 (9.7%) dotázaných odpovědělo na tento dotaz, že je při komunikaci s depresivním pacientem neovlivňuje vůbec nic a komunikaci s pacientem zvládají dobře. Z výsledků průzkumu tedy lze vyvodit, že pouze necelých 10% respondentů z celkového počtu zvládá komunikaci s depresivním pacientem, aniž by tato komunikace měla vliv na jejich psychiku a u ostatních 90% respondentů komunikace s depresivním pacientem na jejich psychiku vliv má.

Na otázku č. 21, jaké mají respondenti pocity po ukončení komunikace s depresivním pacientem, byly z mého pohledu odpovědi velice zajímavé. Nejvíce respondentů uvedlo, že komunikace s depresivním pacientem ovlivňuje jejich náladu v negativním smyslu a to celých 92 (59.4%) respondentů z celkového počtu 155 respondentů, 40(25.8%) se cítí vyčerpaně, 9 (5.8%) respondentů odpovědělo, že má po ukončení komunikace s depresivním pacientem somatické potíže jako je bolest žaludku, hlavy apod. a pouze 14 (9%) respondentů odpovědělo, že nepocítují žádné negativní pocity a jejich náladu tato komunikace neovlivňuje.

Z výše uvedených výsledků mne tedy dále zajímalo, zda se respondenti domnívají, že komunikace s depresivním pacientem přispívá ve výrazné míře ke vzniku syndromu vyhoření u sester, a když ano, tak v jaké míře. Na otázku č. 22) zda tedy komunikace s depresivním pacientem může přispívat ve výrazné míře ke vzniku syndromu vyhoření u sester kladně odpovědělo 124 (80%) respondentů a záporně 31 (20%) respondentů. V návazné otázce č. 23 se 105 (67.7%) respondentů vyjádřilo, že tato komunikace přispívá 60-80% ke vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester, 45 (29%) respondentů se dokonce domnívá, že komunikace s depresivním pacientem přispívá v 80-100% ke vzniku syndromu vyhoření u sester a 5 (3.3%) respondentů se domnívá, že komunikace s depresivním pacientem přispívá ke vzniku syndromu vyhoření v 30-50%. Z výsledku se tedy jednoznačně ukazuje, že více než 80% respondentů přikládá důležitý význam komunikaci s depresivním pacientem při vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester a to až 60-80%.

#### Hypotéza č.1:

80% sester pracujících na psychiatrických odděleních zná zásady správné komunikace s depresivním pacientem.

K potvrzení této hypotézy byly vyhodnoceny odpovědi na otázky č. 4,5,6. Vyhodnocením odpovědí na tyto otázky jsem zjistila, že pouze 34% dotazovaných respondentů z celkového počtu 155 (100%) zná zásady správné komunikace s depresivním pacientem a že 79% respondentů nezná projevy pacienta s depresivní epizodou a více než polovina dotazovaných aktivně nenavazuje kontakt s depresivním pacientem a aktivně neřeší problémy např. při odmítání komunikace s depresivním pacientem, nebo udávání sebevražedných tendencí pacientem. **Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.**



### Hypotéza č.2:

40% sester pracujících na psychiatrických odděleních má možnost konzultovat svůj postup při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem nebo psychologem a využívá tuto možnost.

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 13,14,15. Na základě odpovědí jsem zjistila, že 18% sester pracujících na psychiatrických odděleních má možnost konzultace postupu při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem nebo psychologem, 82% sester pracujících na psychiatrických odděleních tuto možnost nemá i když 87% dotazovaných respondentů by tuto radu a pomoc od lékaře a psychologa ocenilo a potřebovalo. **Hypotéza č.2 se nepotvrdila.**

### Hypotéza č.3:

60% sester se domnívá, že sestry s psychoterapeutickým výcvikem zvládají komunikaci s depresivním pacientem lépe než sestry bez psychoterapeutického výcviku.

Tuto hypotézu jsem hodnotila pomocí odpovědí na otázku č. 16,17 a 18. Z odpovědí vyplynulo, že 72% sester se domnívá, že sestry s psychoterapeutickým výcvikem zvládají komunikaci s depresivním pacientem lépe než sestry bez psychoterapeutického výcviku, dokonce 78% sester se domnívá, že psychoterapie je nezastupitelná u psychických chorob jako je např. depresivní epizoda a 91% sester se domnívá, že by vzdělání v psychoterapii mělo být povinné pro všechny sestry pracující nejen na psychiatrických odděleních ale i v ostatních medicínských oborech. **Hypotéza č.3 se potvrdila.**

### Hypotéza č.4:

Komunikace s depresivním pacientem má významy vliv na vznik syndromu vyhoření u více než 60% sester pracujících na psychiatrických odděleních.

Tuto hypotézu jsem hodnotila pomocí výsledků na otázky č. 19,20,21,22,23. Z výsledku výzkumu vyplývá že, 78% respondentů se domnívá že komunikace s depresivním pacientem má vliv na psychiku sester a 80% respondentů se domnívá, že

tato komunikace ve výrazné míře přispívá ke vzniku syndromu vyhoření u sester. Její podíl na vzniku syndromu vykořenění 68% respondentů udává v rozmezí 60-80%.  
**Hypotéza č. 4 se potvrdila.**

## 5.ZÁVĚR

Vztah mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem je považován za základní vztah, který vzniká při nutnosti hospitalizace. Navazuje ho každý, kdo se stává pacientem a aby tento vztah byl otevřený, upřímný a rovnocenný, je nutné, aby zdravotničtí pracovníci mluvili jazykem pro pacienta srozumitelným a aby pacient měl dostatek informací .

V současnosti probíhají různé výzkumy a šetření, které jsou zaměřeny na kvalitu poskytované péče a to včetně dotazů na komunikační dovednosti jednotlivých zdravotnických pracovníků. Jako nejčastější nedostatek při vyhodnocování těchto anket je ze strany pacientů uváděn nedostatek komunikace ze strany zdravotnických pracovníků. Dotazování pacienti komunikaci zdravotník - pacient ve většině případů hodnotí jako špatnou, nedostatečnou, hrubou, zlehčující, ale i nepřiměřenou situaci či psychickému stavu pacienta.

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

Moje práce se zabývá komunikací s pacientem s depresivní epizodou. Jejím hlavním cílem bylo zjistit, jak zdravotní sestry pracující na psychiatrických odděleních jsou teoreticky připraveny na zvládnutí komunikace s depresivním pacientem, jaký vliv má tato komunikace na jejich psychiku, a zda v případě potíží nebo nezvládnutí komunikace s depresivním pacientem mají na odděleních vytvořeno dostatečné zázemí pro případnou poradou s lékařem nebo psychologem. Abych získala odpovědi na tyto otázky, použila jsem formu šetření pomocí dotazníků. Při jejich zpracovávání jsem byla překvapena výsledky šetření. Jelikož dotazníky byly rozdány na psychiatrických

pracovištích, které se zabývají zejména léčbou depresivních pacientů, čekala jsem, že ošetřující personál bude ve většině případů znát správný postup při komunikaci s depresivním pacientem, že bude dostatečně proškolen v této dovednosti a bude mít ve většině případů absolvovaný psychoterapeutický výcvik, a práce s depresivním pacientem bude vedena formou týmové práce s dostatečnou podporou jednotlivých členů týmu. Proto jsem byla velice překvapena, že úroveň komunikačních dovedností zdravotních sester je spíše nedostatečná než dostačující. Sestry dle odpovědí na jednotlivé otázky uvedené v dotazníku nejenom neznaly projevy pacienta s depresivní epizodou, ale nebyly schopny ve většině případů vést komunikaci s tímto pacientem tak, aby tato byla terapeutická. Spíše naopak, z vybraných odpovědí bychom se mohli domnívat, že některé vybrané odpovědi v dotazníku při komunikaci s depresivním pacientem by pacienta spíše poškodily, než mu pomohly zvládnout jeho problémy. Varující bylo zjištění, že valná většina dotazovaných sester se o psychický stav pacienta nezajímá, komunikaci a kontakt s ním nevyhledává a při proklamaci sebevražedných myšlenek tento fakt nebere vážně. Při šetření dále vyplynulo, že sestry se vyhýbají komunikaci s depresivním pacientem a tuto přenechávají ošetřujícímu lékaři nebo psychologovi. Proč tento stav nastává jsem zjistila při osobním rozhovoru s několika kolegy, kteří uvedli, že se obávají případných sankcí ze strany lékaře nebo psychologa v případě, že by komunikaci nezvládli nebo vedli nedostatečně. Z toho vyplývá, že sestry pracující na psychiatrických odděleních se domnívají, že na komunikaci s pacientem jsou nedostatečně připraveny a komunikaci s pacientem by lépe zvládaly při možnosti absolvovat psychoterapeutický výcvik, který by měl být z jejich pohledu povinný již během přípravy na zdravotnické povolání. Dále se domnívají, že rozvíjení schopnosti komunikace s depresivním pacientem a osvojování si základu psychoterapie by mělo být součástí vzdělávání zdravotních sester, což by mělo být jedním z výstupů mé práce pro praxi. Sestry by uvítaly povinnost absolvovat psychoterapeutický výcvik již během přípravy na své povolání. V případě že by tomu tak nebylo, domnívám se, že psychoterapeutický výcvik by měl být jedním z hlavních požadavků při vystavování registrace pro sestry pracující bez odborného dohledu, což považuji za další výstup pro praxi z mého šetření. Dále se domnívám, že problematice komunikace s pacientem je

na školách věnován nedostatek vyučujících hodin a schází praktický výcvik vedení komunikace s pacientem. Proto bych chtěla jako další z výstupu svého šetření doporučit rozšíření výuky komunikace a zejména praktických cvičení během studia. Vzdělávání v komunikaci by mělo mít vážnost srovnatelnou se vzděláním v základních klinických oborech. Role sestry v komunikaci s pacientem je zcela zásadní a nezastupitelná. Sestra by měla znát otázky, kterými se pacient a jeho blízcí trápí. Měla by reagovat na vyřčené potřeby pacienta a tam, kde komunikace vážne, by měla být schopna komunikaci zahájit a smysluplně v ní pokračovat.

Jako další palčivý problém se z výsledku šetření dostává do popředí při komunikaci s depresivním pacientem nemožnost porady s lékařem nebo psychologem a absence týmové práce. Sestry se necítí součástí terapeutického týmu, kde jsou jasně vymezeny nejen jejich kompetence, ale i detailně rozpracována komunikace mezi lékařem (psychologem)-sestrou-pacientem. Toto zjištění považuji za velice závažné a mělo by být podnětem pro další postup při hledání řešení ze strany vedoucích pracovníků. Zaměřit se na budování týmové práce, vytvoření dostatečného prostoru pro denní porady týmu a sjednocení postupů při komunikaci s depresivním pacientem a jeho dalším léčením. Zdravotní sestra musí být součástí týmu, jelikož role sestry při komunikaci s depresivním pacientem je, jak jsem již uvedla, zcela zásadní. V případě, že se sestra necítí psychicky dobře komponována, má pocit, že nepatří do týmu, působí na své okolí nepříznivým dojmem a je o to více ohrožena syndromem vyhoření, což hrozí v případě komunikace s depresivním pacientem až v 80 %, jak se domnívá většina oslovených sester. Je všeobecně známo, že sestra pracující s psychiatricky nemocným pacientem je vystavena nadměrnému stresu a je-li psychicky vyčerpána a opomíjena ze strany ostatních členů týmu, sotva může působit psychoterapeuticky na své pacienty.

Komunikace sestry s pacientem je mnohvrstevný proces závislý na psychice obou účastníků. Věra Linhartová ve své knize Praktická komunikace v medicíně uvedla, že se v dnešní době pojmu komunikace nadužívá. Autorka konstatuje, že si již nepovídáme, nesdělujeme své pocity, nálady a své názory, ale že v poslední době spolu pouze komunikujeme. Nemůžu s ní než souhlasit. Doufejme do budoucna, že komunikace s pacientem bude mít pro zdravotní sestry hlubší význam než pouze to co chceme

sdělit, ale také jak a komu a proč to sdělujeme. Toto konstatování by mělo zůstat v práci sestry na prvním místě a určovat charakter komunikace sestra-pacient.

## 6. POUŽITÁ A CITOVANÁ LITERATURA

1. Beran, J. a kol.,: Lékařská psychologie v praxi. Praha ,Grada Publishing 2010, 1. vydání. ISBN 978-80-247-1125-6 - kniha.
2. Bártlová, S.,Sadílek,P.,Thóthová,V.,: Výzkum v ošetrovatelství. NCO NZO Brno, 2.vydání přepracované a doplněné- DOTISK, 2009.ISBN 978-80-7013-467-2 - kniha.
3. Deprese a úzkost ,2012 (citace 4.2.2012) str. 3-4 z 22 /online/ - přístupné na <http://www.aanetdruzstvo.wbs.cz/Deprese-a-uzkost.html> - webová stránka
4. Doubek,P.,Herman,E.,Praško,J.,Hovorka,J.,:Deprese a její léčba. Vydal MAXD, ORF s.r.o. Praha 4,dotisk,2009. ISBN 978-80-7345-186-8 – příručka pro pacienty a jejich rodiny.
5. Honzák,R.,: Komunikační pasti v medicíně. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-8524-60-4 - kniha.
6. Janáčková, L.,Weiss, P.,: Komunikace ve zdravotnické péči. 1.vydání. Praha : Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9 - kniha.
7. Janoušek, J.,: Verbální komunikace a lidská psychika.1. vydání. Praha Grada Publishing 2007. ISBN-13: 978-80-247-1594-0 - kniha.
8. Jobáková, M. a kol.,: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 1.vydání. Brno : IDV PZ 2002. ISBN 80-7013-365-1 - kniha.
9. Kelnarová, J.,Matějková , E.,: Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty- 4 ročník, Grada Publishing, a.s., Praha 2009,1. vydání. ISBN-978-80-247-2831-4 - kniha.
10. Klenková, J.,: Logopedie. Havlíčkův Brod : Grada, 2006, 1.vydání. ISBN 80-547-1110-9 kniha.
11. Kristová, J.,: Komunikácia v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 1.vydanie, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3 - kniha.

12. Křivohlavý , J.,: Psychologie nemoci, nakladatel: Portál Praha, 2. rozšířené vydání, 2009. ISBN: 978-80-7367-568-4 - kniha.
13. Křivohlavý, J.,: Jak zvládat depresi, Grada Publishing, Praha 2003 ,2.rozšířené vydání. ISBN 80-247-0575-3 - kniha.
14. Lechta , V. a kol.,: Logopedické repetitorium. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatel'stvo, 1990, 1 vydání. ISBN 80-08-00447-9 - kniha.
15. Linhartová, V.,: Praktická komunikace a lidská psychika. Praha Grada, 2007, 1 vydání . ISBN 978-80-247-1784-5 - kniha.
16. Malá,E.,Pavlovský,P.,: Psychiatrie, Praha: Portál,1 vydání,2002. ISBN 80-7178-700-0 – kniha.
17. Minibergerová,L.,Jičinská,K.,: Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky, 1. Vydání, Brno: NCO NZO, 2010. Nakladatel: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4 – kniha
18. Neubauerová,K.,: Endikace pacienta v rámci ošetrovatelské péče,2010 (citace 20.2.2011) přístupné /online/ - <http://katkaen.webnode.cz/news/edukace-pacienta-v-ramci-ošetrovatelske-pece> - webová stránka
19. Plevová,I.,a kolektiv: Ošetrovatelství II. Grada Publishing, a.s., 2011, 1 vydání. ISBN 978-80-247-3558-0 – kniha.
20. Praško, J.,: Deprese a jak ji zvládat. Nakladatel Portál Praha 2005, 1 vydání. ISBN 80-7178-809-0 - kniha.
21. Praško,J.,Kosová,J.,: Deprese. Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2001, str.17, /online/ - přístupné na <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/Cteniprozdravi/Deprese> - webová stránka
22. Praško,J., a kolektiv: Psychické problémy u somatických nemocných a základy lékařské psychologie. 1 vydání, Olomouc: Univerzita Palackého,2010. ISBN 978-80-244-2365-4 – kniha.



23. Prekop, J.,: Empatie –vcítění v každodenním životě. Grada: Praha ,2004, 1 vydání 131 s. ISBN 80-247-0672-5 – kniha.
24. Pravidla komunikace s klientem, 2011,(citace 20.2.212) - /online/ –přístupné na <https://sasidlo.signaly.cz/1112/pravidla-komunikace-s-klientem> - webová stránka
25. Pokorná, A.,: Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Brno: NCO NZO, 3 doplněné vydání ,2010. ISBN 978-80-7013-524-2 – kniha.
26. Raboch J., Zvolenský P., et al.: Psychiatrie, první vydání. Nakladatelství Galén, Praha 5 a Univerzita Karlova Praha, nakladatelství Karolinum ,Praha 1. ISBN 80-7262-140-8 (Galén) a ISBN 80-246-0390-X(Karolinum) – kniha.
27. Rybolt, R.,: Jak porazit depresi. Nakladatelství : Práh ,Praha, 2.rozšířené vydání 2009. ISBN 978-80-7252-250-7 – kniha.
28. Špaténková, N., Králová, J.,: Základy komunikace ,Komunikace (nejen) pro sestry. Praha Galén 2009, 1 vydání. ISBN 80-08-00447-9 – kniha.
29. Šrámková,J.,: Zdravotnická psychologie. Grada Publishing a.s. Praha, 1 vydání,2004. ISBN 978-80-247-2068 – kniha.
30. Venglářová,M.,Mahrová,G.,: Komunikace pro zdravotní sestry, 1 vydání, Praha Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8 – kniha.
31. Vybíral, Z.,: Psychologie lidské komunikace ve zdravotnické péči, 1 vydání. Praha Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2 – kniha.
32. Vymětal,J.,: Úvod do psychoterapie. Praha Grada,2003, 2. vydání. ISBN 80-247-0253-3 – kniha.
33. WHO-Světová zdravotnická organizace, strategické dokumenty 2011, (citace 31.1.2012) /online/- přístupné na<http://www.who.int/intlectualproperty/documents/en> -webová stránka.

## **7. SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, PŘÍLOH A POUŽITÝCH ZKRATEK**

### **7.1. SEZNAM TABULEK:**

Tabulka č.1: Nejvyšší ukončené vzdělání

Tabulka č.2: Délka praxe na psychiatrickém oddělení

Tabulka č.3: Sestry s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem

Tabulka č.4: Znalost pojmu depresivní epizoda

Tabulka č.5: Kontrolní otázka-znalost pojmu depresivní epizoda

Tabulka č.6: Znalost projevů pacienta s depresivní epizodou

Tabulka č.7: Kontrolní otázka-znalost zásad správné komunikace s depresivním pacientem

Tabulka č. 8: Způsob navázání kontaktu s depresivním pacientem

Tabulka č.9: Reakce sester na odmítání komunikace se strany depresivního pacienta

Tabulka č.10. reakce sester při sebevražedných tendencích depresivního pacienta

Tabulka č.11: Situace ve kterých by sestry přivítali pomoc lékaře nebo psychologa při komunikaci s depresivním pacientem

Tabulka č.12: Faktory ovlivňující sestru při komunikaci s depresivním pacientem

Tabulka č.13: Pocity sester po ukončení komunikace s depresivním pacientem

### **7.2. SEZNAM GRAFŮ**

Graf č.1: Znalost zásad správné komunikace s depresivním pacientem

Graf č.2: Reakce sester na neverbální projevy depresivního pacienta

Graf č.3: Možnost konzultace postupu při komunikaci s depresivním pacientem

Graf č.4: Potřeba ze strany lékaře nebo psychologa při komunikaci

Graf č.5: Názor sester na lepší zvládnání komunikace sestrou s psychoterapeutickým výcvikem

Graf č.6: názor sester na nezastupitelnost psychoterapie u depresivní epizody

Graf č.7: povinnost absolvování psychoterapeutického výcviku pro sestry

Graf č.8: Vliv komunikace s depresivním pacientem na psychiku zdravotních sester

Graf č.9: Vliv komunikace s depresivním pacientem na vznik syndromu vyhoření

Graf č.10: Podíl komunikace s depresivním pacientem na vzniku syndromu vyhoření

### **7.3. SEZNAM PŘÍLOH**

1. Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F32 depresivní epizodu
2. Žádost o dotazníkovou akci
3. Dotazník pro sestry

### **7.4. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

1. atd.- a tak dále
2. str.- stránka
3. např.- například
4. tzv.- tak zvaně
5. apod.- a podobně
6. tj.- to jest
7. event.- eventuálně

## **PŘÍLOHA Č.1:**

### **Obecná diagnostická kritéria pro F32 depresivní epizodu**

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

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

Musí být přítomny alespoň 4 z následujících příznaků:

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

## PŘÍLOHA Č.2

*Elena Divecká*

*Západočeská univerzita Plzeň, Fakulta ošetrovatelství a porodní asistence*

---

### *VĚC:ŽÁDOST O REALIZACI VÝZKUMU V OBLASTI KOMUNIKACE S PACIENTEM S DEPRESIVNÍ EPIZODOU.*

Vážený pane řediteli,

jsem studentkou 3 ročníku oboru ošetrovatelství na Západočeské univerzitě v Plzni. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma “komunikace s pacientem s depresivní epizodou“. Proto se na Vás obracím s žádostí o povolení výzkumu ve vašem zdravotnickém zařízení.

Výzkum je zaměřen na znalosti v oblasti komunikace u nelékařských zdravotnických pracovníků , možnosti zpětné vazby ostatních zdravotnických pracovníků na tuto komunikaci a možnosti vzniku syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků při komunikaci s pacientem s depresivní epizodou.

Dotazník je anonymní. Veškeré získané údaje budou použity pouze pro zpracování mého výzkumu v bakalářské práci.

V případě Vašeho zájmu o výsledky mého šetření, Vás budu ráda o nich informovat.

Děkuji předem za kladné vyřízení své žádosti .

S pozdravem

Elena Divecká

Na vědomí: Hlavní sestra

## PŘÍLOHA Č.3

### DOTAZNÍK

Dobrý den , jmenuji se Elena Divecká, studuji Fakultu zdravotnických studií v Plzni obor Všeobecná sestra. Dotazník je nedílnou součástí mé práce a slouží k vypracování mé bakalářské práce, která se zajímá o to, zda pracovníci nelékařských profesí dovedou správně komunikovat s pacientem s depresivní epizodou. Tento dotazník je zcela anonymní. Předem Vám děkuji za vaši spolupráci.

1. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
  - a) Středoškolské
  - b) Vyšší odborné
  - c) Vysokoškolské
  
2. Jaká je délka Vaší praxe na psychiatrickém oddělení?
  - a) Do 5 let
  - b) Do 10
  - c) Do 15 let
  - d) Nad 15 let
  
3. Máte ukončený psychoterapeutický výcvik?
  - a) Ano
  - b) Ne
  
4. Víte co je to depresivní epizoda?
  - a) Ano
  - b) Ne

5. Označujeme smutnou náladu trvající méně než 14 dnů jako depresivní epizodu?
- a) Ano
  - b) Ne
6. Víte, jak se projevuje pacient s depresivní epizodou? /vyberte jednu nebo více možností/
- a) Ztráta sebedůvěry
  - b) Změny psychomotoriky /zpomalenost nebo agitovanost/
  - c) Nedostatečná emoční reaktivita
  - d) Ruminace a hypochondrické myšlenky
  - e) Všechny možnosti jsou správné
7. Znáte zásady správné komunikace s pacientem s depresivní epizodou?
- a) Ano
  - b) Ne
8. Mezi zásady správné komunikace s depresivním pacientem patří:/vyberte jednu nebo více možností/
- a) Nabádání pacienta aby přestal být smutný
  - b) Vymlouvat mu jeho smutek
  - c) Poukazovat na to jak svízelné situace zvládají ostatní lidé /ten nemá nohu, ten je slepý... a jak to dobře zvládá /
  - d) Snažit se apelovat na jeho silnou vůli
  - e) Ani jedna z uvedených možností nepatří mezi zásady správné komunikace

9. Jak navazujete kontakt s depresivním pacientem?
- a) Oslovím pacienta a zeptám se ho, zda něco nepotřebuje
  - b) Používám neverbální techniky/pohlazení, doteky.../
  - c) Kontakt aktivně nenavazuji, čekám, až pacient bude chtít se mnou komunikovat
  - d) Navazuji kontakt při ošetrovatelské činnosti
10. Jak reagujete v případě, že depresivní pacient odmítá komunikaci?
- a) Snažím se pacienta oslovit a zahájit komunikaci
  - b) Počkám, až pacient bude chtít se mnou komunikovat /aktivně komunikaci nezahajuji/
  - c) Nereaguji – je mi to jedno
  - d) Ujistím pacienta, že kdykoliv bude chtít se mnou komunikovat tak jsem mu k dispozici
11. Jak reagujete na neverbální projevy depresivního pacienta? /pláč, vyhýbaní se kontaktu, negativní gesta.. /
- a) Nereaguji
  - b) Nevším si je
  - c) Zpozorním a hledám příčinu takovéto reakce
  - d) Upozorním lékaře a víc se o to nezajímám
12. Jak reagujete v případě, když pacient udává sebevražedné tendence ?
- a) Snažím se s pacientem uzavřít dohodu, že nic nepodnikne a informuji lékaře
  - b) Nereaguji, neberu to vážně
  - c) Upozorním lékaře a víc se o to nezajímám



13. Máte možnost konzultovat svůj postup při komunikaci s depresivním pacientem s lékařem nebo psychologem?
- a) Ano
  - b) Ne
14. Potřebovali a ocenili byste jejich rady?
- a) Ano
  - b) Ne
15. U kterých situacích byste jejich pomoc nejvíce uvítali?
- a) V případě když se domnívám že nezvládám komunikaci s pacientem
  - b) V případě když zjistím, že mně komunikace s pacientem obtěžuje
  - c) V případě pochybností o správnosti mé komunikace s pacientem
16. Zvládají sestry s psychoterapeutickým výcvikem komunikaci s depresivním pacientem lépe než sestry bez výcviku ?
- a) Ano
  - b) Ne
17. Domníváte se , že psychoterapie je nezastupitelná u psychiatrických chorob jako např. u depresivní epizody ?
- a) Ano
  - b) Ne
18. Domníváte se, že vzdělání v psychoterapii by mělo být povinné pro všechny sestry pracujících na psychiatrických odděleních, ale i v ostatních medicínských oborech?
- a) Ano
  - b) Ne

19. Domníváte se, že komunikace s depresivním pacientem má vliv na Vaši psychiku?
- a) Ano
  - b) Ne
20. Co vás nejvíce ovlivní při komunikaci s depresivním pacientem?
- a) Neovlivní mě nic, komunikaci zvládám dobře
  - b) Smutná nálada pacienta
  - c) Neustále stesky
  - d) Pláč a ostatní neverbální projevy
21. Jaké máta pocity po ukončení komunikace s depresivním pacientem
- a) Ovlivňuje to moji náladu v negativním smyslu
  - b) Neovlivňuje to moji náladu
  - c) Cítím se vyčerpaně
  - d) Mám somatické potíže / bolesti hlavy, žaludku, apod./
22. Domníváte se, že komunikace s depresivním pacientem přispívá ve výrazné míře k syndromu vyhoření u sester?
- a) Ano
  - b) Ne
23. Určete v jaké míře přispívá komunikace s depresivním pacientem dle Vašeho názoru k syndromu vyhoření?
- a) 80-100 %
  - b) 60-80 %
  - c) 30-50 %

Děkuji za spolupráci a čas věnovaný zpracování dotazníku.