



Ivica Gulášová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o.
Bratislava, Slovak Republic

Komunikácia s depresívnym pacientom / *Communication with depressed patients*

Abstract

In the attribution author give attention to communication with depressed patients. A very important moment in communications nurse - patient occurs already at the first contact. First impressions can influence the attitude and course of treatment as in positive as well as negative sense. Therefore, it is important that nurse to know correct communication with the depressed patients. During duty nurse frequent patient contact and follow-up interview him. Depression deprives a person of joy from anything, especially from life. The causes of depression are not known to this day - we know only the biological processes in the brain and the factors that may contribute to developing depression. Sadness, lack of interest, indecisiveness, hopelessness, slowed speech and voice in which feel permanent affliction, talking about leaving the life and sometimes even suicide attempts - these are the most common symptoms of depressive people. Able to communicate properly with depressed patients is very difficult for nurses. During communication with depressed patients it should speak in a calm and persuasive voice, slowly and clearly. Depressed patients are extremely sensitive to their health and any comment on his health condition. It is necessary to consider every word.

Keywords: Communication, patient, depression, communication skills, nurse, interview

ÚVOD

Veľmi dôležitý moment v komunikácii sestra – pacient nastáva už pri prvom kontakte. Prvý dojem dokáže ovplyvniť postoj a priebeh liečby ako v pozitívnom, tak aj v negatívnom zmysle. Z tohto dôvodu je dôležité aby sestra vedela správne komunikovať s depresívnym pacientom. V priebehu služby sestra častejšie pacienta kontaktuje a nadväzuje s ním rozhovor. Hlavne sa zaujíma ako sa pacient cíti, či niečo nepotrebuje alebo s ním len tak pohovorí. Vedieť správne komunikovať s depresívnym pacientom je pre sestru veľmi náročné. V priebehu komunikácie s depresívnym pacientom je potrebné hovoriť pokojným a presvedčivým hlasom, pomaly a zrozumiteľne.

Depresia zbavuje človeka radosti z čohokoľvek, predovšetkým zo života. Smútok, nezáujem, nerozhodnosť, beznádej, spomalená reč a hlas v ktorom je cítiť trvalé trápenie, rozprávanie o odchode zo života a niekedy i pokusy o samovraždu – to sú najčastejšie prejavy depresívnych ľudí. **Depresívni pacienti sú mimoriadne citliví na svoje zdravie a akúkoľvek poznámku o jeho zdravotnom stave. Je nutné zväziť každé slovo.** V priebehu komunikácie s depresívnym pacientom nepomôže krik ani nahovárание aby prestal byť smutný. Je nutné aby sme s pacientom trpezlivo hovorili. **Pacienti trpiaci depresiou bývajú horšie sústredení a ich chápanie býva počas doby depresie zhoršené.** Preto komunikácia s nimi vyžaduje **pomalšie tempo**, používanie **kratších viet**, jasnosť a **konkrétnosť**. Stav pacienta má byť preto **úmerná rýchlosť reči a jej hlasitosť**. Mlčanie neznamená že pacient a sestra si nemajú čo povedať (Gulášová, 2006). **Pacienti depresiou vnímajú mlčanie zle, pretože hľadajú za ňou svoju chybu.**

ZÁSADY KOMUNIKÁCIE S DEPRESÍVNÝM PACIENTOM

Verbálna komunikácia s depresívnym pacientom sa dá posúdiť podľa nasledujúcich kritérií:

Jednoduchosť – vety majú byť jednoduché, nie rozvité, poskytujú len toľko informácií koľko je pacient schopný prijať. Sestra si musí overiť že či pacient porozumel informáciám. Preto u depresívnych pacientov sa nepoužívajú súvetia a ani sa nepokúšame o humor.

Stručnosť – stručná informácia je jasná a pôsobí profesionálne. Nesmie byť až taká stručná, že stráca dôležité informácie a tým i zrozumiteľnosť. Pre depresívneho pacienta je stručná informácia pochopiteľná, dobre sa v nej orientuje a nemusí dlho uvažovať, čo všetko informácia obsahuje.

Zreteľnosť – pri komunikácii s pacientom sestra musí jasne vyjadriť podstatu veci. Zreteľnosť sa týka nie len verbálnych ale i neverbálnych zložiek. Pri nedostatočnej hlasitosti nemusí zdieľanie nemusí pacient s horšou schopnosťou koncentrácie porozumieť.

Vhodné načasovanie – podmienkou je pokoj pre zdieľanie, súkromie, nerušený priestor a dostatok času. Pokiaľ pacient chce zdieľať svoj problém, sestra ho počúva a môže ho v prejave podporiť (Linhartová, 2007).

Komunikácia s pacientom môže byť rozvíjaná, ale bohužiaľ taktiež brzdená a frustrujúca. Sestra by sa mala **vyvarovať chýb ako je napríklad zľahčovanie problémov pacientov, pretože depresívny človek prepadá dojmu že jeho situácii nikto nerozumie.** Nie je vhodné hlavne na začiatku liečby do poručovať nejaké nové aktivity, ktoré spôsobia zvýšené nároky na adaptáciu a preťažujú pacienta. Sestra by **nemala taktiež nútiť pacienta k rozhodovaniu či ponechávať pacienta osamote, pretože sa môže stať že nezvládne bežné denne činnosti.** Má to tendenciu si to vyčítať alebo sa obviňovať (Gulášová, 2006).

Medzi zásady správnej komunikácie s depresívnym pacientom a správne psychoterapeutickému prístupu patrí:

- **neverbálne** - chápavý, ale povzbudivý pohľad, mimika, pokoj, voľné tempo s jasnou artikuláciou. Dost' času na vypočutie.
- **verbálne** – trpezlivé vypočutie, prejavy akceptácie, úcty, záujem, pochopenie, vcítanie. Dávať najavo pochopenie pre tento stav i situáciu nemocného, vyjadriť nádej pre zlepšenie v budúcnosti. Pomoc mu orientovať sa v situácií, vysvetliť mu čo sa s ním deje. Pomoc pri prijatí depresie ako nemoci, ktorá sa dá liečiť. Vytvoriť nádej vo vyliečenie a stále ju podporovať. Zaisťiť dôveru v zdravotnícky tím. Vysvetliť plán liečby a jeho postupu. Neklásť náročné ciele a úlohy.

Zaradiť depresiu medzi duševné poruchy trvalo pomerne dlho a dodnes existujú otázky, na ktoré lekári nedokážu odpovedať. Najväčším tajomstvom je presné určenie jej príčiny. **Príčiny vzniku depresie dodnes nie sú známe - poznáme len biologické procesy v mozgu a faktory, ktoré sa môžu na vzniku depresie podieľať.** Patria medzi ne:

- **genetická výbava** (u osôb, ktorých príbuzní trpia depresiami, je zvýšené riziko ochorenia)
- **zlomová udalosť** (úmrť blízkeho človeka, rozvod, strata zamestnania, odchod do dôchodku, ťažká choroba a pod.)
- **dlhodobý stres**
- **typ osobnosti** (vyššie riziko ochorenia sa vyskytuje u precitlivých a úzkostlivých ľudí)
- **výchova v rodine** (neprimerané nároky a opakovaná kritika najbližších)
- **pohlavné zneužívanie v detstve**
- **alkohol, niektoré lieky a drogy** (Robinson, 2000)

Mnohí odborníci sa zhodujú, že depresiu je niekedy ťažké rozoznať možno aj preto, že nie každý človek trpiaci depresiou sa okoliu javí ako smutný. Mnohokrát sa problémy takto chorého človeka odohrávajú len v jeho mysli, ak však trvá depresia dlhý čas, je veľmi ťažké jej príznaky pred okolím ukrývať (Capponi, Novák, 1992).

Mnohí depresívni ľudia preto prestávajú s okolím komunikovať, uzatvárajú sa do seba, neberú telefón, odmietajú stretnutia. Preto je dôležité poznať všetky potenciálne príznaky, ktoré sa môžu u blízkych vyskytnúť, a ktoré signalizujú, že treba vyhľadať odbornú pomoc (Bldwin, et al. 2002).

Medzi časté príznaky patrí:

- strata záujmu o okolitý svet, o rodinu, priateľov, prácu, koníčky
- bezdôvodné zúfalstvo, beznádej, strata sebadôvery, pocity zbytočnosti, smútku, bezmocnosť, plačlivosť, pocity viny
- nechť vykonávať tie najjednoduchšie činnosti, nezáujem o vlastný zovňajšok
- vyčerpanosť až chorobná únava
- znížená alebo naopak zvýšená chuť do jedla
- nespavosť alebo naopak nadmerné množstvo spánku

- nezaujmem o sex
- bolesti hlavy, chrpta, zažívacie ťažkosti, závrate, búšenie srdca
- samovražedné myšlienky (Gulášová, 2006).

LIEČBA DEPRESIE U MLADÝCH ĽUDÍ

Väčšine mladých ľudí trpiacich depresiou sa dá pomôcť, ak sa dožadujú liečby. Môže im byť na osoh modlitba, komunikácia, poradenstvo a lieky.

Nikdy nepodceňujte silu modlitby.

Uvediem príklad: Veľakrát som sa modlil s mladými pacientmi a povzbudzoval som ich, aby sa aj oni za seba modlili. Požiadal som rodičov, aby sa modlili za lepšiu komunikáciu, trpezlivosť a bezvýhradnú lásku k svojim deťom (House, 2002). A bol som svedkom malých i veľkých zázrakov. „Pán je pri tých, čo majú srdce skrúsené, a zachraňuje zlomených na duchu“ (Ž 34, 18).

Komunikácia je protipólom depresie. Mladí v depresii sú pre strach, mladosť a ne-skúsenosť náchylní predpokladať, že ich nikto nepochopí, neprijme. Väčšina rodičov, prirodzene, miluje svoje deti, chce pre ne to najlepšie, venujú sa im v čase núdze.

Keď sú rodičia a deti povzbudzovaní ku komunikácii a spoločne diskutujú o ťažkostiach, depresia sa často zmierňuje (Linhartová, 2007).

Pri riešení depresie u mladistvých je tiež dôležité odborné poradenstvo, no nesmierne dôležitý je výber správneho poradcu. Ubezpečte sa, či dieťaťu poradca vyhovuje a či uznáva podobné hodnoty. Nebojte sa ho opýtať na jeho názory a hodnoty (Křivohlavý, 2004). A vedzte, že poradenská práca si vyžaduje čas i námahu. Väčšina tých, ktorí sa jej venujú, ju berú ako hodnotnú skúsenosť, ktorá im pomáha dať životu lepší smer.

Pri depresii u mladistvých môžu významne pomôcť aj lieky. Majte však na pamäti, že je to síce rýchle, ale len dočasné a nedostatočné vyriešenie problému! Niektorí lekári zvyčajne mladým len prsto predpíšu antidepresíva bez potreby poradiť im. Z krátkodobého hľadiska je to možno lacnejšie, výskum však upozorňuje, že týmto mladým ľuďom sa nevodí tak dobre ako tým, ktorým pomohli poradcovia aj lieky (Jirák, 2004).

Depresia u detí sa od tej u dospelých môže líšiť príznakmi, priebehom aj reakciou na liečbu. **U dospelých sa depresia prejavuje 3 typickými príznakmi: smutná nálada, spomalené myslenie, psychomotorický útlm.**

U detí sú určité príznaky typické pre všetky vekové skupiny, určité sa vyskytujú len u detí v dojčenskom veku, v predškolského veku, u školákov alebo adolescentov. **Vo všeobecnosti ale platí, čím je dieťa mladšie, tým viac sa ochorenie prejavuje telesnými problémami. Časté sú aj poruchy správania, ktoré pri depresívnom prežívaní vyzerajú paradoxne – šaškovanie, neklud, provokatívne správanie, agresivita apod.**

Depresia môže vznikáť už v **dojčenskom veku** – zvyčajne ako následok odlúčenia od osoby zabezpečujúcej bezpečie. Usmievavé dieťaťko sa mení na plačlivé, apatické dieťa, neprosieva, pôsobí dojmom telesne chorého a objavujú sa poruchy vývoja. V **batolivom veku** je výrazná rozladenosť, strata zvedavosti a iniciatívy, opäť zabrzdzenie vývoja (Kind, 1997).

Pre predškolské deti sú typické smutný výraz tváre, podráždenosť až agresivita, neschopnosť z čohokoľvek sa radosť – z hry, ani inej činnosti, plačlivosť – často s udávaním bolesti bruška alebo končatín (bolesti hlavy sa objavujú až s pribúdajúcim vekom), obmedzenie aktivít a záujmov, oslabenie mimiky a gestikulácie, odmietanie kontaktov s rovesníkmi, spoločné hranie sa.

Školský vek: depresívny vzhlad, ale môže vyzerať aj znudene, somatizácia (prítomnosť príznakov telesného ochorenia – bolesti hlavy, brucha, nevoľnosť, problémy so spánkom...), často podráždenosť až agresivita, šaškovanie, provokatívne správanie, hyperaktivita. Výsledkom sú problematické vzťahy s rovesníkmi aj dospelými, často sa zhoršuje školský prospech. Miesto nechutenstva sa môže objaviť tendencia k prejedaniu a príberanie na hmotnosti. V myšlienkach majú deti často pocity viny za veci, ktoré v skutočnosti nemohli zapríčiniť, nízku sebadôveru, narušenú sebaúctu (Blaser, Heim, Ringer, Thommen, 1992). Nezriedka sa objavujú myšlienky o smrti, možné sú aj pokusy o samovraždu, ktoré sa nechtiac môže aj vydať. V tejto skupine detí sú relatívne časté aj psychotické príznaky – sluchové halucinácie, bludy, paranoidita.

ZÁVER

Podľa RevolutionHealth.com, môže byť depresia medzi mladými ľuďmi spôsobené alebo obnovený rodinný konflikt. V takých prípadoch, rodinná terapia môže pomôcť rodina prispôbiť nové spôsoby komunikácie a rokovania s depresiou. RevolutionHealth.com poukazuje na to, že rodinná terapia sám „ nebolo preukázané, že účinná pre liečbu depresie, „ aj keď to môže byť jedným z aspektov liečby, ktorá zahŕňa lieky a prípadne iný typ individuálneho poradenstva, napríklad kognitívno - behaviorálna terapia.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BLASER, A., HEIM, E., RINGER, CH., THOMMEN, M. 1992. Na problém orientovaná psychoterapia. Trenčín, FORTUNA – vydavateľstvo psychiatria, psychoterapia, psychosomatika. 1992, 302s., ISBN 80-967277-0-2
- BLDWIN, RC et al. 2002. *Guidelines on depression in olderpeople*. Martin Dunitz, London, 2002, 162 s.
- CAPPONI, V., NOVÁK, T. 1992. *Sám sobě psychologem*. Praha, Grada, 1992, 216s., ISBN 80-85424-88-6
- GULÁŠOVÁ, I. 2006. *Vybrané kapitoly z mmanažmentu v ošetrovatel'stve I. diel*. Trenčín, TU Alexandra Dubčeka, 2006, 102s., ISBN 80-8075-120-X
- HOUSE, D., D. 2002. *Deprese – příznaky, příčiny, diagnostika, léčba*. Praha, Fragment, 2002, 112s., ISBN 80-7200-686-7
- JIRÁK, R. 2004. *Organické duševní poruchy*. In: Psychiatrie, druhé vydání, ed. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Tigis, Praha, 2004, 467–492.
- KIND, H. 1997. *Psychiatrické vyšetrenie*. Trenčín, FORTUNA – vydavateľstvo psychiatria, psychoterapia, psychosomatika, 1997, 156s., ISBN 80-967277-3-7

- KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Jak zvládat depresi*, Praha, Grada Publishing, 2003, 2. rozšířené vydanie. ISBN 80-247-0575-3
- LINHARTOVÁ, M. 2007. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. Praha, Grada, 2007, 152s., ISBN 976-80-267-1784-5
- ROBINSON, D., J. 2000. *Poruchy osobnosti*. Trenčín, FORTUNA – vydavateľstvo psychiatria, psychoterapia, psychosomatika, 2000, 128s., ISBN 80-88952-06-9