Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Role sestry ve screeningu deprese u seniorů

Vypracovala: Bc. Monika Vrzalová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou deprese ve stáří. Především je zaměřená na identifikaci a analýzu úlohy sester ve screeningu deprese u seniorů v primární péči, v akutní lůžkové péči, v zařízeních dlouhodobé péče a domácí péče. Jedná se o teoretickou práci, kde byla využita vědecká metoda návrhu a demonstrace. V diplomové práci byl stanoven jeden hlavní cíl s pěti výzkumnými otázkami. Hlavním cílem bylo identifikovat a analyzovat úlohu sester ve screeningu deprese u seniorů. VO 1: Jakou úlohu může hrát sestra ve screeningu deprese u seniorů? VO 2: Jakou úlohu má sestra v ambulantním sektoru ve screeningu deprese u seniorů? VO 3: Jakou úlohu má sestra ve screeningu deprese u hospitalizovaných pacientů v akutní péči? VO 4: Jakou úlohu má sestra ve screeningu deprese u seniorů v zařízeních dlouhodobé a domácí péči? VO 5: Jaké hodnotící škály a metody jsou využívány ve screeningu deprese u seniorů?

V diplomové práci je představen pojem deprese. Dále jsou specifikovány příčiny a důležité faktory, které způsobují depresi u starších lidí. Práce se také zabývá odlišnostmi v klinické symptomatologii deprese ve stáří. Přibližuje možnosti a různé bariéry v diagnostice deprese. Další kapitoly seznamují s komplexním geriatrickým vyšetřením, s diagnostickými klasifikačními systémy, možnými screeningovými metodami a škálami pro detekci deprese u starší populace. Také představuje způsoby farmakologické a nefarmakologické léčby a její případné komplikace spojené s vyšším věkem. Z důvodu zvýšené sebevražednosti zapříčiněné depresivní poruchou je představena i problematika suicidálního jednání seniorů. V dalších kapitole je popsán ošetřovatelský proces, který je sestrami využívaný v praxi. Skládá se ze zhodnocení zdravotního stavu pacienta, zhotovení ošetřovatelské diagnostiky, vytvoření ošetřovatelského plánu, následné realizace a vyhodnocení. Ošetřovatelský proces je také potřebný pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. V ošetřovatelském procesu ve fázi ošetřovatelské diagnostiky, je představen výčet možných ošetřovatelských diagnóz u pacienta trpícího depresí, které jsou sestaveny na základě nejnovější klasifikace.

Závěrem práce je popisována úloha sester ve screeningu deprese u seniorů v různých zdravotnických zařízeních a jejich podíl na včasném vyhodnocení deprese u seniorů. V této kapitole je představena role sestry, ošetřovatelský screening a spolupráce sestry s lékařem. Úloha sester ve screeningu deprese v různých zdravotnických zařízeních je založená na první posuzovací fázi ošetřovatelského procesu. Sestra zhodnotí celkový zdravotní i duševní stav pacienta na základě objektivních i subjektivních informací. Především bylo zjišťováno, jakou roli má sestra při screeningu deprese.

Pro zpracování diplomové práce bylo nutné na základě syntézy a obsahové analýzy využít a zpracovat domácí i zahraniční odbornou literaturu. Řada relevantních zdrojů jsou výsledky různých studií a metaanalýz převážně ze zahraničí, ale i z České republiky. Diplomová práce může sloužit jako podkladový materiál pro sestry. Výstupem diplomové práce je vytvoření e-learningového materiálu dostupného pro studenty ve výukovém programu Moodle Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Klíčová slova: deprese, senior, role sestry, ošetřovatelský proces, screening

Abstract

The diploma thesis deals with problems of depression in older people. Mainly the work is focused on identifying and analyzing the role of nurses in screening for depression in older people in primary care, acute care, long-term care and home care. This thesis was focused on theoretical direction and was used the method of design and demonstration. In this thesis was set one main goals with five research questions. The main goal was to identify and analyze the role of nurses in screening for depression in the elderly. RQ 1: What is the role of the nurse in screening for depression in the elderly? RQ 2: What is the role of the nurse in the primary care in screening for depression in the elderly? RQ 3: What is the role of the nurse in screening for depression in hospitalized patients in acute care? RQ 4: What is the role of the nurse in screening for depression in seniors in long-term and home care? RQ 5: What rating scales and methods are used in screening for depression in the elderly?

The thesis introduce the concept of depression. The following are specified the causes of and the important factors that affect depression in the elderly. It also deals the differences in the clinical symptomatology of depression in old age. It explains possibilities and various barriers in the diagnosis of depression. Another chapter introduces complete geriatric examination, diagnostic classification systems, possible screening methods and scales for detection of depression in the elderly population. It also deals methods of pharmacological and non-pharmacological treatment and its possible complications associated with older age. By reason of increased suicide rate caused by depressive disorder the issue of suicidal behavior in the elderly is introduced. The next chapter deals with the nursing process, which is used by nurses in practice. It consists of the evaluation of the patient's health condition, making nursing diagnosis, creating nursing plan and subsequent implementation and evaluation. The nursing process is also needy for providing quality care. The nursing process in the stage of nursing diagnosis, introduces possible nursing diagnosis for a patient suffering from depression, which are based on the latest classification.

Finally is described the role of nurses in screening for depression in the elderly in different health facilities and their contribution to the timely evaluation of depression in the elderly. This chapter introduces the role of nurses, nursing screening and collaboration with a physician. The role of nurses in screening for depression in different medical facilities is based on the first phase of the nursing process of assessment. On the basis of objective and subjective information, the nurse will assess the overall health and mental condition of the patient. Primarily, it was investigated what is the role of the nurse in screening for depression.

On the basis of content analysis and synthesis it was necessary to used and processed domestic and foreign literature. A number of relevant sources are the results of various studies and Meta-analyzes, mostly from abroad, but also from the Czech Republic. The thesis can serve as a basis for nurses. The result of this thesis is to create e-learning material available for students in the Faculty of Health and Social Sciences of South Bohemia in Ceske Budejovice in the tutorial called Moodle.

Keywords: depression, senior, the role of nurses, nursing process, screening

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2016 .....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Poděkování především patří vedoucí diplomové práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu, spolupráci a poskytnutí cenných rad. Poděkování také patří Ing. Milanu Tržilovi a Bc. Radce Slezákové za cenný čas a umožnění výstupu diplomové práce v Moodle - výukovém systému Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a všem blízkým za srdečnou pomoc a trpělivost.

Obsah

Seznam použitých zkratek 10
Úvod 12
Cíl 14
Metodika 15
1 Deprese 16
1.1 Etiopatogeneze 18
1.2 Typy deprese 24
1.3 Klinické příznaky 27
1.3.1 Odlišnosti klinického obrazu deprese ve stáří 30
1.3.2 Rozlišení deprese od demence 33
2 Diagnostika deprese ve stáří 35
2.1 Identifikace a diagnostika deprese ve stáří 36
2.1.1 Komplexní geriatrické vyšetření 39
2.2 Hodnotící škály deprese ve stáří 41
2.3 Klasifikace deprese dle DSM V. 44
2.4 Klasifikace deprese dle ICD 10 47
3 Léčba 51
3.1 Farmakologická léčba 52
3.1.1 Antidepresiva 54
3.2 Psychoterapie 57
3.2.1 Kognitivně behaviorální terapie 59
3.2.2 Podpůrná psychoterapie 60
3.2.3 Interpersonální psychoterapie 61
3.3 ECT (elektrokonvulzivní terapie) 61
4 Sebevražda a deprese 63
5 Ošetřovatelský proces 65
6 Role sestry ve screeningu deprese 74
6.1 Screeening deprese u seniorů 76

6.2 Vztah sestry a pacienta 79
7 Role sestry v ambulantním sektoru ve screeningu deprese u seniorů 83
8 Role sestry ve screeningu deprese u hospitalizovaných pacientů v akutní péči 88
9 Role sestry ve screeningu deprese u seniorů v zařízeních dlouhodobé péče 91
10 Role sestry ve screeningu deprese u seniorů v domácí péči 95
11 Závěr 98
12 Seznam použitých zdrojů 100
13 Seznam příloh 111

Seznam použitých zkratek

ACTH	adrenokortikotropní hormon
ADL	actives of daily living
AIM	akutní infarkt myokardu
ANMF	Australian Nursing and Midwifery Federation
APA	American Psychiatric Association
BASDEC	Brief Assessment Schedule for the Elderly
BDNF	brain – derived neurotrophic factor
CCSMH	Canadian Coalition for Seniors´Mental Health
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment
CNS	centrálně nervový systém
COMT	katechol-O-methyltransferáza
CT	Computer Tomography
DALY	disability – adjusted life year
DARI	Dopamin Reuptake Inhibitors
DSM	Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders
ECT	Electroconvulsive Therapy
EEG	elektroencefalogram
EKG	elektrokardiogram
FGV	funkční geriatrické vyšetření
GDS	Geriatric Depression scale
GMSS	Geriatric Mental State Schedule
HAM-D	Hamilton Rating Scale for Depression
HPA	hypothalamic – pituitary – adrenal axis
ICD	International Classification of Diseases
ISCHS	ischemická choroba srdeční
MAO	monoaminooxidáza

MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MR	magnetická rezonance
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NARI	Nor – Adrenaline Reuptake Inhibitors
NIPH	National Institute of Public Health
OECD	Organisation for Economic Co - Operation and Development
PET	pozitronová emisní tomografie
PHQ	Patient Health Questionnaire
PL	praktický lékař
RCN	Royal College of Nursing
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario
RTG	rentgen
SARI	serotonin antagonist and reuptake inhibitors
SSRI	selective serotonin re-uptake inhibitors
WFMH	World Federation for Mental Health
WHO	World Health Organization

Úvod

Podle Českého statistického úřadu se stárnutí obyvatelstva nevyhneme. Ve druhé polovině 21. století v České republice bude žít 2,5 krát více seniorů než dětí. Z dnešní jedné šestiny se počet obyvatel starších 65 let zdvojnásobí na jednu třetinu. Stárnutí populace nevyvrací ani Eurostat statistics explained v rámci Evropské Unie. Narůstající počet stárnoucích osob se odráží ve vývojové struktuře obyvatelstva. Oproti osobám v produktivním věku je nárůst starších obyvatel značný.

Růst podílů starších lidí lze vysvětlit i tím, že vzrostla průměrná délka života. Tyto statistické aspekty poukazují i na zvyšující se výskyt deprese u osob starších 65 let. Zvýšená prevalence deprese u starších lidí by měla vést k tomu, aby se začalo více zaměřovat na diagnostiku depresivních poruch. S přibývajícím věkem je deprese velice špatně rozpoznatelná, neboť může být spojena s jiným typem onemocněním, které se podílí na jejím vzniku. Avšak může být i jejím důsledkem. U seniorů se nevěnuje velká pozornost přítomnosti příznaků deprese. Mnohdy lékaři příznaky deprese spojují s věkem seniora a berou to jako normální a fyziologickou záležitost patřící k běžnému stárnutí.

Téma diplomové práce bylo zvolené z důvodu, že prevalence deprese u starších lidí se zvyšuje a vyskytuje se ve všech typech zdravotnických zařízení. Mnohdy je deprese ve vyšším věku nesprávně diagnostikována a přehlížena. Je brána jako normální projev procesu stárnutí. Neléčená deprese může způsobit nejen závažné zdravotní problémy, ale přináší sebou až fatální důsledky. Snižuje nejen kvalitu života seniora, ale může ho bezprostředně hrozit i na životě. Velkou mírou zasahuje do života také rodinných příslušníků a přátel, kteří jsou v kontaktu se seniorem trpící depresí. Seniorovi se musí věnovat zvýšená péče o jeho duševní a fyzický stav.

V posledních letech dochází k významnému pokroku v profesionalizaci ošetřovatelské péče. Sestra zaujímá roli diagnostičky. Z těchto důvodů je zapotřebí, aby sestra měla odborné znalosti symptomů deprese a byla schopná aplikovat metody pro hodnocení deprese. Aktivní úloha sestry ve využití screeningových metod a hodnotících

škálách, může pomoci k časnému záchytu deprese a snížení komplikací spojených s tímto onemocněním.

Cíl

Hlavním cílem diplomové práce byla identifikace a následná analýza úlohy sester ve screeningu deprese u seniorů. K hlavnímu cíli byly vytvořeny výzkumné otázky, které se zaměřují na roli sester ve screeningu deprese u seniorů pracujících v primární péči, v akutní péči, v zařízeních dlouhodobé péče, domácí péče. Poslední výzkumná otázka, byla zaměřená na využití vhodných hodnotících škál a metod při screeningu a diagnostice depresivního onemocnění ve stáří. Výstupem práce bylo vytvoření e-learningové materiálu v systému Moodle pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Cíle a výzkumné otázky

Cíl: Identifikovat a analyzovat úlohu sester ve screeningu deprese u seniorů.
VO1: Jakou úlohu může hrát sestra ve screeningu deprese u seniorů?
VO2: Jakou úlohu má sestra v ambulantním sektoru ve screeningu deprese u seniorů?
VO3: Jakou úlohu má sestra ve screeningu deprese u hospitalizovaných seniorů v akutní péči?
VO4: Jakou úlohu má sestra ve screeningu deprese u seniorů v zřízeních dlouhodobé a domácí péče?
VO5: Jaké hodnotící škály a metody jsou využívány ve screeningu deprese u seniorů?

Metodika

Pro zpracování teoretické práce byla využita vědecká metoda návrhu a demonstrace. Pro vytvoření teoretické práce bylo nutné využít a zpracovat domácí a zahraniční odbornou literaturu. V této práci byly aplikovány metody návrhu a demonstrace. Při práci s odbornou literaturou byly používány metody review, syntézy a obsahové analýzy dokumentů, cizojazyčné literatury a článků z odborných časopisů a databází. Veškeré potřebné zdroje byly zaměřené na depresi, na nové metody používané při rozpoznávání průběhu deprese u seniorů a na role sester při screeningu deprese. Důležitým zdrojem materiálů pro danou práci byly internetové databáze Světové zdravotnické organizace, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, Českého statistického úřadu a Eurostat Statistics Explained. Z českých tištěných i online odborných časopisů byly použity články především z České geriatrické revue, Medicíny pro praxi, Postgraduální medicíny, Practicus, České a slovenské psychiatrie, Labor Aktuell, Remedia a Sanquis. Ze zahraničních databází, dostupných zejména v anglickém jazyce, byly použity Medscape a PubMed. Databáze Medscape byla pro vyhledávání zdrojů a informací užitečnější než databáze PubMed. Data byly vyhledávány v odborných časopisech The gerontologist, The American Journal of Psychiatry, American Family Physician, American Nurses Today, Nursing Times, American Journal of Nursing, Home Health Care Services Quarterly, Canadian Journal of Geriatrics, Journal of Clinical Psychiatry, The New England Journal of Medicine, Research in Gerontogical Nursing. Informace a dokumenty byly vyhledávány na internetových stránkách odborných organizací zabývající se ošetřovatelstvím. Byly využity organizace ANMF (Australian Nursing and Midwifery Federation), RCN (Royal College of Nursing), RNAO (Registered Nurses Association of Ontario). Pomocí všech doložených pramenů budou uceleny různé názory spojené s touto zkoumanou problematikou.

1 Deprese

Deprese je psychické onemocnění, které může narušovat lidský život po všech stránkách. Dochází ke změnám způsobu myšlení a ovlivňuje tělesný i duševní stav (Plucar, Vávrů, 2005). Patří do skupiny poruch nálady neboli afektivních poruch, které jsou závažné a zahrnují emoční stavy od těžké deprese po mánii. Epizody trvají od několika dnů až po měsíce. Deprese byla dříve nazývána melancholie, projevující se sklíčenou a smutnou náladou, která nemocnému způsobuje vnitřní bolest a trýzeň. Deprese není vůlí ovlivnitelná (Fišar, 2011). Člověk je ohrožen více nemocemi současně, protože deprese omezuje člověka nejen symptomy a komplikacemi, ale i tím, že příznaky deprese jsou často skryté a zatajují skutečnou nemoc (Plucar, Vávrů, 2005). Podle světové zdravotnické organizace je duševní zdraví stav pohody, ve které jedinec uskutečňuje své vlastní myšlenky, umí se vyrovnat se starostmi a stresem běžného života. Dovede pracovat produktivně, užitečně a je schopný něčím přispět do společnosti. Mít dostatek peněz, práce, mít kam jít, mít pohodlné místo k bydlení a lidi o kterých víte, že se na ně můžete kdykoliv obrátit v těžké situaci. Všechno hraje důležitou roli při podpoře a posilování duševního zdraví. Tyto aspekty jsou spojené s duševním onemocněním ve vyšším věku. Starší lidé mají negativní pohled na změny, jako jsou zhoršující se zdraví nebo smrt milovaných osob. Na základě těchto změn dochází k nárůstu vzniku depresivního onemocnění. Stárnutí je přirozený, postupný proces, který je označován za změnu (NIPH, 2007). Honzák (1999) popisuje depresi jako fyziologickou reakci způsobenou ztrátou předmětu či vztahu (Honzák, 1999).

Dle WHO je deprese duševní porucha, která je charakterizována smutkem, ztrátou zájmu, pocity viny, nízkým sebehodnocením, poruchy spánku, sníženou chutí k jídlu, zvýšeným pocitem únavy, špatnou koncentrací a soustředěním se. Problémy mohou mít charakter chronický nebo rekurentní a vedou ke značným změnám v každodenních činnostech. Především vznikají problémy se o sebe postarat (WFMH, 2012).

Deprese může být také nazývána jako „nachlazení“ psychiky. Ačkoliv tato analogie je mylná. K depresivnímu onemocnění bychom měli přistupovat jako ke chronickému

onemocnění. Deprese je charakterizována častými remisemi a recidivami i u vyléčených osob. Většina depresivních poruch nejsou mírné povahy (Scott, 2007).

V roce 1995-1997 byla provedena studie HUNT pomocí dotazníkového šetření u 60 000 lidí, která zjišťovala závislost prevalence deprese a věk dotazovaných. Studie prokázala, že prevalence deprese se zvyšuje s věkem, protože u lidí ve skupině od 20 do 29 let se depresivita vyskytovala u 4 % dotázaných, zatímco ve skupině 80 letých seniorů se pohybovala již okolo 20 %. Pomocí zjištěných údajů z této studie lze vycházet z toho, že prevalence depresivity stoupá s věkem nezávisle na ostatních faktorech a komorbiditách (Pidrman, 2007). Deprese ve vyšším věku není jen o závažných a častých chorobách, ale především snižuje kvalitu života a velice často vede k sebevražednému jednání. Ve vyšším věku, tedy 65 let a více, je incidence výskytu deprese odhadována na 12-15 % (Jirák, 2007). Mnohé odborné literatury a výzkumy uvádějí, že výskyt depresivní poruchy u běžné populace je 1-5 % (Franková, 2010). Drástová, Krombholz (2006), uvádějí, že v běžné populaci je výskyt deprese mezi 5 – 16 % a prevalence je uváděna na 10 % seniorů, u kterých je plně vyjádřena symptomatika splňující diagnostická kritéria. Při aktivním vyhledávání depresivních příznaků u seniorů, včetně neúplně vyjádřených stavů jsou hodnoty 15 – 25 % (Drástová, Krombholz, 2006). U hospitalizovaných seniorů 10 – 15 %, a u seniorů v dlouhodobých zařízeních a domovech pro seniory 12 – 14 % (Franková, 2010). Metaanalýzy studií poukazují na skutečnost, že výskyt deprese u seniorů v zařízeních je mnohem vyšší. V institucích dlouhodobé péče a v nemocnicích se deprese vyskytuje u 30 % seniorů. V České republice epidemiologický průzkum odhadl výskyt deprese u vyššího věku populace na 8 až 9 % a u osob nad 85 let až nad 20 %. U seniorů žijících v institucích, konkrétně v domovech pro seniory, byla depresivita zjištěna u 46 %. Z toho u 12 % seniorů se jednalo o formu těžké deprese a u 34 % o středně závažné projevy deprese (Holmerová a kol., 2007).

1.1 Etiopatogeneze

Vlastní stárnutí samo o sobě nevede ke klinicky vážným poruchám chování. Zvyšující věk přispívá k fyziologickým změnám CNS (centrálně nervového systému), které usnadňují rozvoj behaviorálních poruch. Jedná se o úbytek neuronů, snížení neuronálního metabolismu, nerovnováhy inhibičních a exitačních neuromediátorů (Topinková, 2006). Ve vyšším věku je celá řada příčin, které vedou k rozvoji deprese. U části nemocných se může jednat o pokračování afektivní poruchy z mladšího a středního věku nebo dochází k návratu onemocnění s nástupem organických změn mozku z dřívějších let, kdy se u nemocného objevila první ataka např. při zátěži organismu u žen v období těhotenství a po porodu, u mužů při těžkém stresu nebo z důvodu somatického onemocnění (Konrád, 2013). U pacientů s celoživotně neurotickými poruchami se může ve stáří jejich porucha nálady prohlubovat, stane se protrahovanou a splňuje kritéria depresivní fáze. S ohledem na údaje z anamnézy u těchto pacientů diagnostika nečiní obtíže a většinou jsou léčeni psychiatricky (Drástová, Krombholz, 2006). Ve vyšším věku ovlivňuje etiologii chronický stres, negativní životní události či strukturální změny mozku (Konrád, 2013).

Rizikové faktory podílející se na vzniku deprese, lze rozdělit na predisponující a precipitační (spouštěcí) faktory (Ayars, 2015). Predisponující faktory zvyšují riziko vzniku duševního onemocnění v závislosti na náchylnosti člověka k duševním poruchám. Zvýšené riziko představuje většinou ženské pohlaví, osamocení nebo ovdovění, předchozí deprese v anamnéze, změny v mozku na základě cévního poškození, tělesné či jiné chronické onemocnění, užívání velkého množství různých medikamentů, nadměrné užívání alkoholu, typ osobnosti a ošetřovatelé pečující o osoby s vážným onemocněním. Precipitační neboli spouštěcí faktory jsou podmíněny událostmi či zážitky, které mají vliv na aktivizaci predispozice duševní choroby. Precipitační faktory jsou v interakci s predisponujícími faktory, ale ne u každé člověka musí dojít k psychopatologii. Mezi spouštěcí faktory, o kterých víme, že ovlivňují vznik duševního onemocnění, řadíme traumatické změny, nedávné úmrtí či ztrátu blízké osoby, sociální izolaci z důvodu přestěhování z domova na jiné místo např. Domova pro

seniory, odloučení od rodiny, obtížené rodinné a intimní vztahy, chronický stres a dlouhodobé problémy se spánkem (CCSMH, 2006). Pidrman (2005) popisuje přímé, nepřímé rizikové faktory a vulnerabilní činitele rozvoje deprese ve stáří. Mezi přímé rizikové faktory řadí závažné kardiovaskulární onemocnění jako akutní infarkt myokardu, dále cévní mozkovou příhodu a Parkinsonovu chorobu. Nepřímé faktory jsou vážná, tělesná onemocnění, snížená pohyblivost až imobilita, bolest a komplikace spojené s onemocněním nebo souvisejícími faktory. Vulnerabilní činitelé jsou pozitivní psychiatrická anamnéza, celková fyzická i psychická nečinnost. Ve všech případech platí, že přímá chronická a závažná onemocnění jsou vyšším rizikem pro vznik deprese než akutně vzniklé onemocnění (Pidrman, 2005).

Při vzniku deprese ve stáří se podílejí genetické, biologické a psychosociální faktory (Češková 2007). Z biologického hlediska se předpokládá účast genetické predispozice, deficit neurotransmiterů, cerebrovaskulární a neurodegenerativní změny (Franková 2010). Etiopatogeneze deprese není úplně objasněna. Na tuto skutečnost poukazují mnohé literatury i výzkumy. Lze předpokládat různé hypotézy, které by se mohly podílet na vzniku deprese. Poznatky, které vedly k formulaci hypotéz, se nacházejí v oblasti biologické – genetické faktory, vliv stresu, chronobiologie. V oblasti imunoneuroendokrinní jsou aktivita osy hypotalamus - adenohypofýza – kůra nadledvin, uvolňování cytokinů a v oblasti neurochemické – porušení synaptického přenosu (Sikora, 1997).

Biologické faktory

Genetická predispozice je významnou složkou v patogenezi afektivních poruch. U bipolárního onemocnění byla potvrzena vrozená náchylnost i přesto, že odpovídající geny nebyly dosud identifikovány. Odhadované riziko je 20 % pro příbuzné u prvního stupně bipolárních poruch a 7 % pro příbuzné u prvního stupně unipolárních poruch (Major deprese). Na uplatnění genetiky ve vzniku afektivních poruch poukazují i adaptační studie. Ačkoli úloha a přenos genetických faktorů nejsou dostatečně známy pro vznik onemocnění (Raboch, 2013).

V patogenezi afektivních poruch je věnována pozornost **chronobiologickým hypotézám**, které předpokládají vliv vzniku deprese v určitých biologických rytmech (Raboch, 2013).

Imunoneuroendokrinní hypotézy

Zvýšená funkce osy HPA (osa hypotalamus - adenohypofýza – kůra nadledvin) je indikována u více než 50 % pacientů s depresí. V těžké depresivní fázi po podání dexamethasonu se nevýrazně sníží plazmatická koncentrace ACTH (adrenokortikotropní hormon) a kortizolu. Oproti tomu atypická deprese je spojována s hypokortizolemií charakterizována hypergrafií a hypersomnií. Chronický stres a řada neuropsychiatrických onemocnění vedou k aktivaci osy HPA (Raboch, 2013).

Těžká deprese je spojována s **interleukinovou (cytokinovou) hypotézou**, která předpokládá změny v buněčné, humorální imunitě a v sekreci prostaglandinu. Tyto mechanismy ovlivňují zvýšené uvolňování interleukinů, kteří jsou hlavními imunitními a zánětlivými mediátory (Raboch, 2013). Zánětlivý proces je způsoben externími a interními stresory. Externí stresory jsou podmiňovány psychickými stresory, protože psychický stres může vyvolat zánětlivou reakci se zvýšenou produkcí zánětlivých cytokinů. Interní stresory jsou organická zánětlivá onemocnění. Při souběhu dlouhodobého působení stresu a zánětlivého onemocnění dochází ke snížení mozkového růstového hormonu, následně i k atrofii mozku a k možnosti vzniku deprese. Neurotropní růstový hormon BDNF patří mezi látky, které podmiňují růst mozkové tkáně. Tyto látky jsou potřebné, jak pro rozvoj a diferenciaci neuronů při vývoji mozku, tak pro udržení a přežití neuronů v mozku dospělého člověka (Málková, 2009). Buněčná atrofie a ztráta neuronů je podkladem, že stres nebo deprese snižují expresi určitých faktorů (převážně BDNF) v limbickém systému. Na hlodavcích bylo prokázáno, že různé typy fyzického a sociálního stresu snižují hladiny BDNF v hippocampu. U pacientů s depresí je dokázáno, že hladina BDNF je snížená a zvyšuje se při podání antidepresivní léčby, což naznačuje že BDNF je biomarkerem deprese a léčebné odpovědi (Duman, 2012).

Neurochemické hypotézy

Neurochemická hypotéza se zabývá narušením rovnováhy transdukce nervového signálu v synapsích, která vede k dlouhodobému působení na neuronové aktivity a odpovídá za vznik pocitů (Raboch, 2013. Z časově vývojového hlediska lze neurochemickou hypotézu rozdělit na mediátorovou, receptorovou a postreceptorovou. I daných hypotéz dochází k jejich vzájemnému prolínání. Společným východiskem těchto hypotéz je změna v koncentraci neuromediátorů a jejich metabolitů v mozku, mozkomíšním moku a plazmě (Sikora, 1997). Neurochemické změny spojovány s depresí se tedy dotýkají nedostatku monoaminových neurotransmiterů (noradrenalinu, dopaminu a serotoninu) v mozku, které ovlivňují psychologické a fyziologické účinky. Noradrenalin ovlivňuje motivaci, energii, zájem a koncentraci. Noradrenalin spolu se serotoninem působí na náladu, spánek, úzkost, stres, bolest a adaptace na ně. Samotný serotonin se podílí na sexuální aktivitě, impulzivitě a chuti k jídlu (Vlček, 2014).

Psychosociální faktory

Tvoří významný komplex vlivů, které se ve velké míře podílejí na vzniku depresivních stavů. Při zvolení nevhodné léčby mohou psychosociální faktory i zhoršovat průběh depresivního onemocnění (Anders, 2006).

Smutek a depresivní nálada jsou ve své podstatě normálními reakcemi člověka na opuštění či ztrátu předmětu např. blízkého člověka. Ztráta se může odehrát faktickým odchodem či úmrtím. Také může být i symbolická, např. nečekaný a nepřijatelný způsob chování rodiče či partnera. V komplikované kultuře je člověk ohrožen řadou symbolických ztrát, které mají hluboký význam pro vztah s objektovými osobami (Styx, 2003):

- ztráta širších sociálních vazeb, do kterých lze zařadit emigraci, přestěhování nebo umístění do zdravotnického či sociálních zařízení,
- ztráta prestiže – především z důvodu nezaměstnanosti nebo invalidity,
- ztráta životního naplnění, kdy děti odcházejí žít vlastní život tzv. syndrom opuštěného hnízda,

- ztrátou tělesného schématu, kdy je nutné odnětí orgánu např. amputace, mastektomie,
- vnitřní změnou – po závažných výkonech a operacích např. hysterektomie, transplantace (Styx, 2003).

Psychosociální faktory se během života doplňují a je obtížné odlišit jejich významnost (Praško a kol., 2010). Z psychosociálních faktorů jsou nejvýznamnější změny ve společenském životě seniora. Problémem u osob je odchod do důchodu, kdy dochází k rozloučení s pracovní rolí. Nastávají ztráty pravidelné činnosti, prestiže, izolace od sociální sítě, ale i redukce finančních příjmů (Jirák a kol., 2013). Po odchodu do důchodu si člověk připadá nepotřebný, neuznávaný, neprospěšný. Má pocit, že nemusí nic dělat, nikdo ho nevyhledává a nic po něm nechce. Tato osoba se stává anonymním poživatelem důchodu. Člověk musí začít vyhledávat jiné aktivity spojené s nově vzniklou životní rolí. Odchod do důchodu s sebou přinesl volný čas, který se na konec stává těžkým břemen (Mahrová, Venglářová, 2008). Se stářím jsou spojeny i další typy zátěží. Jedná se především o úmrtí partnera, které představuje omezení až znemožnění sociální a intimní podpory (Jirák a kol., 2013). Ztráta partnera patří mezi nejvyšší stresory ve stáří, protože ztráta celoživotního partnera je nenahraditelná. Stresory, které se podílí na vzniku depresivního onemocnění, jsou silné vazby na rodinu a domov, závažná životní událost, společenská izolace, vzdálenost rodin a přátel (Baštecký a kol., 1994). Úmrtí partnera je velkým zásahem do psychiky a ohrožuje zdraví člověka. Uvádí se, že zdravotně je člověk ohrožen v ročním období po úmrtí svého partnera. Se ztrátou dochází ke změně dosud zažitých věcí a také ke snížení příjmů ve společné domácnosti. Partner se trápí smutkem, žalem a osamělostí. Osamělost se neobjevuje u seniorů jen po ztrátě partnera. Dochází i k postupnému umírání vrstevníků. Postupně se začínají vzdalovat známí i příbuzní, kteří trpí vlastními problémy a onemocněními. Komunikace u starých lidí se stává určitým stereotypem a je velice omezená. Proto každá ztráta jakéhokoliv vztahu je velice pocitově založená (Mahrová, Venglářová, 2008). Další významný faktor je reakce na vážné somatické onemocnění, které může plynule navozovat depresi i biologické vlivy, jako užívání

medikamentů. Při závažném chronickém onemocnění dochází u seniora k rezignaci, apatii, přestanou plánovat svůj volný čas. Uvedené stavy mohou ve stejné závažnosti vyvolat i poruchy hybnosti, stavy po frakturách, cévních mozkových příhodách, ale i ztráta zrakových a sluchových smyslů (Jirák, 2007). Význam sociálních faktorů na vznik deprese u seniorů vyplívají také ze zvýšené nemocnosti v domovech pro seniory a v sociálních službách. Tento fakt je srovnán s populací seniorů žijících v normálním rodinném prostředí (Honzák, 1999).

Sociologický kognitivní model deprese

V etiologii deprese lze využít kognitivního modelu deprese, ve kterém se přepokládá, že v důsledku aktivizace dysfunkčních pravidel podle kterých člověk vnímá realitu, dojde k narušení myšlení. Model neuvádí, že by negativní myšlenky byly příčinou deprese. Podílejí se na ní hereditární, biochemické faktory a stres (Vymětal, 2004).

Depresivní porucha může vzniknout i bez psychologického spouštěcího podnětu. Manifestace a průběh souvisí s nežádoucími situacemi v životě. Z tohoto důvodu je nutné odlišovat dlouhodobé nebo často se opakující patologické změny nálady od přechodných pocitů smutku, které jsou běžnou součástí reakcí na stres, ztrátu blízkého nebo nepříjemnou zkušenost (Vlček, 2014).

V letech 1966 až 2001 v databázi MEDLINE a 1967 až 2001 v databázi PSycINFO byly vyhledávány články s relevantními studiemi a výzkumy, jejichž cílem bylo zjistit rizikové faktory podílející se na vzniku deprese u běžné seniorské populace. V kvantitativní metaanalýze byly použity údaje se 13 rizikovými faktory. Na základě variance pravděpodobnosti 95 % a míry pravděpodobnosti větší než 1 bylo zjištěno, že významným rizikovým faktorem pro vznik deprese jsou úmrtí, poruchy spánku, disabilita, deprese v anamnéze a ženské pohlaví. Potencionálně modifikované byla úmrtí, poruchy spánku a disabilita. Tyto tři významné rizikové faktory se nejčastěji vyskytují u starší populace a lze očekávat i významný dopad na veřejné zdraví. Přes metodologické omezení studií a zmíněné metaanalýzy mohou zjištěné výsledky vést k rozvoji programů prevence deprese v seniorské populaci (Cole, 2003).

1.2 Typy deprese

Depresi lze rozdělit pomocí klasifikačních kritérií podle příčiny na primární a sekundární, dle polarity na bipolární nebo unipolární, dle intenzity na lehkou, střední a těžkou, podle délky trvání či přítomnosti psychotické deprese s psychotickými příznaky (Raudenská, 2011). Depresi se rozčleňuje i do tří základních skupin na psychogenní, endogenní a somatogenní depresi. Psychogenní deprese bývá nejčastěji způsobena vnějšími faktory a příčinami, které se nacházejí v životě člověka. Tato deprese může být i důsledkem dlouhodobého přetěžování organismu. Vyvolávající příčinnou jsou i krizové situace. Do krizových situací lze zařadit ztrátu blízké osoby (partnera, děti, rodiče, přátele) a změnu životních okolností, například odchod do starobního důchodu nebo dlouhodobá nezaměstnanost. Ženy ovlivňuje deprese v období menopauzy. Seniory doprovází problémy s osamělostí, výskytem onemocnění nebo nepříjemné a stresující zážitky z dětství, s kterými se člověk ani v dospělosti nedokáže vyrovnat (Plucar, Vávrů, 2005). U endogenní deprese není známá žádná vnější etiologie, která by mohla být dávána do souvislosti s výskytem deprese. Tento druh deprese se Objevuje náhle a rychle i odeznívá. Zvláštní formou této deprese je deprese bipolární, která je proložená manickými fázemi. Projevuje se zcela odlišnou náladou u nemocného s typickými manickými projevy, které jako hyperaktivita, pocity štěstí, ztráta zábran či menší potřeba spánku. Emoční výkyvy jsou velice výrazné (Plucar, Vávrů, 2005). Somatogenní deprese se vyskytuje v souvislosti s tělesným onemocněním člověka např. při onemocnění způsobené postižením mozku. Řadí se sem i velice častá poporodní deprese, která je zapříčiněna hormonálním výkyvem v průběhu těhotenství (Plucar, Vávrů, 2005).

Deprese ve starší populaci se vyskytuje společně s různými somatickými chorobami nebo jako součást sníženého přizpůsobení se na akutní nebo chronický stres. (Raudenská, 2011). Nejčastější typy depresivních poruch jsou depresivní epizoda, rekurentní (periodická) depresivní porucha, deprese v rámci bipolární afektivní poruchy, dystymie, smíšená úzkostná a depresivní porucha, deprese v rámci reakce na stres a organická afektivní porucha (Kalvach, 2011).

Typy deprese ve stáří

Ve stáří je velmi častá organická afektivní porucha, která může mít mnoho příčin. Pro diagnostiku organické depresivní poruchy musí být prokázána příčina organického faktoru. Nejčastějším etiologickými faktory je cerebrovaskulární onemocnění, u kterého se deprese vyskytují při postižení přední části levé hemisféry. Depresi mohou vyvolat organické příčiny z řad mozkových nádorů, neurodegenerativních onemocnění, některé somatické projevy, medikace, demence na vaskulárním podkladě, ale i fraktury, zejména krčku femuru. Organická depresivní porucha ve většině případů dosahuje velké intenzity depresivních onemocnění, i když se může manifestovat jako ostatní typy depresí (Jirák a kol., 2013). Ze somatických onemocnění se deprese objevuje nejčastěji u nádoru pankreatu, kdy se deprese začne projevovat dříve než gastrointestinální symptomy, u onemocnění štítné žlázy, perniciózní anémie, ale i u chronického selhání srdce a plic nebo bolestivých onemocnění pohybového aparátu omezující pacienta v mobilitě. Častěji je deprese spojována s polymorbiditou a sníženou soběstačností seniora ve zdravotnických i sociálních zařízeních (Neurwith, Topinková, 1995). Pro depresi ve stáří je charakteristické, že přichází společně s jinými onemocněními. Multimorbidita a její symptomatologie, může být zdrojem atypického obrazu ve vyšším věku. Multimorbita a výskyt více onemocnění najednou nepřicházejí úplně nezávisle, ale mohou být charakteristické ve společných rizikových faktorech a etiopatogenezi. Známo je mnoho údajů, které prokazují vzájemnou souvislost deprese a somatických onemocnění. Poukazuje se i na to, že léčba a vedlejší účinky léků při léčbě onemocnění mohou depresivitu pacientů zhoršovat (Baštecký a kol., 1994). Vysoké riziko rozvoje deprese je u pacientů s chronickým onemocněním. Chronické onemocnění představuje více jak 70 % úmrtí, invalidity a nákladnosti na zdravotní péči. V současné době žije mnoho jednotlivců s jedním i více chronickými onemocněními, proto je nezbytné u těchto pacientů sledovat a věnovat pozornost jejich emoční a psychické složce (Hill, 2013). Jirák (2004), poukazuje na skupiny osob, v rámci kterých se ve stáří může objevovat depresivní symptomatika. Jedná se o bipolární afektivní poruchu, rekurentní depresivní poruchu, depresivní fázi, dysthymii, organickou afektivní poruchu a depresi jiné příčiny. Bipolární afektivní porucha, která většinou přechází ze středního věku

nemocného a projevuje se nepravidelným střídáním depresivních a manických fází. Rekurentní (periodická) depresivní porucha může přecházet ze středního věku pacienta nebo vzniká až v pokročilejším věku. Dříve se tato forma nazývala involuční deprese. U depresivní fáze se deprese objeví poprvé v životě nebo i opakovaně, ale s dlouhým časovým odstupem. Příčiny dřívější deprese nesouvisí s nynější depresivní fází. Dysthimní porucha je stálá porucha osobnosti s výskytem subdepresivní poruchy nálady. Avšak nikdy se nejedná o těžkou depresi včetně psychotických depresivních poruch. U organické depresivní poruchy se velmi často objevují depresivní příznaky v rámci organických mozkových poruch. Pro diagnostiku organické deprese musí být přesně definováno organické mozkové onemocnění. Často se může vyskytovat u demencí nebo lehkých poruch poznávacích funkcí. Podle různých statistik, jejichž údaje se značně liší, se u Alzheimerovy choroby vyskytují přidružené depresivní příznaky v 10 – 50 %. Deprese jiné etiologie jsou ve vyšším věku poměrně vzácné, především se jedná o depresivní neurózu.

Problémem v praxi je fakt, že žádná z klasifikací DSM V. ani MKN 10 plně nevyhovuje klinickému obrazu deprese v pozdním věku. Proto je z didaktického hlediska více srozumitelné rozlišit depresi na primární a sekundární. Primární deprese, které jsou neorganické příčiny, tvoří podle různých studií 10 – 25 % všech depresí v pozdním věku. Z důvodu vážnosti deprese by většina pacientů měla být v péči psychiatra. Sekundární deprese tvoří nejpočetnější soubor starých lidí, kdy deprese je zapříčiněna nebo potencována somatickým onemocněním nebo organickým postižením mozku. Mezi sekundární deprese řadíme stavy, kdy deprese je vyvolána léky či toxickými látkami nebo jako následek maladaptace na vážné nepříznivé životní události (Neurwith, Topinková, 1995).

1.3 Klinické příznaky

Deprese je charakterizována smutnou náladou, ztrátou zájmu, motivace a potěšení po dobu dvou týdnů. Objevuje se ztráta vnitřní energie, pomalé tempo, ztráta výkonu v činnost, které předtím nemocný zvládal kvalitně. Vyskytuje se pesimistické myšlení, někdy mluvíme až o černých myšlenkách, které mají tendenci narůstat. Mnohdy jsou pocity tak neúnosné a vygradují až na sebevražedné myšlenky. Klesá mentální výkon, snižuje se chuť k jídlu a vyskytují se poruchy spánku. Deprese může vyvolat i tělesné obtíže (Orel, 2012).

Klinické projevy deprese u starších pacientů jsou podobné. Avšak důležité je věnovat pozornost rozdílnému prezentování. Starší lidé si na depresivní náladu a smutek stěžují daleko méně a depresi se snaží maskovat (Sally, 2006). Depresivní příznaky se mohou vyskytovat u mnoha duševních onemocnění a poruch, projevujících se poruchou emotivity, kognitivních funkcí, osobnosti a změny v chování (Vágnerová, 2004).

„Je to jako černota… Jde to pomalinku… První ztratíte vůli, nemůžete si nijak pomoct. A ještě máte černé svědomí z toho, že to nemůžete změnit.“ (pacient trpící periodickou depresí), (Vágnerová, 2004. s. 374)

Poruchy emotivity

Poruchy v oblasti emočního chování a prožívání jsou nejvýznamnějším kritériem v diagnostice deprese. Hlavním příznakem je patologická nálada, která neodpovídá momentální životní situaci. Depresivní onemocnění není svojí intenzitou ani dobou trvání vázané ke konkrétní situaci. Emoční prožívání ztrácí orientační a adaptivně regulační funkci. Člověk trpí depresí, nedokáže emocionálně reagovat na podněty vyvolávající tuto reakci a to i ve vztahu k blízkým lidem. Ztrácí schopnost prožívání radosti a je zde velké riziko vzniku afektivního stuporu, který se projevuje jako pocit prázdnoty neboli úplná ztráta emočního prožívání (Vágnerová, 2004). Depresivní nálada je přítomna po většinu dne a objevuje se téměř každý den. V průběhu dne se může lišit její intenzita, kdy u velké deprese je charakteristicky horší v ranních

hodinách. Člověk náladu popisuje jako nezájem o běžné činnosti, které dříve vykonával. Také není schopen prožívat potěšení ani radost (Redfern, 2006).

Poruchy kognitivních funkcí

Depresivní porucha se projevuje poruchou rovnováhy mezi interakcí rozumového a emočního hodnocení. Narušením kognitivních funkcí se může projevit negativním automatickým myšlením, bludnými symptomy, celkovým zpomalením a útlumem psychických procesů. Negativní postoj nezahrnuje pouze zážitky v přítomnosti, ale všechny vzpomínky i zkušenosti jsou negativně hodnoceny. Obzvlášť traumata z minulosti nabývají dominantního významu k negativnímu vztahu do budoucnosti. Nemocný trpící depresí má pocit, že ničeho již nedosáhne a nic dobrého ho v životě nepotká (Vágnerová, 2004). Americký psycholog Aaron Beck předpokládá, že klinická deprese vzniká jako důsledek negativních a sebezničujících myšlenek. Na základě negativních myšlenek se vyskytují předpoklady podporující negativní myšlenky. Např. „Nestojím za nic." „Nikdo mě nemá rád." „Ostatní si všimnou, že jsem horší." Tyto předpoklady vytváří negativní přesvědčení a myšlenky, které dle Becka jsou příčinou deprese. Přistupuje tedy úplně opačně k depresivnímu onemocnění než většina psychiatrů, kteří jsou názoru, že negativní myšlení je jeden z příznaků deprese, nikoli příčina (Cantopher, 2012).

Existují různé hypotézy o průběhu kognitivního deficitu u pacientů s depresivní poruchou. Zabývají se tím, co předcházelo prvnímu projevu depresivních příznaků a co prvním příznakům kognitivního deficitu. Stále není ustálena myšlenka, zda deprese je následkem nebo příčinou narušení centrální nervové soustavy. První hypotéza je zaměřena na dlouhodobý stres, nerovnováhu transmiterů a na faktory ovlivňující mozek predisponované osoby, což má za důsledek narušení plasticity mozku a rozvoj nejen poruch kognice, ale i emocí. Poukazuje na to, že deprese je následkem poškození mozku. Druhá hypotéza se domnívá, že až samotná deprese vede k poškození mozku s rozvíjející se kognitivní poruchou a neschopností zvládat běžné denní činnosti (Preiss, 2006).

U pacienta trpícího depresí bývají zpomalené a utlumené poznávací funkce. Pacient není schopen ovládat svoji pozornost a soustředit se. Snížená koncentrace pozornosti ovlivňuje negativně proces zapamatování a myšlení. Často se pacient cítí unavený, těžko vzpomíná a vybavuje si věci z paměti, které potřeboval a stěžuje si na neschopnost se rozhodnout. Pacient na nás může působit, jako by trpěl nedostatkem inteligence, ale v tomto případě jde o konsekvenci celkového zpomalení a útlumu psychických procesů (Vágnerová, 2004).

Změny v chování

Depresivní onemocnění se u pacienta odráží v jeho celkovém vzhledu a chování. Dalším z hlavních příznaků lze u pacienta pozorovat změny psychomotorického tempa (Vagnerová, 2004). Změny psychomotorického tempa většinou směřují ke zpomalení tzv. bradypsychismus (Jirák, 2004). Projevuje se sníženou aktivitou, energií a zvýšenou unavitelností. Změny jsou viditelné v mimice, pantomimice a jiných motorických projevech, kdy pacient má v obličeji strnulou mimiku, výraz beznaděje a ochablé držení těla. Pohyb je velice pomalý, reakce na podměty je se značnou latencí, osoby celkově projevují jen minimální aktivitu, jejich řeč je tichá, zpomalená a monotónní (Vagnerová, 2004). Útlum psychomotoriky může být tak velký, že připomíná stupor, který se projevuje pohybovým strnutím spojeným s negativistickým postojem (Jirák, 2004).

Změny osobnosti

Depresivní porucha ovlivňuje celou osobnost člověka. Pacient je pesimistický ve vztahu k vlastní osobě a má zhoršené sebehodnocení. Projevuje se nepřiměřenými pocity méněcennosti a neadekvátními pocity viny. Pro nemocného je všechno složité a je přesvědčen, že nic nezvládne a nedokáže. Pacient se může projevovat i hypochondrií, kdy vykazuje pesimistické hodnocení stavu svého těla i jeho funkcí. Celkově narušené sebepojetí se odráží do mezilidských vztahů, společenského dění a je důsledkem problémů soukromého života pacienta (Vágnerová, 2004).

1.3.1 Odlišnosti klinického obrazu deprese ve stáří

Deprese u starých lidí velice často nesplňují diagnostická kritéria, která platí pro identifikaci depresivní fáze, ale naopak u pacientů nacházíme další jinou symptomatiku, která se u mladších pacientů neobjevuje. Porucha nálady u seniorů nemusí být vždy v popředí klinického obrazu nemoci. Nacházíme spíše větší sklon k somatizaci a bohužel i větší tendenci k chronifikaci deprese (Drástová, Krombholz, 2006). V klinickém obrazu deprese ve stáří jsou některé specifikace a odlišnosti od klasických depresí ve středním věku. Příznaky jsou atypické, častěji pronikají do tělesných projevů. Tělesné symptomy jsou ve většině případů, tak obtížné, že psychická symptomalotologie jako pocit smutku, viny a chorobné sebehodnocení, odstupují do ústraní (Baštecký a kol., 1994). Obvykle má deprese ve stáří nespecifický klinický obraz, který znesnadňuje diagnózu. Podle psychiatrů bývají deprese u starších lidí závažnější než v mladším věku (Neurwith, Topinková, 1995). Mnohdy deprese ve stáří se může manifestovat jako hypochondrické stesky, výraznou podezřívavostí a vztahovačností. U pacientů je zjištěn nižší práh pro vnímání bolesti a podmíněnost percepce vegetativních symptomů převážně v dutině břišní (Baštecký a kol., 1994). Proto někdy chronická bolest, pro kterou chybí vysvětlení, může být jediným projevem deprese (Neurwith, Topinková, 1995). Prožitky tedy více somatizují než si uvědomují (Baštecký a kol., 1994). Somatizace je výskyt tělesných obtíží bez zjevné organické etiologie někdy nazývané jako depresivní ekvivalenty. Jedná se o projevy stěhovavé bolesti, symptomatologie v oblasti gastrointestinálního traktu jako meteorismus, zácpa, snížený apetit, bolesti v epigastriu nezávisle na jídle. Pacient si může stěžovat i na kardiální projevy, bolesti na hrudi, palpitace a další (Kalvach et al., 2011). Lužný (2012), poukazuje na rozdílnost příznaků deprese ve starším věku oproti dospělému. U staršího člověka bývá přítomno více atypických příznaků a to zvýšená podrážděnost, dysforie, agitovanost, zmatenost, somatizace, výčitky, poruchy apetitu a sebehodnocení. Mezi častější příznaky zařazuje i alexythymie, kdy senior není schopen verbálně vyjádřit své depresivní prožitky a mezi méně časté řadí typické příznaky jako smutek a anhedonii, které jsou přítomné v dospělém věku. Výskyt přechodných příznaků jako jsou smutek, apatie, nespavost, nechutenství a další, je u jedné třetiny seniorů.

U institucionalizovaných seniorů až 40 %. Senioři, kteří splňují kritéria pro mírnou depresi je 10 - 15 % a 1-4 % jsou senioři, kteří splňují kritéria pro středně těžkou a těžkou depresi (Lužný, 2012).

Starší lidé s depresí citlivěji vnímají a přehodnocují oslabení paměti a stěžují si, že nerozumí. Také neumí přiměřeně reagovat a tím mají nízké skóre kognitivních testů (Pidrman, Kolibáš, 2005). Průběh deprese je často závažnější a má vyšší tendenci k relapsům a chronicitě onemocnění (Baštecký a kol., 1994). Mezi nespecifické příznaky lze zařadit iritabilitu, bolesti, únavu, zácpu, pocity prázdnoty, nepotřebnosti, bezmoci, stagnaci od sociálních aktivit, uzavření se do sebe a poruchy paměti. U 2/3 seniorů trpících depresí je přítomná subsyndromální deprese (Topinková, 2005). Subsyndromální depresivní poruchou u dospělých a geriatrických pacientů se zabývalo mnoho výzkumníků v dlouhodobých studiích. Subsyndromální deprese je operačně definována jako výskyt jakýchkoliv dvou nebo více souběžných příznaků deprese, trvajících většinu nebo celý den po dobu alespoň dvou týdnů, je spojována s důkazy o sociálním dyskomfortu vyskytujícím se u jedinců, kteří nesplňují kritéria deprese ani dysthymie (Roose et all., 2004).

Jak již bylo řečeno, ve stáří je symptomatika deprese odlišná. Seniorovi se může zdát, že již dosáhl všeho, co mu život nabídl nebo přišel o vše, co pro něj mělo zásadní význam. Má pocit, že další roky nevedou k posunutí se někam dál a je nutné, se s tím smířit. Někdy má i pocit, že něco promeškal ve vztahu k druhým lidem. Senioři by se měli povzbuzovat a naplnit jim život jinými aktivitami (Venglářová, 2007).

Franková (2010), rozlišuje různé formy depresivních poruch ve stáří podle klinického obrazu. Forma depresivní je s přítomností depresivních symptomů, jako jsou sebeobviňování, ztráta zájmu o aktivity, přání zemřít či suicidální myšlenky. Forma apatická bez zjevných příznaků deprese, s výskytem objektivně patrného nezájmu o aktivity a běžné činnosti, neschopností vyjádřit radost, potěšení a apaticko-abulickým syndromem. Forma somatická, kde jsou v dominanci somatické stezky, které se projevují bolestí, nechutenstvím, nespavostí bez tělesné příčiny, anebo je přítomno úmyslné zveličování tělesných poruch. Forma s převahou úzkostlivých příznaků typická u pacientů trpících depresí, kdy pacient je neklidný, podrážděný, v napětí, neustále se

dožaduje pozornosti, dotazuje se, opouští místnost, je přítomná vegetativní symptomatika. Forma behaviorální, kde je přítomná dysforie – rozladění pacienta s pocitem nepohody, většinou zvýšená, ale neúčelná aktivita, pacient neklidně přechází, trpí nespavostí, většinou u mužů se objevují impulzivní stavy agresivity. Forma psychotická s přítomností psychotických příznaků nejčastěji se jedná o bludy viny, záchvaty žárlivosti, hypochondrické či nihilistické bludy, které se vyskytují u 4 % ambulantních pacientů s depresí a u více než 45 % hospitalizovaných pacientů trpících depresí (Franková, 2010). Holmerová, Vaňková a Jurašková, In: Pidrman (2007), popisují jednotlivé klinické obrazy deprese ve vyšším věku. U maskované deprese jsou pacientem uváděny rozličné, vzájemně nesouvisející a pro objektivní nález nepodložené stesky. Jsou to především problémy s vyprazdňováním, zažívací problémy a jiné. U těchto pacientů je méně úspěšná rekonvalescence i rehabilitace. Deprese s algickými projevy je podobná maskované depresi, avšak pacienti si stěžují na bolesti, které neodpovídají objektivnímu nálezu, anebo jsou intenzivnější, než je obvyklé při stávajícím stavu. U deprese s hypochondrickými stesky pacienti trpí různými bolestmi a stesky jako v předešlých depresích, ale jsou přesvědčeni, že trpí závažným život ohrožujícím onemocněním, kdy není známé žádné klinické podezření. Z důvodu akutnosti, s kterou pacienti přicházejí, jsou často vystavováni zbytečným vyšetřením. Deprese s apaticko-abulickými rysy je častá forma deprese ve stáří. Záludnost této deprese je právě v nenápadnosti, kdy se u pacientů projevuje nezájmem o sebe a o své okolí, ztrácí zájem o svůj zevnějšek, zanedbávají svoji domácnost, hygienické a stravovací návyky. Malnutrice může být důsledkem této deprese. Deprese provázená zhoršením soběstačnosti a výskytu somatických onemocnění může u pacienta vést k malnutrici, sarkopenii, výskytu kožních defektů a opruzenin zapříčiněné nedostatečnou hygienou. U depresivní pseudodemence dominuje porucha kognitivních funkcí a bývá přítomna krátkodobá porucha paměti a dezorientace. Agitovaná deprese přichází u pacientů s určitým stupněm kognitivní poruchy. Nejsou schopni zhodnotit stávající pocity dyskomfortu a projevují se agitovaností a neklidem. Souvislost úzkosti a deprese je častou komorbiditou deprese, protože deprese zhoršuje úzkost pacienta. Další častou komorbiditou vyššího věku jsou deprese a chronická onemocnění, která se

vzájemně ovlivňují a zesilují. Správná léčba deprese může zmírnit pacientovi utrpení, která chronická onemocnění způsobují. Deprese bývá pravidelnou průvodkyní terminálních stavů a antidepresiva svým účinkem působí jako adjuvantní analgetika. Z tohoto důvodu by terapie antidepresivy v terminálních stadiích onemocnění neměla být opomíjena a měla by být terapie intenzivní a zahájena včas (Holmerová, Vaňková a Jurašková In: Pidrman, 2007).

1.3.2 Rozlišení deprese od demence

Rozlišení deprese od demence je základním gerontopsychiatrickým problémem v diferenciální diagnostice, kdy u depresivních pacientů ve stáří se objevuje i kognitivní deficit (Mlčoch, 2012). Pacienti mohou někdy natolik zdůrazňovat svůj úbytek intelektových funkcí, že deprese bývá mylně diagnostikována jako demence (Baštecký a kol., 1994). U depresivního syndromu nejsou kognitivní funkce primárně poškozeny, avšak nemocní nejsou schopni tyto funkce dostatečně využívat. U těžších forem deprese dochází někdy k napodobování klinického obrazu demence tzv. depresivní pseudodemence. Pacienti trpící depresivní pseudodemencí si často stěžují na poruchy paměti a na celkové zhoršení intelektuálních funkcí. Někdy tyto stížnosti jsou nejvíce nápadným projevem nemocných. Naopak řada pacientů trpící demencí si zhoršení těchto funkcí neuvědomuje nebo je zpočátku disimulují. Pro diagnostické posouzení rozdílnosti demence od deprese je velice důležitá anamnéza, protože demence na rozdíl od deprese vzniká pomaleji. Deprese se častěji opakuje a vyskytuje se v anamnéze. Důležitá je i odpověď na léčbu antidepresivy, protože není chyba pacientovi s demencí podat moderní antidepresiva, ale je chyba pacientovi s depresí tyto léky nepodat (Jirák, 2007). Diferenciální diagnostiku deprese a demence posuzujeme v rozdílnosti, v anamnéze, v chování, v neuro-psychologických testech, při podání dexamethasonu a při zkušebním podání antidepresiv (Pidrman, 2007).

Tab. 1 Diferenciální diagnóza deprese a demence

	Svědčí pro depresi	Svědčí pro demenci
Anamnéza	Deprese u příbuzných Relativně náhlý začátek trvání Trvání méně než 6 měsíců Trvající patická nálada	Demence u příbuzných Plíživý začátek, trvání déle než 6 měsíců Plochá, proměnlivá nálada
Chování	Horší výkon ráno Člověk se nesnaží, zdůrazňuje poruchy Bludné představy jako vina, nemoc	Horší výkon večer Člověk se snaží, ale chybuje, bagatelizuje poruchy Bludné poruchy jako okrádání, cizí lidé v bytě
Neuropsychologické testy	Zpomalené myšlení Omezená pohotovost ke komunikaci Vizuálně-konstrukční a praktické schopnosti neporušeny	Ztížené řešení problémů, vyjadřování, pojmenování, snížená plynulost řeči Porucha vizuálně-konstrukčních schopností Apraxie
Dexamethason-supresivní test	Bez suprese	Normální odpověď
Zkušební podání antidepresiv	Zlepšení stavu	Stav beze změn

Zdroj: Holmerová, Vaňková, Jurašková In: Pidrman, 2007, s. 115)

Problémem v diferenciální diagnostice je, že dochází k překrývání příznaků deprese a demence. Jedná se především o ztrátu zájmu o příjemné aktivity, zvýšená sociální izolace, poruchy koncentrace, změny v příjmu potravy, pokles energie a poruchy spánku. Avšak řada příznaků deprese je shodná s příznaky demence jen povrchově. U deprese je ztráta zájmu o dříve příjemné aktivity způsobená pocitem nedostatku v dané aktivitě. Zatímco u demence je ztráta zájmu důsledkem ztrátou paměti. U seniorů je nutné po příznacích pátrat cíleně, ptát se na vztahy s rodinou, vnoučaty a přáteli, protože u pacienta trpícího demencí bez deprese je zachována radost z kontaktů s rodinou a vnoučaty (Franková, 2010). Pacienti s demencí mají někdy tendenci maskovat depresivní příznaky úsměvem, kdy stav pacienta připomíná obraz „tupé euforie“. Pro diagnostiku deprese u dementních pacientů je využívána Cornell Scale for Depression in Dementia, která objektivně hodnotí psychické, behaviorální a tělesné známky depresivní poruchy (Franková, 2010).

2 Diagnostika deprese ve stáří

Doposud nebyly klasifikovány jednoznačné znaky afektivních ani dalších duševních poruch. I když bylo zkoumáno mnoho biochemických, elektrofyziologických, neuroendokrinních, imunologických parametrů, není v současné době biochemické ani genetické vyšetření, které by mohlo jednoznačně diagnostikovat depresivní poruchu. V diagnostice se využívá klasické a speciální biochemické vyšetření, endokrinní a imunologické testy, EEG a magnetoencefalografie, EKG, zobrazovací metody jako RTG, CT, MR, PET a další (Raboch, 2013). Poledníková a kol. (2006) do diagnostiky deprese zahrnuje tyto postupy a vyšetření: anamnézu, kde sbíráme informace o onemocněních, medikaci, abusech, sebevražedných myšlenkách, bolesti, osamělosti a sociálních podmínkách; laboratorní diagnostiku, kde nás zajímá koncentrace hormonů štítné žlázy, vápníku v krvi a další; fyzikální vyšetření, na jehož základě lze zjistit možné příčiny a komplikace deprese, protože pacient může působit zanedbaně z důvodu nedostatečné hygieny, má sklony k sebepoškozování nebo má poruchy v oblasti výživy; psychodiagnostiku, která je prováděna pomocí hodnotících škál pro geriatrické pacienty (Poledníková, 2006). Deprese ve vyšším věku se skládá z více příčin a vyjadřuje komplex příznaků, které mohou být vodícím a užitečným diagnostickým prostředkem. Hodnocení seniora vyžaduje metodický přístup, který zkoumá zdravotní, neurokognitivní a psychologickou prezentaci pacienta. U primárních psychiatrických poruch musí být rozlišovány tři změny: nálada, úzkost a primárně psychické poruchy (Dines a kol., 2014).

Životně důležitý pro zjištění diagnózy u starších pacientů je screening organických patologií. Fyzikální vyšetření by mělo být běžnou praxí a prováděno individuálně na míru konkrétního pacienta. Rutinní vyšetření krve by mělo obsahovat úplný krevní obraz, elektrolyty, jaterní testy, glukózu, hormony štítné žlázy, vitamín B12 a folát (Jackson et all, 2009).

Vzhledem k obtížné verbalizaci prožitků seniora, zvýšenému soustředění se na tělesné stížnosti, kognitivním problémům a komorbiditě s ostatními tělesnými chorobami, které na sebe vážou pozornost, je přítomnost deprese ve stáří nedoceněna.

V důsledku toho je často přehlížena, špatně diagnostikována a léčena (Pidrman, 2005). Diagnostika deprese by mohla být snadná v případě, že na depresivní onemocnění pomyslíme. Pokud nehrozí riziko z prodlení, je vhodné nemocného postupně navést k pochopení a přijetí jeho onemocnění. Komplexně je vše složité, protože pacienti často odmítají svoji diagnózu a hledají příčinu v jiném somatickém onemocnění (Plucar, Vávrů, 2005). Nerozpoznané a neléčené poruchy chování vedou k ohrožení pacienta, rodiny i okolí. U pacienta trpícího depresí se zhoršují citové vazby s rodinou i blízkými přáteli, obtížně se zařazuje do komunity, což může vést až k úplné sociální izolaci. Celkově se zhoršuje kvalita života seniora i jeho rodiny. Hrozí i zanedbání zdravotních problémů a rozvoj zdravotních komplikací. Pacient je ohrožen nežádoucími účinky léčby, zvýšeným rizikem pádu a non-compliencí, kdy pacient nedodržuje léčebný režim (Topinková, 2006). Neléčená deprese má závažné důsledky na tělesné komplikace, kdy tělesná choroba nemocného může být přehlédnuta pro nekvalitní kontakt s pacientem, ale i na strádání po stránce osobní i mentální (Pidrman, 2005).

2.1 Identifikace a diagnostika deprese ve stáří

Sestry v diagnostice deprese mají svoji nezastupitelnou roli. Mohou být prvními osobami, které si všimnou změny v chování, dokážou odhadnout hloubku deprese a tím i předejít sebevražednému chování (Plucar, Vávrů, 2005). Lékař stanovuje diagnózu deprese. Spolupráce sestry je nezastupitelná také v přesvědčení pacienta, aby se léčil, v případě, že ztratil víru ve své uzdravení. Sestra pacientovi může mnohem vlídnějším a méně autoritativnějším způsobem vysvětlit, že deprese je nemoc léčitelná a po odeznění či ústupu se navrátí životní síla a elán (Honzák, 2008.). Identifikace a diagnostika deprese může být komplikovaná v každém věku, ale zvlášť u starších lidí. Diagnostika deprese ve stáří s sebou nese mnoho společných překážek, převážně v komunikaci a to v důsledku sluchového postižení nebo zhoršení kognitivních funkcí. Diagnostiku ovlivňuje i špatné chápání, jak rozeznat běžné známky stárnutí od nemoci. Vzhledem k tomu, že deprese u staršího člověka ovlivňuje tělesné funkce, je obtížné

rozlišit, zda fyzické změny jsou zapříčiněny současným onemocněním nebo depresí (CCSMH, 2006). V diagnostice je důležité rozlišit formu neurotické deprese od těžších forem, kde hrozí riziko sebevražedné aktivity. Deprese se vyskytují častěji v ročních obdobích na jaře a na podzim. Psychogenní deprese se může objevit kdykoliv, nebývá zcela vázána na denní rytmus ani roční období (Dušek, 2010). Deprese ve stáří bývá často skrytá. Senioři o depresi neradi mluví, mají z ní obavy a velmi málo vyhledávají odbornou pomoc (Pidrman, 2007). Diagnostika je komplikovaná faktem, že senior nerozliší, že trpí depresivním onemocněním (Jirák a kol., 2009). Deprese u starších pacientů může být tzv. maskovaná nebo larvovaná, kdy psychické projevy deprese jsou zastíněny tělesnými problémy, jako jsou sevření a tlak na hrudi, bolesti celého těla či zažívací obtíže (Orel, 2012). Proto přesné hodnocení deprese u starších osob představuje problém v popírání deprese, i přes vyplývající klasické příznaky (Helroyd, 2000). Někteří pacienti tělesné potíže přednostně nabízejí a tak skrývají správnou podstatu onemocnění. Dokonce i pacienti, kteří mají opakovanou zkušenost s depresí i léčbou, se snaží vyhnout psychiatrické diagnóze a další odborné péči (Honzák, 1999). V diagnostice deprese je důležité nezaměnit depresi za demenci a nepřehlédnout ji, protože deprese s chudšími projevy může připomínat demenci. Senioři si často stěžují na poruchy paměti, Na základě těchto zjištění je podstatné aktivně pátrat po příznacích deprese, i při současných poruchách paměti a intelektu (Jirák a kol., 2009).

Při diagnostice depresivních poruch ve stáří lze využít metodu kvalitativního a kvantitativního zkoumání prožitků za předpokladu, že pacient je schopen otevřeně a samostatně hovořit. Při zkoumání emocí během rozhovoru se provádí současně i klinické vyšetření. U pacienta pozorujeme pláč, vzlykání, monotónní a tichou řeč nebo unavenost. Během rozhovoru se musíme ptát i cíleně pro efektivní odebrání anamnézy pacienta. U pacientů, kteří nejsou schopni spontánně hovořit o svých prožitcích, se využívá dotazníkových metod nebo hodnotících škál zaměřených na hlavní symptomy (Baštecký a kol., 1994). Od počátku je nutné, uznávat pacientovi obtíže a nebagatelizovat jeho projevy, aby neměl pocity nepochopení (Plucar, Vávrů, 2005). Vyšetření pacienta bývá zpravidla náročnější než u pacienta mladšího věku. Při zjišťování anamnézy je nutné se zaměřit na rodinu a osobní anamnézu, u které nás

zajímá výskyt psychických somatických onemocnění u pacienta i přímých příbuzných. Dále se zajímáme o dětství pacienta, jeho vzdělání, zaměstnání, vztahy s partnerem a dětmi, bydlení, psychomotorický vývoj, splněná a nesplněná přání a povahové rysy. Dalším faktorem je zaměření na psychické obtíže a somatické poruchy. Důkladná anamnéza psychických stavů zahrnuje i problémy s pamětí, kognitivní funkce a výskyt poruch nálad. Objektivní anamnéza je nezbytnou součástí. U seniorů, kteří žijí osaměle, je někdy obtížné anamnézu získat. V tomto případě je efektivní šetření sociální pracovnicí v místě bydliště. Anamnéza somatických poruch nám pomůže objevit etiologické faktory současného onemocnění. Zaměřujeme se také na smyslové vady. Zajímáme se i o lékovou anamnézu, kde se klade důraz na zhodnocení současné i minulé medikace, nevhodné kombinace léčiv, sklon k abúzu. Nevhodná medikace může mít svůj podíl na výskytu psychických obtíží. U seniora musíme posoudit i oblast interpersonálních vztahů, současné i minulé negativní životní události, které mohou v seniorovi výrazně ovlivňovat psychickou morbiditu. Zjišťujeme u seniora, jak zvládá aktivity denního života, zda nepotřebuje částečnou pomoc nebo není úplně závislý na pomoci (Jirák a kol., 2013).

Bariéry při diagnostice deprese

Překážky při diagnostice deprese u seniorů mohou nastat hned na počátku při prvním setkání. Mnoho lidí i pacientů si mylně myslí, že psychické problémy jsou normální součástí stárnutí. Potíže nálady, myšlení a chování nejsou přirozenou součástí stárnutí. Senioři obvykle jeví známky či příznaky, že něco není v pořádku. Tyto situace u seniora vždy vyžadují zvýšenou pozornost od zdravotníků. Mnoho lidí může argumentovat tím, že u starších osob určité změny či problémy spojené se stářím nejsou léčitelné, ale jejich hodně, které nejsou identifikované. Starší lidé mohou zažívat změny v oblasti myšlení, nálady a chovaní, ale stydí se za možné vyvíjení duševního onemocnění. Občas i rodinní příslušníci si mohou psychické změny u seniora špatně vysvětlit a nemusí vždy vědět, jak mu nejlépe pomoci (CCSMH, 2009).

Překážky při diagnostice depresivního onemocnění seniora mohou být na podkladě ageismu, překážky ze strany seniora, lékaře (Chew – Graham a kol., 2014). Ageismus je

slovo, které postrádá český ekvivalent. Pojem je odvozen od anglického slova age (věk, stáří). Ageismus tedy znamená společenský předsudek vůči stáří. Postoj seniora k diskriminaci může být i aktivní, kdy rozpozná pokus o jeho vyloučení a brání se. Důsledky diskriminace mohou mít různé podoby např. alkoholismus, deprese, stěhování se do segregovaného bydlení. Může vyústit až v sebevraždu (Tošnerová, 2002). Faktory vykazující senioři jsou v podobě nespecifických příznaků jako nevolnost, únava nebo nespavost než oznámení depresivních příznaků. Stejně jako fyzické symptomy, včetně bolesti mohou označovat organickou poruchu. Podobně i poruchy kognitivních funkcí mohou spíše vést k diagnóze demence. Hodně starších lidí má předsudky, které jim brání ve vyhledání odborné pomoci pro příznaky deprese. Mají obavy ze stigmatizace a ze vzniku návyku na antidepresiva. Překážky ze strany lékaře mohou být z nedostatku času, neefektivní komunikace a komunikačních dovedností, neochota k vytvoření vztahu a důvěry s pacientem, ale může i příznaky brát jako součást stárnutí (Birrer, 2004).

2.1.1 Komplexní geriatrické vyšetření

Pro diagnostiku deprese je zapotřebí zhodnocení celkového stavu seniora, které u nás lze provést pomocí u nás známého „Funkčně geriatrického vyšetření - FGV.“ V USA nazývaného Comprehensive Geriatric Assessment – CGA neboli komplexní geriatrické vyšetření. Komplexní geriatrické vyšetření je diagnostický proces, který se zaměřuje na posouzení zdravotních, sociálních, psychických a funkčních problémů, na zdravotně sociální situaci seniorů se sníženou soběstačností či s úplnou nesoběstačností. Hlavním cílem je vypracovat souhrnný plán intervencí a sledování (Čevela a kol., 2012). Vychází ze základního klinického vyšetření, ale je komplexněji zaměřené. Doplňuje klasickou diagnostiku onemocnění a dekompenzujících stresorů o funkční posouzení a syndromologický popis pacienta, cílevědomější zaměření na identifikování jeho deficitů, rizik, momentů, přání a k širšímu posouzení souvislostí s onemocněním pacienta (Kalvach a kol., 2008). Propojenost sociální problematiky a její prolomení mezi sociální a zdravotní bariérou vede k efektivnějším zdravotnickým výstupům. Je

zaměřována na potřeby konkrétního pacienta (Kalvach, 2004). FGV je vícerozměrná specifická metoda, která hodnotí zdravotní stav i psychosociální oblast a celkové funkční schopnosti. Předmětem komplexního vyšetření není jen objektivizovat potřeby nemocného, ale podílí se na sestavení terapeutického a rehabilitačního cíle, jejímž základem je reálná prognóza s cílem zlepšit komunikaci mezi lékařem, pacientem a dalším zdravotnickým personálem. Hlavní význam vyšetření pro pacienta spočívá k upřesnění diagnózy, zlepšení léčebných výsledků, k posouzení potřeb péče a služeb. Dále ke sledování změn funkčního stavu, zlepšení motivace a spolupráce mezi pacientem a lékařem, což vede k dosažení zlepšení kvality života seniora (Topinková, 2002).

Komplexní geriatrické vyšetření je možné aplikovat v několika úrovních:
1. Kompletní CGA s pomocí týmového multidisciplinárního přístupu prováděného např. při rozhodování v organizaci a koordinaci dlouhodobé péče u pacienta;
2. Využití CGA jako klinické geriatrické vyšetření rozšířené o všeobecné interní vyšetření;
3. Využití CGA jako standardizovaného sběru závazných údajů;
4. Aplikace CGA jako námět na zaměření se a doplnění klinického vyšetření geriatrického pacienta v rámci jiného oboru (Kalvach a kol., 2008).

Charakteristika komplexně geriatrického vyšetření spočívá v oblastech zájmu a v základních postupech, které slouží k jejich posouzení. Hlavní oblasti zájmu jsou zaměřené na osobnost pacienta, jeho tělesné a duševní zdraví, funkční výkonnost a zdatnost, a také na sociální souvislosti. Základní postupy jsou přizpůsobeny rozsahu sledovaných parametrů. V postupech CGA se provádí základní klinické vyšetření, speciální hodnocení a šetření v místě bydliště pečujících osob. Základní klinické vyšetření, které se skládá z anamnézy, z fyzikálního vyšetření rozšířeného o funkční hodnocení a z pomocných vyšetření např. EKG, ultrasonografie, orientační dotazníky a dalších. Základní klinické vyšetření „u lůžka“ se nazývá tzv. bedsade diagnostika. Speciální hodnocení se zabývá hodnocením disability, výživy, duševního stavu, rozsahem pohybu i funkci svalů, tělesné zdatnosti a sociálních souvislostí. Oblast šetření v místě bydliště a u pečujících osob se zabývá sociálním zázemím, úrovní

a bezpečností bydlení, ve které senior žije a zajímá se o zátěž, zdravotní stav a potřeby pečujících osob (Kalvach a kol., 2008).

Celkové zhodnocení seniora spočívá v zjištění základních identifikačních údajů, důkladném odebrání rodinné, osobní, sociální a pracovní anamnézy, zhodnocení subjektivních problémů ve spojitosti s nynějším onemocněním, posouzení fyziologických funkcí, laboratorních a zobrazovacích vyšetřeních. Na základě zjištěných informací ustanovit diagnostický závěr, rozhodnutí o dalších diagnostických a léčebných postupech a poskytnout pacientovi a rodině adekvátní informace o jeho zdravotním stavu a možnostech léčby (Praško a kol., 2010).

V celém procesu diagnostiky a detekce deprese u starších lidí je správná identifikace začarovaný kruh, protože ne každá deprese je vystupňovaný žal a naopak (Kalvach, 2011).

V oblasti diagnostiky deprese se provádí kompletní biopsychosociální posouzení pacienta včetně přezkoumání dle hodnotících kritérií DSM a ICD 10 (MKN 10). Ve stáři se vyskytují modifikované obrazy a symptomy deprese, aniž by splňovaly kritéria deprese podle ICD 10 a DSM (Pidrman, 2007).

2.2 Hodnotící škály deprese ve stáří

Hodnotící a měřící škály jsou základní podmínkou pro posuzování pacienta, které využíváme při zjišťování informací a následné databázi o pacientovi. Posuzovací škály přesně popisují pozorovaný předmět a způsob hodnocení jeho projevů. Škály lze charakterizovat jako stupnice s různým počtem stupňů. Z praktického hlediska posuzovací škály a stupnice dělíme na subjektivní a na posuzování jiných. Subjektivní škály a stupnice jsou sebeposuzovací a sebehodnotící. Škály na posuzování jiných jsou na základě objektivního a subjektivního zhodnocení (Slezáková, 2014).

Screening deprese je prováděn jak v nemocničním prostředí, tak v zařízeních primární a dlouhodobé péče. Prvním krokem by vždy mělo být komplexní geriatrické hodnocení. Nejčastěji používané sebehodnotící nástroje jsou GDS (Geriatric Depression

scale) a CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). V případech, kdy se pacient nemůže podílet na posouzení, lze využít rozhovoru pomocí HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression), který vede a zapisuje zkušená sestra nebo vyškolený asistent. Screening deprese není zaměřen na stanovení diagnózy, ale spíše je založen na dokumentování těžkých a středně těžkých příznaků deprese bez ohledu na vyvolávající příčinu (Blazer, 2000).

Pro screening a hodnocení deprese byly vyvinuty různé hodnotící nástroje, aby rozlišovaly rozdíly v prezentaci deprese u starší populace a řešily otázky přítomnosti i jiných zdravotních poruch jako např. demence (CCSMH, 2006). Posuzování může být prováděno sestrou, která využívá standardizovaných měřítek k posouzení funkčního i duševního stavu pacienta i zpráv od rodinných příslušníků. Sestra může posuzovat i závažnost deprese a kognitivní poruchy a následně vše dokumentuje (Blazer, 2000). Sestry jsou se staršími pacienty v kontaktu den co den. Při podezření na depresi nebo u pacienta s diabetem mellitem či ischemickou chorobou srdeční lze provést základní screening pomocí dvou standartních otázek: „Trápila Vás v průběhu posledního měsíce špatná nálada, pocit deprese či beznaděj?“ a „Trápil/a jste se v průběhu posledního měsíce sníženým zájmem a potěšením z dělání běžných věcí?“. Pokud pacient odpoví „ano“ na jednu z pokladených otázek, mělo by dojít k dalšímu komplexnějšímu posouzení (Hardy, 2011).

CCSMH (2006), vytvořila Národní pokyny pro seniory s duševním onemocněním v oblasti posouzení a léčby deprese, kde rozděluje screeningové nástroje podle prostředí, kde jsou využívané. V zařízeních praktického lékaře, domovech pro seniory, ošetřovatelských domech a v lůžkovém zařízení jsou nejčastěji využívané nástroje GDS (Geriatric Depression Scale) a BASDEC (Brief Assessment Schedule for the Elderly). Pro posuzování v komunitě nebo u veřejnosti jsou nejvhodnější nástroje CES-D (Center For Epidemiological Studies – Depression scale) a GMSS (Geriatric Mental State Schedule). Při screeningu deprese u seniorů s přítomností demence nebo významných kognitivních potíží lze využít Cornell Scale for Depression in Dementia (CCSMH, 2006).

GDS (Geriatric Depression Scale)

Geriatrická škála deprese (viz. Příloha 1, 2) je nejpoužívanější měřící nástroj pro detekci deprese u starší populace. Při vyhodnocení spolehlivosti GDS pro screening deprese bylo zjištěno, že citlivost nástroje je 92 % a specificita 89 %. Škála může být využita u zdravé starší populace, u zdravotně nemocných a u mírné kognitivní poruchy. GDS v žádném případě nenahrazuje diagnostický rozhovor zaměřený na duševní zdraví. Je to užitečný nástroj využívaný v klinické praxi s cílem usnadnit posuzování deprese u starších osob. Tato škála může být využívána k opakovanému monitorování deprese a využívána ve všech klinických podmínkách. GDS je k dispozici v dlouhé a krátké verzi. Delší verze obsahuje 30 otázek v dotazníku, kdy jsou pacienti požádáni, aby reagovali, jak se cítili v průběhu uplynulého týdne a odpovídali na otázky „ano“ nebo „ne“, popřípadě dotazník sami vyplnili. Krátká forma této škály byla vyvinuta na základě validní studie, kdy byly vybrány otázky, které měly největší korelaci s příznaky deprese. Tato zkrácená forma se skládá z 15 otázek a je snadněji využitelná u vážně nemocných a u pacientů s mírnou demencí, kteří mají krátké rozpětí pozornosti nebo se cítí unavení (Greenberg, 2012). Obsahuje položky, které korelují s příznaky deprese u seniorů. Hodnocení škály – 0 - 4 norma, 5 - 9 mírná deprese, 10 a více těžká deprese (Holmerová, 2006).

BASDEC (Brief Assessment Schedule for the Elderly)

Brief Assessment Schedule for the Elderly (BASDEC) jedná se o systém založený na krátkém hodnocení pomocí karet, který je využívaný většinou na geriatrickém oddělení. Pacienti vybírají otázky z balíčku karet, které jsou následně postupně ukazovány. Balíček obsahuje 19 karet se zvětšeným černým písmem na bílém pozadí. Celkové hodnocení trvá 2-8 minut (Burns, 2002).

CES-D (Center For Epidemiological Studies – Depression scale)

Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (viz. Příloha 3) je krátká měřící škála určená k hodnocení depresivní symptomatologie u běžné populace. Skládá

se z 20 položek zaměřených na hlavní aspekty deprese, kterými jsou depresivní nálada, pocit viny a bezcennosti, pocit bezmoci a beznaděje, psychomotorické retardace, ztráta chuti k jídlu a poruchy spánku. Možný rozsah stupnice je od 0 do 60 bodů. 16 a více bodů je považováno za depresi (Radloff, 1977). I když tato škála byla vytvořena především pro běžnou populaci, bylo zjištěno, že je velmi užitečná u starších lidí. Skóre 16 bylo navrženo pro odlišení pacientů s mírnou depresí od zdravých jedinců. Skóre 23 a více již naznačuje na přítomnost závažnější deprese (Burns, 2002).

GMSS (Geriatric Mental State Schedule)

V zahraniční literatuře je tato škála prezentována jako jeden z nejpoužívanějších nástrojů pro měření psychopatologie u starší populace, která žije v komunitě. Jedná se o standardizovaný polostrukturovaný rozhovor pro hodnocení a zaznamenávání duševního stavu u starších jedinců. GMMS je rozsáhlý a z výsledků může být odvozena řada různých faktorů. Díky počítačovému algoritmu se jedná o spolehlivou a osvědčenou metodu poskytující standardizované diagnózy. Umožňuje klasifikovat příznaky a závislost s odstupem času. Rozhovor trvá asi 45 minut. GMMS nástroj byl přeložen do několika jazyků a ve výzkumu se jedná o zlatý standard (Burns, 2002).

2.3 Klasifikace deprese dle DSM V.

DSM V. – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) je publikace americké psychiatrické asociace APA používaná ve Spojených státech. DSM je standardní klasifikační systém duševních poruch s příslušnými kritérii s cílem usnadnit diagnostiku těchto poruch. Publikace má sloužit jako praktický, flexibilní a funkční nástroj pro organizaci informací, které mohou pomoci ke správné diagnóze a tím i k efektivní léčbě onemocnění. Publikace slouží pro psychiatry, jiné lékaře, sestry, psychology, sociální pracovníky, poradce, právní odborníky, rehabilitační pracovníky, výzkumné pracovníky ale i pro studenty a praktiky jako vzdělávací zdroj v této oblasti (APA, 2013).

Kritéria duševních poruch jsou jasná, stručná a slouží k objektivnímu posouzení symptomů v lůžkových a ambulantních zařízeních, v klinické i soukromé praxi a v primární péči. Kromě podrobného popisu diagnostických kritérií je DSM nezbytným nástrojem pro sběr dat, statistického vyhodnocování v oblasti veřejného zdraví a v diagnostice duševních poruch. Oproti DSM IV, nová verze DSM V je harmonizována a kompatibilní s WHO (Světovou zdravotnickou organizací) a ICD (Mezinárodní klasifikací nemocí). K příslušným duševním poruchám jsou přiřazeny oficiální kódovací systémy s diagnostickými názvy zjištěnými v ICD (APA, 2013).

Depresivní porucha zahrnuje destruktivní poruchu nálady, major depresivní poruchu (včetně major depresivní episody), persistentní depresivní poruchu (dystymii), menstruační dysforické poruchy, léky indukovanou depresivní poruchu, depresivní poruchy z jiného onemocnění, další a nespecifické depresivní poruchy. Detailněji bude rozepsána major a persistentní depresivní porucha, protože ve stáří se vyskytuje častěji. Destruktivní porucha nálady je ve větší prevalenci diagnostikována u dětí a adolescentů (APA, 2013).

Major depresivní porucha

Major depresivní porucha je charakterizována oddělenými episodami po dobu nejméně 2 týdnů (i když většina epizod vydrží i po delší dobu). Diagnóza na základě jediné epizodě je možná, ačkoliv porucha se ve většině případů několikrát opakuje. Pečlivá pozornost musí být věnována rozpoznání běžného smutku a žalu od depresivní epizody. Úmrtí může vyvolat v člověku velké utrpení, ale nemusí být příčinou episody major depresivní poruchy. Pokud depresivní příznaky a funkční poškození se projevují společně, mohou být mnohem vážnější (APA, 2013).

Diagnostická kritéria

Major depresivní poruchy jsou vyčleněny pěti diagnostickými kritérii, značenými A – E. Kritéria A až C prezentují major depresivní poruchu (APA, 2013).

Diagnostické kritérium A:

Přítomnost pěti nebo více následujících příznaků, které byly přítomny v posledních dvou týdnech. Představují změny oproti předchozímu chování: depresivní nálada po většinu dne např. člověk se cítí smutný, prázdný, zoufalý, výrazně snížil zájem a potěšení z každodenních aktivit. Nezahrnují se příznaky, které jsou jasnou známkou jiného onemocnění (APA, 2013).

1. Depresivní nálada po většinu dne, obvykle každý den, jako subjektivní odpověď člověka (cítí se smutný, prázdný, zoufalý) nebo nám připadá uplakaný.
2. Výrazně se snížil zájem a potěšení a o aktivity či činnosti, které byly předtím běžné.
3. Úbytek na hmotnosti bez dietního opatření nebo naopak zvýšení tělesné hmotnosti (většinou více jak 5 % za měsíc). Snížená nebo zvýšená chuť k jídlu.
4. Nespavost nebo nadměrná spavost během dne.
5. Psychomotorický neklid a retardace téměř každý den (pozorované ostatními lidmi, není to pouze subjektivní pocit neklidu a zpomalenosti).
6. Únava či ztráta energie téměř každý den.
7. Pocity bezcennosti nebo pocity viny (mohou být bludné).
8. Snížená schopnost soustředěnosti, myšlení a rozhodování.
9. Opakované myšlenky na smrt (nikoliv jen strach z umírání), sebevraždu, pokus o sebevraždu či konkrétní plán sebevraždy (APA, 2013).

V rámci diagnostických kritérii je vložena poznámka k reakci na ztrátu. Při novelizaci diagnostického a statistického manuálu duševních poruch chtěli ztrátu úplně odstranit. Jakákoliv ztráta, ať úmrtí, finanční krach, ztráta způsobená přírodními katastrofami, vážné zdravotní onemocnění nebo zdravotní postižení, může v člověku zanechat pocit intenzivního smutku, nespavosti, nechutenství, úbytek hmotnosti a připomínat depresivní epizodu. Je pochopitelné, že ztráta vede k poruše nálady, ale nemusí být patologické povahy. Rozlišit smutek od deprese vyžaduje uplatnění klinického úsudku založeného na předchozí anamnéze nemocného a vše musí být pečlivě zváženo (APA, 2013).

Diagnostické kritérium B:

Příznaky způsobují klinicky významné úzkosti a poškodí člověku společenský a pracovní život.

Diagnostické kritérium C:

Depresivní epizoda není přiřazována k fyziologickým účinkům některých léků ani k dalším onemocněním.

Diagnostické kritérium D:

Výskyt major depresivní poruchy není popisován u schizoafektivních poruch, schizofrenií, schizofreniformních poruch, psychotických poruch, poruch s bludy nebo jiných nespecifikovaných schizofrenií a dalších psychotických poruch.

Diagnostické kritérium E:

Nikdy nebyly přítomny epizody mánie nebo hypománie. Tato výjimka se nepoužívá, pokud manické a podobné hypomanické epizody jsou indukované jinou látkou nebo se vztahují k fyziologickým účinkům jiného onemocnění (APA, 2013).

Diagnostické kódování

Diagnostické kódy depresivní epizody jsou založeny na faktech, zda se jedná o prvotní nebo se opakující epizody, na aktuální závažnosti, přítomnosti psychotických symptomů a na stavu remise. Aktuální závažnost a psychotické rysy jsou uváděny pouze v případě, dojde-li ke splnění kritérií pro depresivní epizodu. Kódování pro jednotlivé typy poruch nálad jsou shodné s ICD 10 (APA, 2013).

2.4 Klasifikace deprese dle ICD 10

ICD 10 - International Classification of Disease u nás známá jako MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí). Publikace ICD 10 byla přijata v květnu roku 1990 na 43. světovém zdravotnickém shromáždění a k využití WHO členskými státy v roce

1994. Mezinárodní klasifikace nemocí je diagnostický nástroj pro oblast epidemiologie, péče o zdraví a klinické účely. Klasifikace nemocí je soustava kategorií a kritérií, do kterých jsou chorobné stavy zařazovány pomocí alfanumerického kódování. Publikace je klasifikována ve třech oddílech: I. Tabelární seznam, II. Instrukční příručka a III. Abecední seznam. V současné době je publikace předmětem probíhajícího procesu revize. Nová ICD 11 by měla vyjít v platnost v roce 2018 (ICD 2010).

Mezinárodní klasifikace řadí depresi mezi poruchy nálady (afektivní). Depresi rozděluje na F32 Depresivní epizodu, F33 Rekurentní depresivní poruchu, F34 Perzistentní poruchu nálady a F38 Další afektivní poruchy nálady (ICD, 2010).

Diagnózy byly vybrány dle nejčastějšího výskytu ve stáří. Mánie a bipolární porucha nejsou v gerontologickém věku častou záležitostí, proto nebyly blíže specifikovány pomocí klasifikace ICD 10.

F32 Depresivní epizoda

Depresivní episoda je dle závažnosti a počtu symptomů rozdělena na mírnou, střední a závažnou. Mírná a střední depresivní epizoda je rozdělena na základě přítomnosti a nepřítomnosti somatického syndromu. Závažná depresivní episoda se dělí na episodu s psychotickými symptomy a bez psychotických symptomů. Dále jsou zde zahrnuty depresivní episoda a nespecifikovaná depresivní episoda (ICD, 2010).

U typických depresivních epizod individuálně nemocný trpí depresivní náladou, ztrátou zájmu a potěšení, sníženou energií vedoucí ke zvýšené únavě a snížené aktivitě. Zmíněná únava je pouze po mírném úsilí. Zhoršená nálada většinou nereaguje na okolní změny, nemění se ze dne na den a může být doprovázena somatickými příznaky. Další časté příznaky jsou: snížená koncentrace a pozornost, snížení sebeúcty a sebevědomí, myšlenky viny a bezcennosti, pesimistické pohledy do budoucnosti, myšlenky na sebepoškození nebo sebevraždu, poruchy spánku, zhoršená chuť k jídlu nebo ztráta libida. Deprese u většiny nemocných je horší v ranních hodinách (ICD, 2010).

U lehké depresivní epizody F32.0 jsou přítomny dva nebo tři výše uvedené příznaky. Nemocný je obvykle zarmoucený, ale je schopen vykonávat běžné aktivity.

U střední depresivní epizody F32.1 jsou většinou přítomny čtyři a více z uvedených příznaků. Nemocný má většinou potíže s vykonáváním běžných činností. U závažné depresivní epizody bez psychotických symptomů F32.2 je přítomnost většiny uvedených příznaků, které jsou silnější a pro nemocného stresující. Typicky se objevuje ztráta sebeúcty, bezcennosti a sebevražedné myšlenky. Bývají přítomny i somatické příznaky. Jediná depresivní epizoda bez psychotických symptomů – agitovaná deprese, major deprese a vitální (životní) deprese. Těžká deprese s psychotickými symptomy je stejná jako F32.3, ale současně nemocný trpí halucinacemi, bludy, psychomotorickou retardací nebo stuporem. Situace může být natolik závažná, že vykonávání sociálních aktivit je prakticky nemožné. Nemocný může být v ohrožení života z důvodu dehydratace, hladovění či pokusem o sebevraždu. Halucinace a bludy nemusí být v souvislosti s náladou. Mezi další depresivní epizody F32.8 jsou zahrnuty atypické a maskované deprese (ICD, 2010).

F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha

Je charakterizována opakovanými epizodami deprese jako u depresivní epizody F32 bez jakékoliv historie samovolných epizod, zlepšení nálady a hyperaktivity vyskytující se v depresivní fázi nebo léčbě antidepresivy. Občas mohou být přítomny známky zlepšení nálady a aktivity bezprostředně po depresivní fázi. Riziko výskytu fáze mánie nevymizí úplně. Závažné rekurentní depresivní poruchy F33.2 a F33.3 mají mnoho společného s koncepty maniodeprese, melancholie, životní deprese a endogenní deprese. První epizoda se může objevit v dětství i ve stáří. Začátek může být akutní nebo nenápadný a trvá po několik týdnů až měsíců. Jsou sem zařazeny epizody depresivní reakce, psychogenní deprese a reaktivní deprese. Periodická depresivní porucha se rozděluje na mírnou F33.0, střední F33.1, těžkou bez psychotických symptomů F33.2, těžkou s psychotickými symptomy F33.3 a periodickou depresivní poruchu, v současnosti v remisi F33.4 (ICD, 2010).

Trvalé poruchy nálady (afektivní) F34

Jsou perzistentní, obvykle kolísavé poruchy nálad, u kterých se jednotlivé episody vyskytují pouze zřídka nebo vůbec. Jsou popisovány jako hypomanické nebo mírné depresivní epizody. Mohou trvat i několik let a projevují se subjektivní úzkostí a disabilitou. Zahrnují cyklothymii F34.0, dysthymii F34.1 a jiné trvalé poruchy nálady F34.8 (ICD, 2010).

Cyklothymie F34.0 je trvalá nestabilita s vícečetnými obdobími deprese a mírné euforie. Žádná není natolik závažná nebo dlouhotrvající, aby splňovala kritéria bipolární afektivní poruchy nebo rekurentní depresivní poruchy. Porucha je často diagnostikována u příbuzných s bipolární afektivní poruchou (ICD, 2010).

Dysthymie F34.1 je chronická depresivní porucha nálady trvající několik let. Porucha není natolik závažná a jednotlivé epizody nejsou dostatečně dlouhé, aby opravňovaly kritéria lehké, střední nebo těžké depresivní poruchy F33. Řadíme sem: depresivní neurózu, poruchy osobnosti, neurotickou depresi a perzistující anxiózní depresi (ICD, 2010).

F38 Další afektivní poruchy

Jsou to jakékoliv jiné poruchy nálady, které nejsou dostatečně závažné a nesplňují kritéria k zařazení do skupin F30 – F34. Jsou zde zahrnuty jednotlivé poruchy nálad – smíšené afektivní poruchy F38.0 a periodická porucha nálady – periodická krátká depresivní fáze F38.1 (ICD, 2010).

3 Léčba

U seniora trpícího depresí je třeba rozhodnout, zda praktický lékař bude pacienta léčit sám nebo ho odešle do odborné ambulance psychiatra. Obecně se doporučuje konzultace u psychiatra, pokud se jedná o těžkou depresi s přítomností psychotických příznaků nebo se sebevražednými myšlenkami, u kterých příznaky přetrvávají i přes 6 – 8 týdenní léčbu antidepresivy (Topinková, 1995). Nesprávná nebo nedostatečná léčba depresivní poruchy zvyšuje mortalitu pacientů na somatické onemocnění. Staří pacienti s depresí jsou více ohroženi sebevraždou než mladší pacienti. Deprese je i rizikovým faktorem Alzheimerovy demence, a proto by léčbě deprese ve stáří měla být věnována patřičná pozornost (Drástová, 2006). Léčba zlepšuje behaviorální příznaky, snižuje riziko sociální izolace a zlepšuje prognózu základního onemocnění v případě výskytu sekundárních příznaků. Obecná opatření v léčbě zahrnují úpravu prostředí k zajištění bezpečnosti pacienta, nekonfliktní přístup společně s vhodnou komunikační technikou, pravidelný denní režim s přiměřenou fyzickou aktivitou nikoliv však s nadměrnou stimulací a plnohodnotnou výživu. Pacienta se snažíme zapojovat do společných aktivit a poskytnout mu dostatečnou emoční podporu (Topinková, 2006).

Celkově mají pacienti s depresí zvýšenou mortalitu i morbiditu (Topinková, 1995). Senioři jsou ohroženi řadou komplikací, které jsou zapříčiněny strádáním. Snížená koncentrace, pozornost, schopnost správně myslet, rozhodovat se, může vést ke zvýšenému výskytu úrazů. Nejzávažnější komplikace jsou sebevražedné myšlenky a někdy dokonce i sebevražedné činy (Pidrman, 2010). Depresivní onemocnění zvyšují citlivost ke vzniku somatických onemocnění, zhoršuje jejich průběh a zvyšuje riziko umístění seniora do dlouhodobé péče (Topinková, 1995).

Léčba u depresivního pacienta zahrnuje léčbu farmakologickou, psychoterapii a elektrokonvulzivní léčbu. Základním kritériem pro vhodný léčebný postup je správná diagnostika, která zahrnuje intenzitu depresivní choroby a počet prodělaných epizod (Češková, 2006).

3.1 Farmakologická léčba

S postupujícím věkem se zvyšuje i počet léků, které musí nemocný užívat a tím se snižuje i ochota při užívání léků. U seniorů tedy lze předpokládat, že léčba nemusí splnit svůj efekt, protože až 60 % seniorů neužívá léky dle ordinace lékaře. Většinou se jedná o osaměle žijící osoby (Topinková, 1995). Antidepresiva se indikují u pacientů s pozitivní anamnézou depresivní poruchy v případech, kdy psychologické a sociální zásahy byly neúspěšné (Raboch, 2011).

Častým předmětem diskuzí bývá, jak dlouho depresi léčit. Názory nejsou zcela jednotné. V úvahu je třeba vzít latenci nástupu antidepresiv, a proto je doporučeno vyčkat až 6 týdnů na terapeutickou odpověď. První ataka v akutní fázi depresivního onemocnění se léčí minimálně 6 - 8 týdnů a dalších 4 - 9 měsíců se v léčbě pokračuje. Délka trvání profylaktické léčby, která zabraňuje opětovnému navrácení depresivní poruchy, je nejčastěji uváděna v intervalu 3 - 5 let. U organicky podmíněných a rekurentních depresí je farmakologická léčba dlouhodobá a v některých případech i trvalá (Drástová, Krombholz, 2006).

Farmakologická léčba je proces, který obsahuje fáze akutní léčby, léčby udržovací a preventivní. Cílem akutní léčby je, co nejrychleji odstranit či zmírnit symptomy deprese a plně optimalizovat normální funkční schopnosti, tzn. dosáhnout plné remise. Částečná remise totiž vede ke zvýšenému výskytu relapsů, a tím prodlužuje funkční narušení a zvyšuje se i riziko sebevražedného jednání. Udává se, že plné remise dosáhne pouze 30 - 40 % pacientů léčených antidepresivy. Druhá fáze je léčba udržovací, s cílem udržet stav pacienta bez výskytu příznaků, která by měla trvat 4 - 6 měsíců po odeznění akutních příznaků. Doba léčby se odvíjí od trvání neléčené deprese. Třetí fáze je léčba preventivní, která zabraňuje zpětnému návratu deprese. Někdy může být i léčbou celoživotní (Češková, 2006). Pidrman (2010) rozděluje farmakologickou léčbu na fázi akutní, pokračovací a následně udržovací. Akutní fáze nejčastěji trvá 6 týdnů a u seniorů často 12 týdnů i více. U pokračující fáze trvající do 9 měsíců dochází k úplné úpravě a plné rehabilitaci k opětovnému začlenění seniora do společnosti. Následná udržovací fáze zabraňuje dalšímu vzniku deprese a léčba probíhá rok i déle. U seniorů je zapotřebí si uvědomit, že částečné nastavení remise nastává do 6 - 8 týdnů.

Značné vymizení lze očekávat do 2 až 3 týdnů od odeznění akutních příznaků (Pidrman, 2005).

Po první prodělané depresivní atace bude mít asi polovina pacientů v budoucnu další epizodu, kdy se procento zvyšuje s počtem prodělaných epizod. V případě třech a více epizod se výskyt pohybuje okolo 90 %. U léčených pacientů s častějšími epizodami se doporučuje udržovací terapie antidepresivy (Raboch, 2011).

U seniorů vlivem stáří dochází ke zhoršování adaptačních schopností i orgánových funkcí, a tím i ke změnám ve farmakokinetice a farmakodynamice léčiv. S věkem stoupá i počet degenerativních i chronických chorob a to ovlivňuje terapeutickou hodnotu i účinek podávaných léčiv. Organismus odlišně reaguje na běžně užívané léky a zvyšuje se výskyt nežádoucích účinků i polékových reakcí. Ve farmakologii u geriatrických pacientů se často hovoří o nízkoprahových režimech. Změny ve farmakokinetice a farmakodynamice umožňují u některých léků podávat nižší dávky, než jsou doporučované množství pro dospělou populaci. Pro léčbu seniorů je pravidlem začínat léčbu nízkou dávkou, která se poté postupně zvyšuje. Za vhodnou prvotní dávku se považuje polovina doporučené dávky pro dospělého člověka (Červený, Topinková, 2014). Je zřejmé, že tedy průměr terapeutické dávky je obvykle nižší než u mladších osob, protože stárnutí ovlivňuje metabolismus jater. Někteří pacienti ale mohou vyžadovat dávkování vyšší než je terapeutický průměr dávky (CCSMH, 2006). V případě, že nedojde ke zlepšení klinického stavu po 2 až 4 týdnech u průměrné terapeutické dávky, je zapotřebí uskutečnit zvyšování dávky při nesnesitelných vedlejších účincích nebo pokud bylo dosaženo maximální doporučené dávky (Wiese, 2011). Zvýšené nežádoucí účinky u léčby antidepresivy u starší populace jsou z důvodu jaterních změn spojené se stárnutím, zvýšeným výskytem onemocnění a lékových interakcí (Wiese, 2011).

Deprese u seniorů trvají obecně déle než v mladším věku, mají vleklé fáze a častěji se vyskytuje farmakorezistence. Někdy mohou dlouhé, depresivní fáze předcházet do obrazu organického postižení mozku, kdy se objevují lehké poruchy poznávacích funkcí nebo dokonce demence lehčí formy. Nejužívanější léčbou deprese je použitím antidepresiv (Jirák, 2004).

3.1.1 Antidepresiva

Antidepresiva jsou jedním ze způsobu léčby deprese u starší populace, i když jen menšina 30 - 40 % pacientů s depresí léky užívá (Dines, 2014). Antidepresiva tvoří rozsáhlou skupinu léků, jejichž indikací jsou patologicky snížená depresivní nálada a další příznaky depresivního syndromu. Většina antidepresiv působí i anxiolyticky, a proto jsou vhodné i k léčbě úzkostných poruch (Raboch a kol, 2001). Volba vhodného antidepresiva při léčbě deprese u seniora vyžaduje vždy komplexní zhodnocení účinnosti, potencionální přínos, porovnání vedlejších účinků a rizik (Dines, 2014). Výhody, rizika a alternativy léčby by vždy měly být projednávány s pacientem. Do určité míry se pacient musí podílet při rozhodování o léčbě. Pokud pacient není schopen, musí pomoci rodina či příbuzní (Dines, 2014).

Antidepresiva jsou látky, které zvyšují různými mechanismy počet molekul serotoninu a noradrenalinu na synaptické štěrbině. Některá antidepresiva zvyšují i molekuly dopaminu (Jirák, 2004). Antidepresiva odstraňují biochemickou příčinu depresivních onemocnění: 1. inhibicí zpětného vychytávání monoaminů, které zvyšují zpětnou koncentraci na synapsích neuronů v centrálním nervovém systému; 2. přímým působením na α_2- adrenergní, serotoninergní a na dopaminergní receptory; 3. Inhibicí jejich metabolických rozpadů blokádou enzymu MAO (monoaminooxidáza) a COMT (katechol-O-methyltransferáza), (Švestka in Raboch a kol., 2001).

Do popředí zájmu se dostávají nové lékové formy využívající farmakokinetické parametry některých léků. Některá antidepresiva např. venlafaxin, bupropion, trazodon jsou dostupná ve formě s pomalým uvolňováním a s nižším výskytem vedlejších účinků, které dovolují dávkování 1 x denně. Dále existuje antidepresivum jako mirtazapin v rychle rozpustné formě. Antidepresiva s rychle rozpustnou formou lze vzít bez zapití vodou a rozpustí se do 40 sekund. Proto jsou výhodné u starších pacientů, kteří mají polykací obtíže nebo problémy s polykáním tablet. Zvyšují komfort pacienta a mohou zlepšit i kvalitu života. Bylo zjištěno, že aktivní edukace o onemocnění, léčbě a vedlejších účincích zvýšila dodržování léčby neboli komplianci (Češková, 2012). Češková (2012) také udává, že k základním informacím patří sdělení, že léky je nutné užívat denně. Léčba se nesmí vysazovat bez předchozí konzultace s ošetřujícím

lékařem, i když se pacient může cítit lépe. Nástup účinku lze očekávat až za 2-4 týdny. Klinická zkušenost ukazuje na fakta, že pacient, u kterého dojde k nepříjemným nežádoucím účinkům jako např. přírůstek hmotnosti nebo sexuální poruchy často léčbu přeruší, a to i bez informování svého lékaře (Češková, 2012).

Antidepresiva I. generace

Jsou zastoupeny tricyklickými a tetracyklickými antidepresivy, jejichž účinek spočívá v blokaci zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu presynaptickou membránou. Tento mechanismus následně zvyšuje počet molekul serotoninu a noradrenalinu, které mají schopnost se vázat na receptory. Ovlivňují i jiné receptorové systémy např. acetylcholinergní, a tak dochází k rozvoji více nežádoucích účinků. Nežádoucí účinky na periferii se vyskytují převážně jako kardiotoxické efekty, ale i poruchy mikce, zácpa, sucho v ústech a zvýšení nitroočního tlaku. Centrálně může docházet ke zhoršení kognitivní poruchy a demence nebo vzniku stavů zmatenosti a delirií (Jirák, 2004, Červený, 2014). S rostoucím věkem ubývá cholinergních neuronů v oblasti neokortexu a hipokampu. Navíc se snižuje aktivita enzymů, které syntetizují acetylcholin v CNS (Červený, Topinková, 2014). Kardiotoxicita je důsledkem anticholinergní působení a zvýšením koncentrace noradrenalinu, které mohou vyvolat tachykardii, hypotenzi či hypertenzi, arytmie a výjimečně i náhlé úmrtí. Proto je nutné před zahájením léčby a v pravidelných intervalech provádět EKG vyšetření (Švestka in Raboch a kol., 2001). Dle CCSMH (2006), se před zahájením léčby tricyklickými antidepresivy zhotoví EKG záznam a změří hodnota krevního tlaku (CCSMH, 2006). Hladina těchto antidepresiv by se měla sledovat i v krvi z důvodu vyšší toxicity a to i přes nízké dávkování, protože u některých starších pacientů jsou zpomalené metabolizátory (Wiese, 2011). U starších pacientů je třeba zvýšené opatrnosti při předepisování tricyklických antidepresiv s ohledem na riziko vzniku ortostatické hypotenze, která není závislá na dávce antidepresiv (Paclt, 2002). Proto jsou u pacientů vyššího věku s organickým poškozením CNS nevhodná k používání (Jirák, 2004). Tricyklická antidepresiva již nejsou v poslední době považována za léky první volby vzhledem k jejich potencionálu pro výskyt nežádoucích účinků, včetně ortostatické hypotenze, které mohou přispívat ke zvýšenému riziku pádůa zlomenin (Wiese, 2011).

Nástup účinku antidepresiva lze očekávat za 2 až 3 týdny. Pokud po 4 až 6 týdenním užívání antidepresiva nedojde ke zmírnění deprese, je nutné zvolit jiné vhodné antidepresivum. K doléčení depresivní epizody se antidepresivum musí podávat minimálně 6 měsíců a to ve stejných dávkách jako u akutní depresivní epizody. Antidepresiva I. generace nesmí být náhle vysazena. Při náhlém vysazení dochází k cholinergní převaze a vzniku syndromu z odnětí, který se projevuje nevolností, průjmem, úzkostí, insomnií, únavou, vertigem a tremorem (Švestka in Raboch a kol., 2001). Mezi nejznámější tricyklika se řadí imipramin, desimipramin a amitriptylin. Nejčastější tetracyklická antidepresiva jsou mirtazapin a maprotilin (Plucar, Vávrů, 2005).

Antidepresiva II. generace

Do této kategorie se řadí preparáty, které zvyšují koncentraci dvou ze tří monoaminů. Druhá generace je tvořena heterocykliky, které inhibují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Na rozdíl od léčiv I. generace nepůsobí jako anticholinergní (Švestka in Raboch a kol., 2001). Méně ovlivňují histaminové či adrenergní receptory, což je výhodou, protože mírní jejich nežádoucí účinky. Zařazují se do této skupiny přípravky viloxazin a bupropion (Petr, Marková a kol., 2014).

Antidepresiva III. Generace

Tato skupina antidepresiv inhibuje zpětné vychytávání pouze jednoho ze tří mediátorů. Vychytávání serotoninu (skupina SSRI a SARI), noradrenalinu (skupina NARI) a dopaminu (skupina DARI). Blokátory zpětného vychytávání se označují za nejpoužívanější a nejrozšířenější léčiva, které dnes považujeme za preparáty třetí generace (Orel, a kolektiv, 2012). Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu SSRI jsou vhodnými antidepresivy ve stáří. Při neúčinnosti jsou indikována antidepresiva čtvrté generace (Topinková, 2006).

Antidepresiva IV. generace

Antidepresiva SNRI inhibují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu bez ovlivnění jiných neurotransmiterů (Petr, Marková a kol., 2014). Označují se někdy jako dualistická antidepresiva. Pro jejich mechanismus jsou účinnější než léky ze skupiny SSRI a jejich účinek se osvědčil i u nemocných, kteří jsou rezistentní k SSRI preparátům. Do skupiny čtvrté generace lze zařadit venlafaxin nebo milnacipran (Švestka in Raboch a kol., 2001).

Úloha sestry v léčbě antidepresivy

Úloha sestry ve farmakoterapii vychází z ošetřovatelských zásad, kdy sestra dodržuje pravidelné podávání léků, má znalosti v oblasti hlavních i nežádoucích účinků, je schopná hodnotit a dokumentovat vliv léku na pacienta (Marková, Venglářová a kol., 2006). Sestra musí posilovat trpělivost pacienta při užívání antidepresiv a pečlivě zaznamenávat možné nežádoucí účinky, z nichž nejvíce závažné jsou serotoninový syndrom a hypertenzní krize. Vlivem antidepresiv je nejdříve posílena rozhodnost a energie pacienta, který dosud měl pocity smutku a bezvýchodnosti. Sestra musí na tuhle skutečnost pamatovat, protože to může vést k sebevražedným úvahám a pokusům. Sestra musí pacienta pravidelně a kontinuálně monitorovat, a to i v případě, kdy pacient jeví známky zlepšení v krátké době po zahájení léčby antidepresivy (Petr, Marková a kol., 2014).

3.2 Psychoterapie

Psychoterapie představuje zvláštní skupinu psychologické intervence, která má vliv na duševní život, chování člověka, meziosobní vztahy i tělesné projevy tím, že podporuje uzdravení, zamezuje vzniku či rozvoji určité poruchy zdraví a navozuje žádoucí změny (Vymětal, 2003). Psychoterapie je významnou součástí léčby. V průběhu léčby poskytuje podporu, porozumění a urychluje uzdravení. Samotná psychoterapie může pomoci jen u lehkých forem deprese, ale v kombinaci s farmakologickou léčbou zvyšuje její účinnost. Léky pomáhají účinně zvládat

symptomy nemoci, psychoterapie zase pomáhá v porozumění, s čím příznaky souvisejí a co s tím lze udělat. Pomáhá hlubšímu porozumění tomu, co se s člověkem děje v průběhu nemoci a učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a problémy v životě pacienta. Následně trénuje dovednosti, které mohou v budoucnosti zabránit v rozvoji nové epizody (Kučerová, 2012). Psychoterapeutická péče u pacienta s depresí může probíhat ambulantně, formou denních stacionářů nebo formou hospitalizace. Ambulantní léčba je vedena klinickým psychologem či psychoterapeutem s možností individuální, skupinové nebo systematické psychoterapií. Forma denního stacionáře zahrnuje individuální, komunitní i skupinovou psychoterapii s arteterapií, relaxací. Hospitalizace je umožněna na psychiatrickém oddělení, klinice nebo nemocnici (Kryl, 2006). Psychoterapie má mnoho výhod oproti farmakologické a elektrokonvulzivní léčbě. Mezi hlavní patří nepřítomnost nežádoucích účinků. Avšak nelze ji využívat u pacientů s těžkou a psychotickou depresí. Neúčinná je v případě nedokončení celého procesu psychoterapie. Časově je náročnější než farmakologická léčba a účinek se objeví až s odstupem. Na průběhu psychoterapie má vliv řada proměnných, jak ze strany seniora, tak ze strany psychoterapeuta a celého psychoterapeutického procesu. Volba směru, ve kterém terapeut povede sezení, by měla odpovídat náladě seniora, jeho aktuálnímu problému a osobnímu ladění terapeuta. Středem zájmu psychoterapie by měl být vždy celý člověk. Důležité je nezaměřovat se jen na symptomy nebo příčiny (Orel, 2012). Volba konkrétního psychoterapeutického postupu vždy vychází z individuální situace, která vznikne při setkání psychoterapeuta s pacientem. Konkrétní postup vychází z terapeutického kontraktu a ze stanovených cílů. Volba postupu souvisí se závažností příznaků a musí být brán ohled na zdravotní stav pacienta (Kryl, 2006).

Pidrman (2005a) uvádí, že psychoterapie by měla být nedílnou součástí léčby deprese. Léčba u seniorů má svá specifika. U mírných depresí je soustavná psychoterapie srovnatelně účinná jako léčba antidepresivy. U středních a těžkých forem by psychoterapie měla být v kombinaci s farmakoterapií. U pacientů vyššího věku se uplatňují psychoterapeutické postupy v podobě kognitivně behaviorální terapie, podpůrné psychoterapie a interpersonálně rodinné psychoterapie (Pidrman, 2005a).

3.2.1 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie patří mezi nejčastější psychoterapii, která se používá v léčbě depresivní poruchy. Zahrnuje edukaci o onemocnění a léčbě, plánování aktivit, relaxaci a nácvik zklidnění dechu, nácvik komunikace. Dále se zaměřuje na vystavení pacienta zátěži a problémům, následné řešení těchto zátěžových situací a problémů a přípravy na budoucnost. Psychoedukace pacienta a rodiny se řadí mezi první kroky. Obsahuje dostatek informací o depresivním onemocnění, jeho léčbě a spolupráce při ní, o možných nežádoucích účincích farmakologické léčby či opožděného nástupu antidepresivní léčby. Nesmí se zapomínat na edukaci seniora i jeho rodiny o účelném chování. K psychoedukaci jsou pro pacienty i jejich rodiny vydány edukační brožury.

Kognitivní složka psychoterapie se snaží odstranit příznaky pomocí identifikace a opravení překroucených, zkreslených a negativně zaujatých myšlenek. Pojmenováním a upravením patologických předsudků, či osobních přesvědčení se snaží předejít opětovnému objevení příznaků onemocnění. Behaviorální složka obsahuje techniky, které jsou založené na teorii učení (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015).

Tab. 2 Metody kognitivně behaviorální terapie

<table>
<tr><th>Behaviorální</th><th>Kognitivní</th><th>Komplexní</th></tr>
<tr><td>Sledování a plánování činností</td><td>Edukace</td><td rowspan="5">Nácvik sociálních dovedností
Nácvik modelování
Nácvik hraní rolí
Zpětná vazba
Domácí úkoly</td></tr>
<tr><td>Kontrola dechu</td><td rowspan="4">Kognitivní rekonstrukce
Stop technika
Testování automatických myšlenek</td></tr>
<tr><td>Relaxace</td></tr>
<tr><td>Expozice v představách
Interoceptivní expozice ve skutečnosti
Zaplavení – habituace</td></tr>
<tr><td>Systematická desenzibilizace</td><td>Kognitivní restrukturalizace</td><td>Nácvik řešení problémů</td></tr>
</table>

Zdroj: Dušek, Večeřová - Procházková, 2015, s. 357

Jedná se o systematický trénink, nácvik dovedností a zdatností v sebeovládání, asertivitě a řešení problémů, který pozitivně posiluje ve vystavené zátěži (Kučerová, 2012). Kontraindikací této terapie je nemotivovaný pacient, pacient s těžkou poruchou osobnosti, pacient s akutní atakou duševní nemoci a pacient s častými recidivami závislosti (Kučerová, 2012).

3.2.2 Podpůrná psychoterapie

Podpůrná psychoterapie pomáhá člověku hlouběji porozumět tomu, co se s ním děje při adaptaci na stresor. Učí, jak zacházet se vzniklými příznaky a problémy v životě a následně trénuje dovednosti, které mohou v budoucnu bránit udržování poruchy (Vymětal a kol., 2007). Je založená na podpoře, pozitivním zájmu, pozornosti a porozumění. Základními prostředky pro aplikaci podpůrné psychoterapie jsou empatie, vcítění podpora, naslouchání, vedení, edukace, vysvětlování, povzbuzování a možnost vyjádření emocí. Nemění osobnost člověka, ale snaží se jí porozumět, takové jaké je a zdůrazňuje její kladné rysy. Podpůrnou psychoterapii lze využít u somaticky, psychosomaticky i psychicky nemocných v akutní krizi, kdy dojde k náhlé ztrátě partnera, k rozvoji závažného onemocnění, náhlým potížím rozvodu, pracovním problémům a jiných. Také je možné ji aplikovat při chronických potížích, kde se jedná nejčastěji o adaptaci na chronické nebo nevyléčitelné onemocnění, chronické vztahové a pracovní potíže. Lékař či psychoterapeut by měl v rámci podpůrné psychoterapie zvládnout edukaci pacienta (Raudenská, 2011). Hlavní je posyktnout dostatek informací o adaptační reakci a její léčbě, případně vysvětlit i zásady v užívání antidepresiv (Vymětal a kol., 2007). Následně je vhodné, navrhnout principy řešení a vést pacienta k samostatnosti rozhodovat se, upozornit ho na úskalí a nebezpečí některých rozhodnutí, a aby nesl za svoje rozhodnutí zodpovědnost. Dále musí zvládnout krizi a zvládací strategie v náročné životní situaci a v průběhu nemoci (Raudenská, 2011). Základními kroky v léčbě jsou identifikace stresoru, analýza a popis reakce, zmírnění reakce pomocí vyhnutí se stresoru, posílení a naučení se potřebných dovedností a zvýšení mobilizace a vytvoření sociálních vztahů (Vymětal a kol., 2007).

3.2.3 Interpersonální psychoterapie

Jedná se o moderní metodu, která byla vyvinuta v 80. letech 20. století Klermannem a Weissmannovou (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015). Terapie je přímo orientovaná na problém a zaměřuje se především na terapii depresivních poruch. Interpersonální terapie patří mezi flexibilní a krátkodobé terapie, která se přizpůsobí aktuálním potřebám pacienta. V průběhu 16ti až 20ti sezení se určený čas postupně věnuje formulaci určitého problému, mapování sociálního zázemí a možnostem, které pacient má (Dušek, Večeřová - Procházková, 2005). Cílem této krátkodobé psychoterapie je objasnění pacientových problémů, spolupráce na jejich řešení a vyrovnání se s depresí, sociální izolací a dalšími problémy (Češková, 2012). Terapeutický proces je orientovaný na určitý problém. Rozděluje se do tří etap. První fáze se zaměřuje na diagnostické zhodnocení, odebrání anamnézy od pacienta a edukaci o podávání informací o příznacích deprese, nutnosti medikace, vztahu k depresi a přidělení role nemocného. Ve druhé fázi se pracuje s identifikovanou oblastí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015. Třetí fáze pracuje s pocity, které jsou spojené s ukončením léčby. Shrnuje dosažené pokroky a nastiňuje úkoly, které v terapii zbývají. Ukončení terapie doprovází opatření, která jsou jasně formulována a přesně se dodržují v rámci kontraktu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Interpersonální terapie se především zaměřuje na oblast duševních poruch. Nezpochybňuje užívání léků. Jejím cílem je oslabení příznaků a zlepšení mezilidských vztahů (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

3.3 ECT (elektrokonvulzivní terapie)

U farmakorezistentních depresí, těžkých, psychotických a život ohrožujících depresí se využívá elektrokonvulzivní terapie, která má nejvyšší účinnost při léčbě deprese. U seniorů se aplikuje 2 krát týdně 6 - 8 elektrokonvulzí. Dlouhodobá terapie je také možná s prodlužováním intervalů elektrokonvulzí po dobu 1 až 3 měsíců (Farková, 2010). Pacient musí dát souhlas s elektrokonvulzivní terapií. Výjimkou v tomto případě

je pouze závažný stav, který pacienta bezprostředně ohrožuje na životě (Höschl a kol., 2002).

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je založená na elektrickém stimulu a vyvolání epileptiformního generalizovaného záchvatu v celkové anestézii a myorelaxaci. Terapie se provádí přiložením elektrod do spánkových oblastí nebo jedna elektroda se přikládá na nedominantní hemisféru a druhá okcipitálně (Raboch, 2013). Při elektrokonvulzivní léčbě dochází ke zvýšenému prokrvení mozku, čímž se zvyšuje spotřeba kyslíku a glykémie, zvyšují se nároky metabolismu centrálně nervového systému. Dále ovlivňuje funkce mediátorových a endokrinních systémů a jiných změn organismu (Höschl a kol., 2002). Kontraindikacemi jsou demyelizační onemocnění, odchlípnutí sítnice, feochromocytom a všeobecné kontraindikace k provedení celkové anestézie. Rizikoví jsou pacienti po AIM, ISCHS, s arytmiemi, zvýšeným intrakraniálním tlakem. ECT je dobře tolerovaná metoda. Nežádoucí účinky se vyskytují velice málo. Nejčastěji se mohou vyskytovat zvýšená tepová frekvence nebo zvýšený arteriální intrakraniální tlak, vzácně nauzea, bolesti hlavy, přechodné svalové bolesti (Raboch, 2013).

4 Sebevražda a deprese

Sebevražednost ve stáří

Sebevražda je vlastní dobrovolné rozhodnutí, připravit se o život (Štefan a kol., 2012). Sebevražedné jednání je často spojováno s depresivním onemocněním. Symptomy deprese, které by mohly signalizovat nebezpečí sebevraždy, jsou anxiozita s neklidem, až s agitovaností. Výrazná nespavost, sebeobviňování, strach či obavy ze závažného tělesného onemocnění (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Sebevražedné jednání seniorů má často charakter bilančního zhodnocení životní situace, kdy u seniora dochází ke ztrátě důstojnosti, pocitu osamělosti, nízké kvalitě života, vznik bolestivých a limitujících chorob, rozvoj nesoběstačnosti, ztráta smysluplného života a pocitu, že začíná být pro ostatní obtížným břemenem (Kalvach a kol., 2004). Pidrman (2005) rozděluje rizikové faktory pro sebevražedné jednání na obecné a specifické. Mezi obecné faktory řadí mužské pohlaví, věk nad 60 let, ztrátu blízkých přátel, samotu, nedostatečné sociální vazby a rozvoj tělesného onemocnění. Mezi specifické rizikové faktory zahrnuje závažnost deprese, nadměrné užívání alkoholu, analgetik nebo benzodiazepinů, sebevražedné pokusy v anamnéze, psychomotorickou agitovanost, insomnii a hypochondrii (Pidrman, 2005).

Prevence spočívá v časné diagnostice depresivního onemocnění. Seniorovi je nutné zajistit vhodné sociální zázemí, smysluplný a důstojný život. Zásadní význam je v zabezpečení dosažitelné pomoci, podporování seniora v komunikaci a setkávání s lidmi, pomoci mu s aktivitami a zvýšení zájmu v oblasti sociální sítě (Kalvach a kol., 2004). Na sebevražedném jednání seniorů se nepodílí pouze deprese, ale i biologické změny spojené s demencí a přidružená tělesná onemocnění (Mlčoch, 2012).

Oproti ostatním věkovým skupinám je výskyt suicidií ve stáří častější. Sebevražednost úzce souvisí s depresivním onemocněním, i když ne všechna suicidia jsou podmíněna depresivním syndromem. U seniorů se vyskytuje častěji dokonaná sebevražda v poměru k sebevražedným pokusům mladší populace. U seniorské populace připadá jedna dokonaná sebevražda na 4 sebevražedné pokusy. Oproti tomu

u mladší populace se vyskytuje 1 dokonaná sebevražda na 16 sebevražedných pokusů (Jirák, 2006). Mlčoch (2012) uvádí, že sebevražednost u seniorů je dvakrát častější než v mladší populaci a dokonce u mužů pětkrát častější. Se zvyšujícím věkem stoupá i riziko sebevražd (Mlčoch, 2012).

Každou zmínku ze strany pacienta o možném suicidiu nebo sebevražedném jednání je zapotřebí brát vážně. Pacienti se ve většině případů v rozhovoru snaží vyhýbavě mluvit o sebevražedných myšlenkách. Často se sám pacient obává myšlenek na sebevraždu. V souvislosti s nimi má pocity viny. I když příležitost hovořit o sebevražedném jednání by mohlo nemocnému přinést úlevu (Látalová, 2015). Cílem je ochrana zdraví a života, včetně materiální ochrany věcí. Pacienta je nutné zapojit do hledání řešení jeho situace, jakmile mu to jeho zdravotní stav dovolí. Podstatou je snaha o zhodnocení situace a odhalení možných rizik sebevražedného chování. Jsou sledovány všechny rizikové faktory a zjišťovány pocity, jak pacient sám vnímá a hodnotí situaci, ve které se nachází. Jsou hledány různé způsoby, které by mohly pomoci k řešení krizových situací v životě pacienta. Při hledání mohou pomoci i zkušenosti z minulosti. Je důležité vytvořit si s pacientem bližší vztah. Navázání bližšího kontaktu je lepší v rámci individuální péče a s menším počtem zdravotnických pracovníků. Pacientovi je pomáháno v komunikaci o svých pocitech, potížích a problémech, které právě prožívá a v zodpovědnosti za své vlastní činy. Mluvíme s pacientem o důsledcích násilného chování a dopadu jeho chování na ostatní. Takto lze podpořit jeho pocity k zodpovědnosti (Babiaková, Venglářová, 2006). V rozhovoru o sebevraždě je nutné přistupovat k tématu taktně a opatrně. Empatií a citlivými otázkami lze v pacientovi vyvolat propojení vlastních emocí a ujasnění si problémů, které ho tíží (Látalová, 2015).

První pomoc při sebevražedném jednání spočívá v krizové intervenci, identifikací faktorů a stresorů, které jsou příčinou jednání, navázání kontaktu a vytvoření terapeutického vztahu pomocí citlivého přístupu, empatie a naslouchání. Při akutním nebezpečí vzniku suicidia je nutná hospitalizace. Většinou se jedná o pacienty, kteří mají vytvořený jasný plán a prostředky k realizaci sebevraždy (Látalová, 2015).

5 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je metodou moderního ošetřovatelství. Výchozí myšlenkou ošetřovatelského procesu je rozpoznání potřeb pacientů, kteří požadují ošetřovatelskou péči (Mastiliaková, 2003). Ošetřovatelský proces je zaměřený na uspokojování potřeb pacienta, který se určuje, plánuje a vyhodnocuje tak, aby se dosáhlo co nejvyšší kvality poskytované ošetřovatelské péče se stanovenými standardy (Krišková, 2010). V ošetřovatelství proces znamená způsob, jakým sestra vykonává péči o pacienty. Tato péče by měla být organizovaná a založená na uváženém uspokojování potřeb a řešením problémů pacientů. Sestra musí mít odpovídající vzdělání a dovednosti v interpersonální, technické a intelektové oblasti, aby mohla aplikovat metody ošetřovatelského procesu. V oblasti interpersonální je založená na komunikaci, naslouchání, získávání důvěry od pacientů a musí projevovat zájem a empatii. V technické oblasti se od sestry očekává zručnost při výkonech. V intelektové oblasti musí sestra být schopná řešit problémy, vytvářet adekvátní úsudky a využívat kritického myšlení (Mastiliaková, 2003).

Ošetřovatelský proces se skládá z posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení. Fáze procesu jsou vzájemně propojené a sobě podmíněné, což umožňuje systémový přístup k ošetřovatelské péči (Plevová a kol., 2012). Podle systematické návaznosti fází ošetřovatelského procesu sestra nejdříve ve společné spolupráci s pacientem zhodnotí jeho celkový zdravotní stav, sestaví ošetřovatelskou anamnézu, včetně fyzikálního screeningu. Na základě získaných informací sestra provede analýzu dat, sestaví aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy, ke kterým stanoví intervence a očekávané cíle. Poté vytvoří verzi individuálního ošetřovatelského plánu, který zahrnuje ošetřovatelské diagnózy podle priorit spolu s intervencemi a cíli. Sestra zaznamenává průběh a reakce pacienta na poskytovanou péči. Účinnost péče je po určitém čase vyhodnocena ve srovnání aktuálního stavu pacienta s očekávánými cíli v ošetřovatelském plánu. Cílem ošetřovatelského procesu je poskytování ošetřovatelské péče na co nejvyšší možné úrovni, založené na uspokojování individuálních potřeb

pacienta nebo klienta, které vedou ke zlepšení jeho zdravotního stavu a zvýšení kvality života. (Mastiliaková, 2014).

Zhodnocení a posouzení

Posuzování je první fází ošetřovatelského procesu, tudíž i prvním krokem práce sester při zjišťování stavu pacienta. Posuzování je nepřetržitý proces sběru dat, který je zapotřebí neustále obnovovat a upřesňovat (Marková, Venglářová a kol., 2006). Získávání informací není pouze úkolem první fáze ošetřovatelského procesu, ale je součástí všech činností, které sestra vykonává. Podmínkami kvalitního a objektivního posouzení stavu pacienta a jeho potřeb jsou dovednosti v pozorování, komunikaci, znalosti základních fyzikálních vyšetření, využití měřících a hodnotících nástrojů. Při sběru dat jsou zapotřebí vědomosti, zručnost, pozornost sester, společná spolupráce s pacientem, jeho rodinou nebo přáteli, schopnost využívat zkušenosti a aplikačně myslet (Tomagová, 2001). Sestra ve fázi posuzování využívá své znalosti a dovednosti. Znalosti jsou zaměřené na zdraví a nemoc, patofyziologii, na bio-psycho-sociální a duchovní systém, na potřeby lidí v různých vývojových etapách, na systém rodiny, na kultury a hodnoty pacienta. Dovednosti sestry obsahují neustálé pozorování, efektivní komunikaci, vytváření vztahů, ochoty pomáhat, sestavení anamnézy zdravotního stavu pacienta a provádění fyzikálního vyšetření (Mastiliaková, 2014). Výsledkem posuzování je vytvoření databáze na základě sběru dat a jejich validizace (Marková, Venglářová a kol., 2006). Zdroje dat pro posouzení mohou být primární nebo sekundární. Primárním zdrojem informací je samotný pacient. Do sekundárního zdroje zahrnujeme rodinné příslušníky, blízké osoby pacienta, jiné zdravotnické pracovníky, všechny lékařské zprávy a záznamy, laboratorní výsledky, zprávy z diagnostických vyšetření a odbornou literaturu (Mastiliaková, 2014). Nejpodstatnějším zdrojem informací je pacient. Situace, ve které nám pacient sděluje informace, musí být pro něj důvěryhodná. Důvěra mezi sestrou a pacientem rozhoduje o míře a kvalitě informací, které nám pacient poskytne. V poskytování informací ze strany pacienta mohou být překážky jako zmatenost, těžký stav či neochota spolupracovat. Informace mohou být i záměrně zkresleny, proto se občas stává, že takové informace jsou nepoužitelné.

V dané situaci využijeme informace od rodinných příslušníků a blízkých přátel pacienta, kteří nám mohou sdělit informace o změně chování a stresujících faktorech během poslední doby (Marková, Venglářová a kol., 2006). Získané informace a data lze rozdělit na subjektivní a objektivní. Objektivní data jsou zjišťovány na základě pozorování nebo srovnání s normou. Objektivní neboli vnější projevy můžeme na pacientovi vidět, slyšet, hmatat a cítit. Subjektivní data jsou založené na popisu vnímání zdravotního stavu a životní situace pacienta (Mastiliaková, 2003). Mezi hlavní metody sběru dat a informací zařazujeme pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření (Tomagová, 2011). V rozhovoru s pacientem využíváme direktivní i nedirektivní formy. Direktivní forma se zaměřuje na získávání konkrétních informací v limitovaném čase. Nedirektivní forma je využívána k navázání spolupráce s pacientem (Mastiliaková, 2013). Pro získávání údajů volíme cílený, spíše nedirektivní rozhovor s jasnou strukturou a připravenými otázkami. U prvního setkání s cílem navázání kontaktu a na závěr, při rozmlouvání o očekáváních pacienta je vhodné využít nedirektivní formulaci. Kromě výběru správné formy komunikace je důležitý výběr místa pro vedení rozhovoru a záleží také na druhu kladení otázek (Marková, Venglářová a kol., 2006). Zpočátku může být kontakt s depresivním pacientem svízelný z důvodu apatie, náročný pro jeho nesdílnost, dlouhé latence při komunikaci a sdělováním obsahu. Váznoucí komunikace může mít příčinu v jeho vnitru, které mu nedovoluje bezprostředně vyslovovat jeho sociální postoje a pocity. Proto svoji náladu vyjadřuje více chováním než slovy. Postupně to může vyvolávat i zvýšenou agresivitu pacienta. Pacient se kontaktu vyhýbá i z důvodů úzkosti ze samoty nebo závislosti na jiných osobách. Plnohodnotný kontakt s pacientem je možné realizovat až po následném odhadu jeho aktuálních možností a znalostí, které ovládají jeho postoje. Jinak vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou je ohrožen tím, že s pacientem nekomunikuje nebo bude na kontaktu naopak nepřínosně závislý (Styx, 2003).

Diagnostika

Diagnostika sestrou je druhá fáze ošetřovatelského procesu. Jedná se analyticko-syntetický myšlenkový proces, kdy sestra zaznamenává zdravotní problémy. Sestra pečlivě posuzuje získané informace od pacienta a následně analyzuje, syntetizuje a seskupuje informace. Následně navrhuje hypotézy o zdravotním stavu pacienta. Sestra ošetřovatelské diagnózy sestavuje na základě získaných informací ve spolupráci s pacientem, jeho rodinou a popřípadě i s dalšími zdravotnickými pracovníky. Ošetřovatelské diagnózy sestavuje do ošetřovatelského plánu péče, které umožňují stanovení očekávaných výsledků a ošetřovatelských intervencí (Mastiliaková, 2014). Sestra, aby správně postupovala při stanovování ošetřovatelských diagnóz, musí znát všechny složky ošetřovatelského procesu. Diagnostický proces vedený sestrou zapojuje do dění pacienta jako partnera a předpokládá, že pacienti se uzdravují za pomoci vlastního chování a ne diagnózami a intervencemi. Cílem ošetřovatelské péče je dosažení pocitu osobní pohody a sebeaktualizace pacienta pomoci společné identifikace co nepřesnější diagnózy. Pokud chce být sestra dobrá diagnostička, musí vyvinout výborné předpoklady diagnostické kompetence v intelektuální, interpersonální a technické oblasti (Herdman, 2010). Sestry se zaměřují na životní reakce a zdravotní stav mezi jedinci, rodinami, skupinami a komunitou. Tyto reakce jsou hlavním zájmem ošetřovatelské péče. Ošetřovatelská diagnóza se zaměřuje na problém, podporu zdraví nebo potencionální riziko (Herdman, Kamitsuru, 2016). Ošetřovatelské diagnózy by měly být, jasné, stručné, výstižné a specificky zaměřené na pacienta. Podle naléhavosti řešení řadíme ošetřovatelské diagnózy za sebou. Pořadí diagnóz je podle priorit sestry, jak ona sama je vidí, ale zároveň se musí shodovat s pohledem pacienta. Proto by sestra neměla dělat unáhlené a definitivní závěry předtím, než s pacientem pohovoří (Tóthová a kol., 2009).

Sestra zaujímá důležité postavení v rámci diagnostiky deprese u seniorů. Její odborné znalosti, komunikační dovednosti, pozorování pacienta by mohly přispět velkým dílem při diagnostice deprese. Rozhovor vedený sestrou se považuje za nejobtížnější, ale nejdůležitější metodu k získávání diagnostických poznatků o pacientovi. Rozhovor prostupuje celým vyšetřením pacienta a slouží k navázání

dobrého kontaktu mezi sestrou a pacientem. Pomáhá přimět pacienta ke spolupráci. Pomocí rozhovoru sestra zvyšuje pacientovu motivaci a snižuje jeho obavy z dalších vyšetření. Další klinickou metodou, kterou sestra využívá je pozorování, jehož cílem je zjistit všechny aspekty a projevy osobnosti pacienta. Pozorování je zaměřeno na jeho vzhled, oblečení, emoce, chování a zvýšenou pozornost je třeba věnovat neverbálním projevům. K standardnímu vymezení těchto pozorovacích postupů slouží posuzovací stupnice (Zvolský, 2003). Specifika ošetřovatelských problémů u seniorů jsou dána nejen tělesnými, psychickými a sociálními změnami, ale i polymorbiditou. Současný výskyt více chorob se mají tendenci navzájem komplikovat. U seniora se tedy může vyskytnout více aktuálních i potencionálních problémů s dlouhodobým charakterem, které budou vyžadovat neustálé sesterské intervence (Poledníková, 2006).

Možné ošetřovatelské diagnózy u depresivního pacienta (Herdman, Kamitsuru, 2016)

Doména 1 - Podpora zdraví

Třída 1 Uvědomování si zdraví - Nedostatek zájmových aktivit (00097)

Třída 2 Management zdraví - Neefektivní management vlastního zdraví (00078)

Doména 2 - Výživa

Třída 1 Příjem potravy - Riziko nevyvážené výživy: méně, než je potřeba v organizmu (00002)

Doména 4 - Aktivita/Odpočinek

Třída 1 Spánek/odpočinek Narušený vzorec spánku (00198)

Třída 5 Sebepéče Zanedbávání sebe sama (00193), Zhoršené udržování domácnosti (00098)

Doména 5 - Percepce/Kognice

Třída 2 Orientace – Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)

Třída 4 Kognice – Nedostatečné znalosti (00126)

Třída 5 Komunikace – Snaha zlepšit komunikaci (00157)

Doména 6 - Sebepercepce

Třída 1 Sebepojetí – Beznaděj (00124), Riziko osamělosti (00054), Narušená osobní identita (00121), Riziko narušení osobní identity (00225)

Třída 2 Sebeúcta – Situačně nízká sebeúcta (00120)

Doména 7 - Vztahy mezi rolemi

Třída 2 Rodinné vztahy – Riziko narušení vztahu (00058)

Třída 3 Plnění rolí – Neefektivní plnění rolí (00055), Zhoršená sociální interakce (00052)

Doména 9 - Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2 Reakce na zvládání zátěže – Neefektivní plánování aktivit (00199), Neefektivní zvládání zátěže (00069), Zhoršená odolnost jedince (00210), Stresové přetížení (00177)

Doména 10 - Životní principy

Třída 2 Přesvědčení – Snaha zlepšit duchovní well-being (OOO68)

Třída 3 Soulad Hodnot/přesvědčení/jednání – Snaha zlepšit rozhodování (00184)

Doména 11 - Bezpečnost/ochrana

Třída 3 Násilí – Riziko sebepoškození (00139), Riziko sebevraždy (00150)

Plánování

Plánování je důležitou třetí fází ošetřovatelského procesu, ve které určujeme cíle zaměřené na pacienta a následně plánujeme ošetřovatelskou strategii, která vede k dosažení plánovaných cílů. Začátek plánování ošetřovatelské péče tvoří zhodnocení zdravotního stavu pacienta a stanovaní ošetřovatelských diagnóz. Plánování je systematický, uvážený proces a nevyhnutelný k dosažení kvalitní ošetřovatelské péče. V procesu dochází ke stanovení ošetřovatelských strategií či intervencí s cílem prevence, snížení a odstranění pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny během diagnostické fáze (Tóthová a kol., 2009). Systematickým plánováním se sestra snaží pacientovi poskytnout co nejvhodnější péči s cílem dosáhnout očekávaných výsledků. Sestra zvažuje možné zásahy, vybírá z nich ty, které budou nejvhodnější při řešení pacientových problémů a nevhodné zásahy zamítá (Poledníková, 2006). Výsledkem plánování je vytvoření písemného plánu péče, který musí být zformulován

a zdokumentován tak, aby byl dobře zhodnotitelný. Ve fázi plánovaní si nejprve stanovíme priority. Tyto priority sestavuje sestra společně s pacientem a seřazuje ošetřovatelské diagnózy podle jejich závažnosti. V pořadí, ve kterém jsou ošetřovatelské diagnózy sestaveny, jsou respektovány přání, potřeby a bezpečnost pacienta. Dalším krokem je stanovení očekávaných výsledků, cílů či výsledných kritérií (Tóthová a kol., 2009). Stanovení cílů či očekávaných výsledků jsou měřitelné kroky směřující ke zlepšování zdravotní stavu nebo k uzdravení pacienta (Mastiliaková, 2014). Sestra na základě sesbíraných dat, stanovením diagnóz a určením priorit stanoví, ve spolupráci s pacientem k ošetřovatelským diagnózám cíle a výsledná kritéria. Cíle vždy směřují k pacientovi a jejich naplnění hodnotíme podle somatických a psychických změn, které nastaly v jeho zdravotním stavu. Na sestavení cílů se pacient účastní, pokud mu to dovoluje zdravotní stav. V případě, že to není možné, pacienta s cíli seznámíme. Cíle se rozdělují na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé cíle jsou zaměřené na období hodin či dnů a jsou určeny pacientům při krátkodobé hospitalizaci nebo u osob, které deprimují dlouhodobé plány a dosažení krátkodobého cíle jim přináší větší motivaci. Dlouhodobý cíl se vztahuje na delší období a musí se vztahovat ke konkrétnímu pacientovi (Tóthová a kol., 2009). Do fáze plánování patří i intervence sestry neboli plánování ošetřovatelských strategií. Ošetřovatelské strategie jsou činnosti zvolené sestrou související s ošetřovatelskými diagnózami a směřují k dosažení pacientových cílů. Ošetřovatelské strategie musí být založeny na vědeckých poznatcích, musí být bezpečné a sestra musí znát jejich podstatu. Během procesu plánování ošetřovatelských strategií musí sestra spolupracovat s ostatními odborníky, vyhledat a prostudovat odbornou literaturu a standardy. Sestra k řešení daného problému může využít více intervencí, ale zvolí pouze ty, které nejvíce vyhovují pacientovi, ovšem za předpokladu, že současně dosáhne stanovených cílů (Tóthová a kol., 2009). Sestra musí zformulovat výsledná kritéria, které odvodila od cílů pacienta pro fázi vyhodnocení. Výsledná kritéria musí být pro seniory reálná z časového hlediska, ve kterém mají být dosáhnuty. Sestra bere do úvahy i schopnosti, vnitřní a vnější omezení pacienta (Poledníková, 2006).

Realizace

Během čtvrté fáze dochází k realizaci ošetřovatelských strategií zaznamenaných do plánu ošetřovatelské péče. Tato fáze propojuje všechny fáze v jeden dynamický celek, jejím úkolem je dosažení cílů individualizované péče. Je-li to možné, pacient by měl být aktivním spoluúčastníkem v realizaci plánu ošetřovatelské péče za předpokladu dobrého zdravotního stavu. Průběh realizace ošetřovatelských činností začíná po vytvoření plánu. Největší důraz je kladen na ošetřovatelské činnosti, které přispívají k dosažení určených cílů. Fáze realizace probíhá průběžně a je ve vzájemném vztahu s ostatními fázemi ošetřovatelského procesu. Sestra před zahájením samotné realizace ošetřovatelského plánu musí porovnat plán péče s výsledky opětovného posouzení. Je to z důvodu, že mohou nastat změny zdravotního stavu pacienta (Tóthová a kol., 2009). Při realizaci ošetřovatelské péče se sestry řídí a dodržují standardy zařízení, metodické pokyny, návody a jiné předpisy (Mastiliaková, 2003).

Materiální a personální vybavení pracoviště jsou důležitou součástí pro úspěšnou realizaci plánu péče. Kvalifikovaný personál a dobré materiální zázemí pracoviště zaručuje nepřetržité a účinné poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. Po sestavení plánu sestra připraví potřebné pomůcky a určí, kdy a kdo bude výkon provádět. V poslední fázi sestra připraví pacienta a prostředí pro výkon či zákrok (Tóthová a kol., 2009).

Sestra provádí opakované vyhodnocení stavu pacienta a dle potřeby případné revize ošetřovatelského plánu (Mastiliaková, 2003). Pokud ošetřovatelský plán odpovídá zdravotnímu stavu pacienta a ošetřovatelské činnosti byly provedeny, mělo by u pacienta dojít k vyřešení problémů (Tóthová a kol., 2009).

Vyhodnocení

Vyhodnocení je pátá fáze ošetřovatelského procesu. Sestra v této fázi provádí hodnocení účinnosti poskytnuté péče podle individuálního plánu pacienta. Hodnotí do jaké míry a jestli pacientovi cíle byly splněny. Vyhodnocovací fáze má své nezastupitelné místo i v měření kvality ošetřovatelské péče (Tóthová a kol., 2009).

Sestra na základě svých získaných vědomostí v medicinských a ošetřovatelských odvětvích porovnává zjištěné výsledky s očekávanými cíli, které jsou písemně uvedeny v plánu péče a kriticky je hodnotí. Sestra je zodpovědná za své činnosti, nepokračuje v neúčinných činnostech a místo nich přijímá účinné činnosti. Sestra rozlišuje termínové, průběžné a závěrečné hodnocení na základě toho, kdy se hodnocení provádí (Tóthová a kol., 2009). Průběžné hodnocení je cílevědomá činnost sestry (Mastiliaková, 2003).

6 Role sestry ve screeningu deprese

Role sestry

Role sestry je v souvislosti, jak s profesní, tak se sociální rolí. Profesní role je očekáváný soubor postojů a názorů chování sestry spojené s její profesí. Profesi sestry nelze jednoznačně vymezit, protože neustálý vývoj s sebou nese i změny v definici profesních rolí sester. Role sestry je spojována s kulturním, sociálním, politickým či ekonomickým systémem a mění se v čase. Problémy, které se vztahují k profesním rolím sester, jsou zavádění pokročilých rolí sester do praxe nebo také jako sestra s rozšířenými kompetencemi či sestra specialistka. To znamená, že sestry přejímají některé kompetence lékařů. Cílem je snížení časových nároků lékařů, snížení nákladů na zdravotní péči, dobu čekání na vyšetření a zlepšení přístupu k péči o pacienty. Pilotní studie s cílem zjištění pokročilých rolí již probíhají a dokazují, že neoficiálně existují (Špirudová, 2015a). Bartlová (2005) uvádí, že role sestry prošla v minulosti složitým procesem, který se podstatně dnes mění. K dosažení a udržení určitého standardu péče jsou po sestrách vyžadovány nové dovednosti, které v minulosti požadovány nebyly. Nyní jde o širší spektrum dovedností zejména v souvislosti k sociálním problémům, které stále více provázejí a obklopují nemoc, zdraví jedince i skupin. Sociologické teorie, které se zabývají rozhodujícími funkcemi role sester v současné vývojové etapě, se stávají součástí vzdělání sester a podmiňují kvalitu jejich výkonu v léčebné péči. Jedná se především o sociologické poznatky, které sestrám pomáhají rozpoznat a pochopit:

- postoje a hodnoty jednotlivců, skupin a rodin, s kterými pracuje a které ji učí provádět změny v těchto postojích a hodnotách;
- dynamiku sociálního systému ve vztahu sestra, lékař, pacient, zejména pochopení specifičnosti její role, aby byla schopná spolupracovat v tomto systému k dosažení péče a podporovala pozitivní zdraví a solidaritu ve všech skupinách, kde péče probíhá;

- zdravotní potřeby jednotlivce i rodin mimo terapeutické zařízení tak, aby byla schopná pomocí svých dovedností je vyřešit nebo pacienta navedla na jiné zdravotní profesionály a aby dokázala vysvětlit tyto potřeby jinému personálu a i porozuměla tomu, jak potřeby vidí ostatní pracovníci;
- obecně i kulturně specifické kompetence, kdy sestra musí být schopná chápat hodnoty a kulturní požadavky v rámci kulturního prostředí, ve kterém osoba žije, zejména u těch, které ovlivňují způsob vnímání zdraví a nemoci, jejich očekávání a poskytovat kulturně citlivou péči;
- vlastní roli a normy pro její jednání a chování, jedině takto může sestra měřit vlastní praxi, aby svoji práci mohla více zdokonalovat, kdykoliv je to nutné;
- možnosti a zdroje společnosti k udržení a k ochraně zdraví, aby sestra využívala příležitostí a podněcovala společenské dění k účelnému a efektivními poskytování zdrojů v rámci svých možností a iniciativním chováním působila v oblasti zdravotní politiky (Bártová, 2005).

Pro sestru je důležité osvojení a poznání vlastní role, protože internalizace role může vyloučit vázání se na pravidla anebo naopak lehkomyslně pravidla porušovat. Povolání sestry tvoří systém společenských rolí, které jsou různorodě vertikálně a horizontálně dělené. Souhrn vytvoření odlišných funkčních činností tvoří základ role sestry. Tyto činnosti musí být setra schopná aktivovat, i když je aktuálně nepotřebuje pro výkon role, kterou zastává. Realizace role sestry vyplývá z problematiky, že většina výkonů prováděných sestrou, jsou stanovené přesnými normami (Bártlová, 2003). Sestry pracující se staršími lidmi by si měly být vědomy rizika deprese a mít schopnost přemýšlet i o způsobech přispění k prevenci deprese u seniorů (Neno, Aveyard and B Heath, 2007).

6.1 Screeening deprese u seniorů

Screening je zahrnut do sekundární prevence, zabývající se včasnou detekcí onemocnění pomocí screeningu anebo zjištěním onemocněním s následným zpracováním. Screening je proces identifikace podskupin osob, u kterých existuje vyšší pravděpodobnost vzniku onemocnění a vyšší výskyt rizikových faktorů (Jekel, 2007). Z výše uvedeného vyplývá, že role sestry ve screeningu deprese spočívá v identifikaci a vyhledávání rizikových seniorů, u kterých by se předpokládal možný výskyt deprese. K identifikaci deprese využívá svých odborných znalostí, zkušeností z praxe, schopností využívat hodnotící nástroje pro detekci deprese. Nejvíce se k identifikaci deprese používá metoda rozhovoru, která vede k odebrání potřebných údajů anamnézy. Sestra nesmí zapomenout také na výsledky laboratorních a dalších vyšetření, které mohou doplňovat informace o seniorovi a přispět k ošetřovatelskému diagnostickému závěru (Poledníková, 2006). Screening deprese by měl být proveden vždy u každého nového jedince s neobvyklými příznaky, jako jsou aktivní sebevražedné myšlenky, nálady spojené s bludy, psychomotorická retardace, nesoucí vina za zemřelého, funkční poškození delší než 2 měsíce po ztrátě (Wiese, 2011). Rovněž je třeba screening zvážit i v případě, kdy útrapa jedince po úmrtí blízké osoby trvá déle než 3 až 6 měsíců po ztrátě, při přetrvávajících stížnostech na poruchy paměti, dlouhodobá chronická onemocnění, fyzické onemocnění trvající do 3 měsíců, sociální izolace, prodloužené hospitalizace, nechutenství a zanedbávání vlastní osoby, umístění do sociálních zařízení nebo u pobytů dlouhodobé péče, přetrvávající obtíže spánku nebo při diagnóze demence, cévní mozkové příhody či Parkinsonovy choroby (CCSMH, 2006).

Ošetřovatelský screening zahrnuje základní fyzikální vyšetření a objektivní pozorování sestrou. Fyzikální vyšetření prováděné sestrou obsahuje objektivní údaje, které lze získat pohledem, poslechem, pohmatem, poklepem, čichem nebo pomocí nástrojů, škál a stupnic srovnávat hodnoty s normou (Mastiliaková, 2014). Při fyzikálním vyšetření postupuje sestra systematicky tzv. „od hlavy až k patě“. Sestra musí při vyšetřování brát ohled na zdravotní stav energii a čas pacienta. Vyšetření by mělo být prováděno v intimním prostředí, nejlépe jen v přítomnosti sestry a pacienta. Senioři trpí často zimomřivostí, proto by místnost měla být přiměřeně vyhřátá. Sestra

z důvodu intimity odkrývá části těla postupně, aby zabránila zbytečnému odhalování pacienta. Před tím než začne sestra vyšetřovat pacienta, musí mu srozumitelně vysvětlit, jak bude vyšetření probíhat a co se od něj očekává. V průběhu vyšetření je vhodné usměrňování a instrukce vícekrát zopakovat (Poledníková a kol., 2006). Objektivní pozorování je součást klinického vyšetření sestrou. Zahrnuje všechny sestrou viditelné, slyšitelné, hmatatelné projevy a měřitelné hodnoty pacienta (Mastiliaková, 2014).

Sestry poskytují ošetřovatelskou péči starším pacientům se zdravotními problémy, jsou tedy v ideální pozici k identifikaci deprese (Thomas, 2013). Pro sestru v rámci vyhledávání deprese u seniorů je důležitý proces hodnocení, který následuje po pozitivním screeningu. Screening je nejúčinnější, pokud je zaměřený na skupiny s vyšším rizikem. Přítomnost rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku deprese, by měly být vždy podmětem pro použití screeningových nástrojů a měly by informovat o příznacích, které tvoří základní diagnostická kritéria pro depresivní poruchu (CCSMH, 2006).

Sestry posuzují depresi u starších lidí v různých prostředích. K posouzení deprese dochází v primární péči, při hospitalizacích v rámci akutní, dlouhodobé péče, v oblasti sociální a komunitní péče. Vždy je zapotřebí hodnocení sestrou, ale i efektivní multidisciplinární komplexní tým pro celkový proces (Redfern, 2006). Spolupráce a profesionální komunikace mezi sestrou a lékařem jsou základními předpoklady úspěšné týmové práce. Sestry i lékaři přispívají k péči o pacienta jedinečným způsobem. Jednotlivé činnosti obou profesí na sebe navazují. Při řešení problémů by se mezi sestrou a lékařem měla uplatňovat určitá tolerance. Vzájemně by měli respektovat své role. Lékař by měl zůstat odborníkem v medicínské oblasti a sestra v oblasti ošetřovatelské (Vévoda a kol., 2013). Využití vhodného screeningového nástroje či škály by mělo zahrnovat závažnost současné epizody, trvání, vývoj a udržovací faktory, poruchy nálad v anamnéze a reakce na ně, předchozí osobní a rodinnou anamnézu, současný profil příznaků, rizikové faktory, hlavní problémové oblasti ze strany pacienta, sociální anamnézu, aktuální a minulé fyzické problémy, aktuální farmakologickou anamnézu a dodržování medikace (Redfern, 2006). Sestry se nepochybně ve zdravotní péči setkávají s klinikou deprese u pacientů. Někteří z těchto pacientů již mohou užívat

předepsaná antidepresiva. Zatímco u jiných je choroba nediagnostikována, ale mohou vykazovat příznaky deprese. Sestry jsou ve strategické pozici v posuzování symptomů deprese a ve vyhledávání rizikových pacientů. Do rizikové skupiny patří pacienti, kteří užívají alkohol a návykové látky, trpí funkčním či zdravotním postižením, závažným onemocněním nebo u pacientů s nově zjištěnou diagnózou. Ohroženi jsou i vdovy, vdovci a pečovatelé, kteří se starají o své členy rodiny, zejména u těch s demencí, kde dochází k sociální izolaci a nedostatku sociální podpory (Rojas-Fernandez et all, 2010). CCSMH (2006) zahrnuje mezi rizikové faktory deprese ve stáří predispoziční a precipitační faktory. Mezi predispoziční faktory jsou zařazeny ženské pohlaví, ovdovění nebo rozvod, deprese v anamnéze, změny v mozku způsobené cévním onemocněním, typ osobnosti v souvislosti se závislostí a problémy s navazováním vztahů, zdravotní a chronická onemocnění, nadměrná konzumace alkoholu, užívání léků jako antihypertenziva, analgetika, steroidy, benzodiazepiny, antipsychotika, antiparkinsonika, dále nízká sociální podpora a izolace, osoba poskytující péči osobě s vážnou chorobou jako např. demence. Mezi precipitační (vyvolávající) faktory patří nedávné úmrtí, umístění do zařízení jako pečovatelské domy, domovy pro seniory, zejména v prvním roce, dále nepříznivé životní události jako separace, finanční krize, ztráty, chronický stres spojený se sníženým zdravím, s rodinnými a manželskými problémy či se sociální izolací a přetrvávající obtíže se spánkem (CCSMH, 2006). Sestry se také musí snažit zvýšit vědomí pacientů i jejich rodinných příslušníků, že deprese je běžné, léčitelné onemocnění, které není vadou osobnosti a není ničí chybou. Pacienti i rodiny od sester očekávají, že jim poskytnou adekvátní informace i poradenství. Sestry musí mít dobré teoretické znalosti v oblasti farmakologických možností léčby, znát nežádoucí účinky a možné interakce s jinými léky (Rojas-Fernandez et all, 2010).

Sestra by měla mít vždy na paměti, že starší lidé si mohou myslet, že smutek nebo snížené potěšení je realistická reakce na proces stárnutí. Méně často vyhledávají odbornou pomoc od lékařů (Naegle, 2011). Bojí se navštívit svého lékaře s obavou diagnostiky duševního onemocnění a následné návštěvy psychiatra. Neradi a velice málo hovoří o pocitech smutku, bezmoci a viny (Topinková, 1995). S prohlubující se

stigmatizací psychickým problémů se mnoho starších osob zdráhá přiznat změnu nálad či kognitivních funkcí. Deprese může vycházet i doprovázet většinu fyzických problémů jako např. srdeční choroby, mozkové mrtvice, nádorová onemocnění, endokrinní poruchy, infekce nebo Parkinsonovu chorobu, a tím zhoršovat zotavení či výsledky léčby. Velkou pozornost by sestra měla věnovat zhoršením kognitivních funkcí, protože deprese může být časnou známkou demence.
Ke kognitivním změnám dochází v obou případech, jak u deprese, tak u demence. Je třeba znát rozdílnost těchto změn. U deprese jsou okolnosti více specifické a objevují se náhle. Zatímco u demence jsou kognitivní problémy globální s pomalým nástupem (Naegle, 2011).

6.2 Vztah sestry a pacienta

Vzájemná interakce mezi sestrou a pacientem je v prostoru malé skupiny, který má vlastní atmosféru. Každý člen z této skupiny zaujímá specifickou roli a každý člen se vymezuje určitým vzorcem chování (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011). Oba zúčastnění musí mít ujasněné svoje role v procesu uzdravování. Pacient je „nositelem" nemoci, měl by být aktivní v přístupu k léčbě i ošetřovaní a ochotný sdílet se sestrou svoje problémy i úspěchy. Pacient musí být schopný a ochotný přijímat pomoc a příslušnou péči. Sestra ve své roli je zodpovědná za přizpůsobení léčebného i ošetřovatelského plánu individuálním potřebám pacienta. Sestra musí být pro pacienta odborným rádcem v neznalostech či nejistotě, je průvodkyní v nemoci, oporou i obhájcem v těžkých a nejasných situacích pacienta. V procesu utváření vztahu je důležité, aby si pacient uvědomoval svůj podíl zodpovědnosti, to platí i pro rodinné příslušníky pacienta a ostatní zdravotní personál, kteří mohou tento vztah významně ovlivnit. (Špirudová, 2015a).

V ošetřovatelství se používá pojem terapeutický vztah, který je jádrem pro ošetřování a pečování. Optimální rozvoj terapeutického vztahu by měl v určitém čase dospět k cílově kvalitě, nazývané terapeutická aliance respektive léčebné spojenectví. Terapeutická aliance je vzájemně oboustranný, otevřený a bezbariérový vztah mezi

sestrou a pacientem, který je zaměřený na zvládání ošetřovatelských problémů, kdy sestra i pacient musí být schopni spolupracovat, vyhledávat ošetřovatelské problémy a nacházet nejvhodnější způsoby řešení (Varcarolis, 2004). V terapeutické alianci se sestra nezaměřuje pouze na potřeby, cíle léčby a péče, ale i na jeho myšlenky, zkušenosti, názory, pocity a přání (Špirudová, 2015a). K navázání dobrého terapeutického vztahu, který je postaven na vzájemné důvěře a spolupráci na stejném cíli, je v první fázi důležitá podpora, která začíná edukací pacienta, i jeho rodiny a blízkých. K seniorovi, který trpí depresí, musíme přistupovat citlivě, chápavě, vyhýbáme se kritizování a bagatelizování jeho obtíží. Pomocí edukace zdůrazňujeme nutnost braní léků. Seniorovi i jeho rodině dodáváme optimismus a podporu, ne však na podkladě falešném optimismus. Na pravou míru uvádíme mýty, které by mohly být důsledkem narušení spolupráce. Posilujeme vzájemný vztah, požadavky pacienta na sebe, ale naopak brzdíme přehnané nároky a očekávání. Umožníme seniorovi přijmout roli nemocného, která pomáhá ke snížení pocitů selhání a viny. Důležitost se klade i na možnost poskytnout seniorovi odreagování od smutku, napětí, pocitů viny za nesplněné povinnosti a poskytnout mu možnost důležitá rozhodnutí posunout až se bude cítit lépe (Kučerová, 2012). Od počátku léčení je kladen důraz na vybudování dobrého terapeutického vztahu s nemocným a jeho rodinou, či příbuznými. Všechny osoby, které jsou v kontaktu s nemocným včetně jeho samotného je nutno poučit a edukovat o charakteru onemocnění, možnostech léčby, délce trvání onemocnění i léčby, o vedlejších účincích a lékových interakcích. Následně musíme představit bezpečné prostředí, jak pro nemocného, tak rodinu a blízké osoby. Podle zdravotního a duševního stavu je vhodné, poučeného pacienta zapojit do rozhodovacího procesu. Bylo prokázáno, že při vytvoření dobrého a kvalitního vztahu, je léčba v mnoha případech účinnější bez ohledu na její druh (Raboch, 2011).

V přístupu mezi seniorem a sestrou jde především o to, aby se sestra zbavila svých zažitých stereotypů a domněnek např. že s nemocným ve vyšším věku se nedá mnoho dělat. Sestra se musí také vzdát vlastní úzkosti ze stáří a stárnutí, protože většinou zdravotníci chápou stáří a smrt jako logický následek života. Pokud tyto problémy jsou více zkresleny, mohou být zdravotníci necitliví nebo se budou seniorovi vyhýbat. Práce

se staršími lidmi s sebou nese řadu pozitivních výsledků, ale jsou závislé na uvědomění zdravotníků. Osud nemocného je tedy přímo závislý na udržení návaznosti sociálních interakcí, porozumění a aktivaci, která zachovává důvěru ve vlastní schopnosti seniora (Styx, 2003).

Screeningové nástroje využitelné sestrou

Sestra musí umět rozeznat projevy deprese od normálního smutku (Carlat, 1998). Pro hodnocení pacienta sestrou musí být využity vhodné komunikační dovednosti, aby sestra dokázala s pacientem hovořit o tom, jak se cítí. Sestry mohou využívat sebehodnotící nástroje, které jim umožní identifikovat problémy, které vidí jako obtížné a znepokojující. Screeningové nástroje mohou být sestrám užitečné k detekci deprese pouze v případě, že sestry umí dostatečně využívat vhodné škály a jsou pro ně validní a spolehlivé. Je pravděpodobné, že rychlé a jednoduché hodnotící škály či nástroje jsou častěji používány než ty složité a pracné (Thomas, 2013). K rozeznání depresivní poruchy může sestra využít jednoduchých a rychlých metod jako jsou akronym SASA nebo SIGECAPS. Posuzování jednotlivých příznaků je užitečný, rychlý screeningový nástroj pro pacienty trpící psychiatrickými poruchami a lze ho zařadit do základní anamnézy a diagnostického šetření. Techniky jsou užitečné k náhle se měnícím objektům, k normalizaci a vysvětlení pacientovi jeho chování. Pomocí otázky mu naznačit předpoklad, že pacient bude schopen se sám zabývat svým chováním a ovědomovat si ho (Carlat, 1998).

V akronymu SASA každé písmeno zastává příznakový okruh. S = spánek, kdy pacienti s depresí si stěžují na probouzení po půlnoci, časně ráno nebo jednu až dvě hodiny před časem, kdy vstávají. Většinou uvádějí, že nejhorší stav je ráno. A = anhedonie, kdy pacient je neschopen se radovat z věcí, které doposud byly pro něj příjemné, a pozitivně přemýšlel do budoucnosti. S = sebehodnocení, které je pacientů s depresí snížené. Někdy si pacienti sami myslí, že se jedná o počínající demenci, nevěří si a tyto pocity naznačují skutečnost, že deprese zasahuje a tlumí intelektový výkon. A = apetit. Snížená chuť k jídlu i úbytek na váze byly zjištěny asi u 90 % pacientů. Pokud jsou u pacientů identifikovány alespoň tři ze čtyř příznaků, je zde velká pravděpodobnost depresivního onemocnění. Na depresi je nutné pomýšlet i v případě,

kdy přidružené onemocnění jsou protahované, a pacient si stěžuje na jiné somatické příznaky (Honzák, 2005).

SIGECAPS – zahrnuje osm neurovegetativních příznaků deprese, které jsou lehko zapamatovatelné i využitelné. V této mnemotechnické pomůcce každé písmeno označuje jednu z hlavních diagnostických kritérií pro těžkou depresivní poruchu z Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch IV. V rozhovoru je účinnější ptát se na celkový stav, než na každý příznak odděleně např. „Jak deprese ovlivnila Váš život během několika týdnů?“, „A co vaše chuť k jídlu?“. U pacientů, kteří jsou v komunikaci zdráhavější přiznat depresivní náladu, je dobré začínat otázkou např. „Máte nějaké problémy se spánkem?“(Carlat, 1998).

Čím dál více se v diagnostice a screeningu deprese u seniorů využívají sebeposuzovací dotazníky PHQ (Patient Health Questionnaire) se dvěma (PHQ-2) nebo devíti otázkami (PHQ-9). V sebeposuzovacím dotazníku PHQ-2 pacient odpovídá ano/ne na otázky: „*Během posledního měsíce mívám smutnou náladu nebo pocity selhání, neúspěchu nebo beznaděje*.“ „*Během posledního měsíce nepociťuji potěšení u věcí, které běžně rád/a dělám nebo o ně nemám zájem*.“ PHQ-2 je senzitivní nástroj využívaný v primární péče pátrající po depresivní onemocnění. Dotazník je pozitivní, pokud alespoň jedna otázka je kladně zodpovězená. Je vhodné PHQ-9 k bližší specifikaci (Raboch, 2011).

7 Role sestry v ambulantním sektoru ve screeningu deprese u seniorů

Ambulance všeobecného praktického lékaře (PL) je základem systému zdravotní péče, která nevyžaduje hospitalizaci pacienta. V současné době pracují jako samostatné zdravotnické jednotky. Hlavním úkolem v ordinaci praktického lékaře v péči o seniory by měla být prevence, základní vyšetření a ošetření, diagnostika a diferenciální diagnostika, léčba onemocnění, prevence v omezení funkčních schopností, podpora v poskytované péči rodinou a psychosociální podpora (Weber a kol., 2000). Zabezpečují první kontakt s obyvatelstvem. Také odpovědně a citlivě rozhodují o nutnosti další péče v akutních i chronických stavech. Systematickým úkolem je shromažďování zdravotnických informací, podílení se na odpovědnosti pacienta za své zdraví a koordinaci specializovaných služeb (Seifer, Čeledová a kol., 2012).

Deprese je třetí onemocnění s největší zátěží a odpovídá za 6,2 % celkové zátěže nemocemi (DALY). Podle současných zhodnocení může praktický lékař v ČŘ očekávat až 10% pacientů, kteří ho navštíví a trpí depresí. Smutné je, že sotva polovina těchto pacientů je správně diagnostikována a léčena. V primární péči patří mezi hlavní faktory nedostatečného rozpoznání, nedostatek času na pacienta. Lékař se primárně soustředí na tělesné obtíže a psychický stav pacienta jde do ústraní. Mezi další důležité faktory patří nedostatečná znalost problematiky deprese a nejistota při diagnostice a léčbě (Laňková, 2007). V rozpoznání a léčbě poruch chování u starších pacientů sehrává hlavní roli praktický lékař. Bohužel v primární péči se lze setkat s největšími problémy v diagnostice. I přes skutečnost, že opakovaně bylo na nedostatky v diagnostice deprese, úzkosti a delirantních stavů poukazováno (Topinková, 2006).

V rámci preventivní péče v ambulanci o geriatrickou populaci by mělo docházet k selektivnímu screeningu vysoce rizikových skupin. Screening by měl být proveden při každé návštěvě seniora v ordinaci. Jedná se o krátké zhodnocení zdravotního stavu a zjištění přítomnosti rizikových faktorů v bio-psycho-sociální oblasti (Weber a kol., 2000). Praktičtí lékaři hrají klíčovou roli v primární péči. Péči poskytují v ambulantní i v domácí péči a účastní se zdravotně sociální výchovy obyvatelstva. Určují, které

osoby s onemocněním jsou schopny, se léčit sami, a které potřebují odborné konziliární vyšetření nebo hospitalizaci. Spolupracují v rámci komunitní péče, kdy zdravotní a sociální služby jsou v integraci. Prolínáním těchto služeb vytváří kontinuálně koordinovaný systém (Seifert, Čeledová, 2012).

Součástí ambulantní péče hraje významnou roli i sestra, která je důležitá k týmové spolupráci (Weber a kol., 2000). Seifert, Čeledová a kol, (2012) poukazují, že sestra uplatňuje všeobecné sesterské vzdělání, znalosti práce s počítačem, znalost světového jazyka, jsou na ni kladeny vysoké nároky, ale aktuálně neexistuje definice sestry v ordinaci praktického lékaře (Seifert, Čeledová a kol., 2012). Sestra v segmentu primární péče má velký vliv. Vytváří nejlepší vizitku pro praktického lékaře, protože bez vzdělaných sester, není kvalitní péče. Pacienti v ordinaci praktického lékaře se setkají se sestrou dříve než s lékařem. První moment a pocity, které v pacientovi sestra zanechá, mohou ovlivnit celý průběh zdravotní péče i vztah k lékaři (Košta, 2013). Australská federace ošetřovatelství a porodní asistence (2014) popisuje úlohu sestry v rozšířenějším kontextu. Sestra má znalosti a dovednosti poskytovat v ambulanci praktického lékaře komplexní péči založenou na důkazech. Podílí se na plánování, realizaci, koordinaci, sledování a vyhodnocování zdravotní péče. Nedílnou součástí je role sestry ve zdravotním screeningu, prevenci, v podpoře a udržení zdraví, pochopení sociálního a psychologického kontextu a poskytování vysoce kvalitní ošetřovatelské péče pomocí komunikačních strategií, citlivosti k hodnotám, víře, sexuální orientaci, pohlavní identity, kultury a osobnosti člověka. Sestra posiluje pacienta ve zdravotní gramotnosti a povzbuzuje jeho dovednosti v sebeposuzování. Kvalita poskytované péče a efektivní praxe se odráží v kvalitě poskytovaných služeb pacientovi. Úloha sestry v ambulantní praxi zaměřující se na detekci deprese u seniorské populace je založená na rozhovoru, pozorování a využití vhodných škál pro screening. Všechny tyto metody jsou využívány v rámci první fáze ošetřovatelského procesu. Při rozhovoru jsou významné komunikační dovednosti sestry, empatie, naslouchání, osobnostní rysy sestry, znalosti zásad při komunikaci se seniory a pacienty trpící depresí, vyhledávání a následné odstranění komunikačních barier (ANMF, 2014).

Při příjmu pacienta do ambulance dbáme na zdvořilé chování. Pacienta pozdravíme, podáme ruku, přivítáme a nabídneme místo k sezení. Všímáme si prvních reakcí, vzhledu, psychického rozpoložení pacienta. Prvotní pozorování pacienta bývá často cenné pro diagnostiku a způsob dalšího jednání a komunikace. Důraz je kladen na první dojem, který rozhoduje o vzájemném vztahu a důvěře v průběhu celého procesu. Pacientovi dáváme najevo, že na něj máme od začátku dostatek času a jsme plně soustředěni (Vymětal, 2003).

V komunikačním procesu sestra může využít diagnostického, informačního a terapeutického rozhovoru. Hlavním zdrojem informací o pacientovi je diagnostický rozhovor (Praško a kol., 2010). Vymětal (2003) uvádí, že v diagnostickém rozhovoru zjišťujeme data pomocí anamnézy související s biologickou stránkou onemocnění v průběhu života až do současnosti. Zabýváme se psychologickými determinanty, jako jsou postoj a prožívání onemocnění, zvládání stresových situací, vztahy v životě a osobnost pacienta, které mohou mít roli v onemocnění a následné léčbě.

V diagnostickém rozhovoru se zaměřuje i na sociální faktory, které z velké části mají vliv na výskyt deprese u starší populace. Zjišťujeme vzdělání, pracovní možnosti, denní režim, aktivity, bydlení, sociální síť, sociální zázemí a postoj okolí vůči pacientovi. Tato otevřená část má kromě získávání informací od pacienta a pozorování i podstatný terapeutický význam. Tím, že pacientovi naslouchám, poskytujeme mu respekt. Informace od pacienta shrneme a přejdeme k cíleným otázkám. Nejprve se zeptáme na významné situace, které se odehrály v životě pacienta, jak problémy vypadají, kdy a jak dlouho se příznaky objevují nebo naopak ve kterých situacích se neobjevují. Není dobré se hned ze začátku ptát na pacientovu rodinnou anamnézu. Pacient od nás očekává, že se zaměříme a upřesníme jednotlivé příznaky. Necháme si spontánně popsat situaci, kdy se naposledy příznaky objevily a cíleně se zaměříme na myšlenky, emoce, pocity, chování a tělesné reakce pacienta. Během rozhovoru postupně analyzujeme a formuluje informace od pacienta a jeho reakce (Praško a kol., 2010).

Informační rozhovor vedený sestrou je směřován na sdělování chybějících informací a na rozebrání toho, co pacienta subjektivně zatěžuje. Podáváme racionální

informace, přiměřené věku, intelektu, zdravotnímu stavu pacienta a schopnosti soustředit se. Pacientovi seznámíme s průběhem léčby, budeme ho edukovat v souvislosti s užíváním medikamentů, nežádoucími účinky a o pravidelných kontrolních návštěvách u lékaře. Závěrem informačního rozhovoru se zeptáme na zpětnou vazbu od pacienta. Je potřebné, se zeptat, jestli porozuměl sdělením, co si o tom myslí a jaké jsou jeho obavy (Praško a kol., 2010).

Sestra se při terapeutickém rozhovoru zaměřuje na navázání pozitivních změn psychického stavu pacienta (Prasko a kol., 2010). Změny psychického stavu, osobnosti a chování můžeme navázat pomocí nedirektivního empatického rozhovoru. Pacientovi sdělujeme naše porozumění jeho obtíží a schopnost vcítění se do jeho situace. Podporujeme ho v hledání psychologických souvislostí mezi významnými a zatěžujícími skutečnostmi. Empatické vedení rozhovoru sestrou navozuje v pacientovi pocit blízkosti, důvěry a bezpečí a pomáhá mu se lépe orientovat v jeho duševním životě (Vymětal, 2003).

Využití škál sestrou pro screening deprese u seniorů v primární péči

Existuje celá řada screeningových nástrojů pro detekci deprese. Sestra v primární péči by mohla využít dotazník PRIME MD 2, který je v ČR vyzkoušený a ověřený. Dotazník je jednoduchý a zaměřený na dva hlavní symptomy deprese: pokles nálady a ztráta zájmu. Sestra pacientovi předloží dotazník buď v předtištěné formě, nebo sama mu položí dvě jednoduché otázky, které zní: „Míváte během posledního měsíce smutnou náladu, pocity selhání, beznaděje nebo neúspěchu?“ a „Pociťujete během posledního měsíce snížené potěšení z věcí, které jste běžně rád dělal a nyní už o ně nemáte zájem?“ (Raboch, Laňková, 2008). Laňková (2007), ve studii SCREEDEP, která zkoumala diagnostickou výtěžnost pomocí screeningového nástroje na záchyt deprese v ordinacích praktického lékaře, rozšířila dotazník o dalších 5 otázek zaměřených na somatické obtíže, kde se pacientů dotazovali, jestli během posledních 2 týdnů nebo i déle pociťovali unavenost bez zjevné příčiny, necítili se zdrávi i bez zjištěných dalších onemocnění, měli problémy se špatným nebo nadměrných spaním, trpěli bolestmi, kterých se nemohou zbavit a jestli nepozorují změny v chuti k jídlu nebo změnu váhy. Výsledek testů byl pozitivní, pokud jedna otázka byla zodpovězena

kladně. Ve studii bylo zajímavé, že dvou - otázkový dotazník měl větší záchyt deprese než sedmi otázkový. Poukazuje na to, že jakékoliv rozšíření testu nemá vliv na záchyt nových diagnóz. Delší test má nižší sensitivitu a tím je i větší zátěž při vyšetřování více pacientů, aby se zjistil stejný počet diagnóz jako u dvou - otázkového dotazníku. Studie dokazuje, že využití screeningového testu přináší v ordinacích praktického lékaře významně vyšší záchyt diagnóz deprese (Laňková, 2007).

8 Role sestry ve screeningu deprese u hospitalizovaných pacientů v akutní péči

Zdravotní akutní péče je poskytována za účelem odvrácení a snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby co nejrychleji a nejadekvátněji byly zajištěny skutečnosti pro stanovení či změnu individuálního léčebného plánu, a tím nedošlo k ohrožení pacienta ani jeho okolí. Lůžková péče je poskytována v nepřetržitém provozu a nelze ji poskytnou ambulantně. Lůžkovou péči lze rozdělit na akutní lůžkovou péči intenzivní nebo akutní lůžkovou péči standardní. Akutní lůžková péče intenzivní je poskytována pacientům v případech náhlého ohrožení nebo selhávání základních životních funkcí. Využívá se také v případech, kdy tyto situace lze předpokládat. Akutní lůžková péče standardní je poskytována pacientům s náhlým onemocněním nebo zhoršením chronického onemocnění ohrožující závažně jejich zdraví, ale bezprostředně nevedou k selhání životních funkcí nebo za účelem provedení odborných zdravotnických výkonů, které nelze vyšetřit ambulantně (Arnoldová, 2012).

Pro každého člověka je hospitalizace v nemocnici významnou událostí. Staří lidé si často spojují nemocnici s místem, kde se umírá. Člověk je odebrán z domácího prostředí, vztahů a obvyklého způsobu života, což silně vnímají starší lidé, kteří se hůře orientují a adaptují v novém prostředí. U většiny hospitalizovaných pacientů převládají v různé míře obavy, strach, pocity nejistoty a nedostatek lidské blízkosti. Míra strachu může též souviset se známostí prostředí a velikostí nemocnice. Pacient, který je opakovaně hospitalizován snáší pobyt v nemocnici lépe než pacient, který je hospitalizován poprvé. Větší nemocnice na pacienty působí neosobně a jsou často spojovány s větší úzkostí. Bylo zjištěno, že pacienti s jasnou diagnózou mají menší obavy z pobytu v nemocnici než pacienti, jejichž zdravotní problémy jsou nejasné příčiny a diagnosticky problematické. Pacienti s jasnou diagnózou vidí v nemocnici místo pomoci a útočiště (Vymětal, 2003). Na počátku hospitalizace je někdy pacient utvrzen v bezmoci a beznaději, kdy postrádá důvěru, jak v lidskou, tak profesionální pomoc, ve zlepšení zdravotního i psychického stavu a často postrádá i chuť žít. Občas

má pacient skrytou, ale výraznou chuť se svého života zbavit. V tomto smyslu se jedná o pacienta, jehož chování je nejsvízelnější. Pacient není schopen pozitivně reagovat na snahy zdravotníků v pokračování rad, které by ho povzbudili ve snaze myslet pozitivně např. na rodinu, přátele, svá domácí zvířata (Styx, 2003). Hospitalizace pro seniora znamená mnoho nepříjemných zážitků. Senior většinou vnímá umístění do nemocnice jako přechodný stav. Občas bývá vnímán jako neschopný a plně závislý na péči druhých nebo i neschopný sám o sobě rozhodovat (Kopecká, 2011). Pacient se s hospitalizací a pravidly oddělení vyrovnává čtyřmi způsoby – rezignací, přizpůsobením, protestem a přijmutím. Rezignací, kdy se cítí jako bezmocný, závislý, nastává regrese a nemocný se vrátí k původnímu stavu. Přizpůsobením se, ale narušuje pravidla tím, že tajně kouří, neužívá léky. Další způsob vyrovnání je protestování a zařadí se mezi věčně nespokojené pacienty, kteří si stěžují a kritizují, anebo příjme omezení jako nutná na přechodnou dobu a bez zásadních problémů se adaptuje (Vymětal, 2003). Do nemocnice jsou umístěni pacienti, kteří potřebují akutní, intenzivní 24 hodinovou péči. Sestry hospitalizovaným pacientům poskytují kromě ošetřovatelské péče, i péči v oblasti edukace, poradenství, kdy se jejich schopnosti opírají o mezilidské a komunikační dovednosti řešit psychologické aspekty holistické péče. Sestry musí umět včas rozpoznat, interpretovat známky normálního či zhoršující se fyzického a duševní zdraví, a také včasně, rychle a adekvátně reagovat. I přes většinu těchto schopností a dovedností sester může být depresivní porucha u pacientů přehlédnuta a neléčena z důvodu rušnosti na oddělení. Mnohdy mohou mít i sestry nejistotu mluvit s pacienty o depresi kvůli nedostatku znalostí a dovedností rozpoznat příznaky (Thomas, 2013).

Lidé ve vyšším věku, kteří před umístěním do nemocnice žili v těžkých a komplikovaných sociálních poměrech, se uzavírají rychleji. Nemocní, kteří žili v izolaci, mají problémy s navázáním kontaktu, ale více ho potřebují. Hospitalizace u seniora vede k narušení až úplnému přerušení sociálních vazeb, protože někteří příbuzní do nemocnice neradi chodí. Při úbytku nebo úplné ztrátě vztahů vznikají situace přenosových vazeb na zdravotníky. Nesnáze vznikají snadno při negativním procesu, kdy nepřátelství k rodině nemocný směřuje na zdravotníky. Do rozpaků

zdravotníky přivádí i pozitivní pozice, protože snažit se nebrat pacienta na vědomí a pracovat neosobně, vyvolává napětí na obou zúčastněných stranách (Styx, 2003).

U pacientů v akutní péči intenzivní i standardní je třeba myslet na kvantitativní i kvalitativní poruchy vědomí, kdy zcela normální komunikace nemusí být vždy možná. V mnoha případech musí sestra najít vhodnou komunikační techniku, která bude vyhovovat oběma zúčastněným stranám. Komunikace bývá často obtížná z důvodu, že pacienti komunikovat nechtějí. V akutních stadiích na pacienta mluvíme jednodušším způsobem. Pozor si musíme dát na normalizaci stavu pacienta a poté s ním komunikovat podle jeho psychického stavu (Kapounová, 2007).

Sestra je člověk, se kterým hospitalizovaný pacient přichází nejvíce do kontaktu. Proto je pravděpodobné, že mezi sestrou a pacientem bude užší vztah než s jiným zdravotnickým pracovníkem. V akutní péči vzniká problém při utváření bližšího vztahu a důvěry v nepravidelnosti směnného provozu sester. Rychlé střídání personálu na ošetřovacích jednotkách neumožňuje, si vytvořit bližší vztah ani k jedné sestře. Hospitalizovaný pacient se může se sestrou potkat jen dvakrát týdně, není tedy prostor pro bližší seznámení. Očekává se, že dobrý vztah mezi sestrou a pacientem během pobytu v nemocnici může zvýšit úroveň při získávání informací od pacienta nebo jeho rodiny, může zlepšit pacientovo chápání nemoci a nutnosti hospitalizace. Také může zvýšit spokojenost pacienta s poskytovanou léčbou, ošetřovatelskou péčí, ošetřovatelským týmem i zvýšení kvality života s nemocí (Špirudová, 2015b).

9 Role sestry ve screeningu deprese u seniorů v zařízeních dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče (Long-term care) je řada služeb, které jsou potřebné pro osoby závislé na pomoci při každodenních činnostech života ADL. ADL – činnosti každodenního života, které člověk musí provádět každý den. Jedná se o koupání, oblékání, stravování, vstávání a ulehání do postele, použití toalety a schopnost kontroly nad močovým měchýřem a střevem. (OECD, 2005).

V Českém statistickém systému neexistuje společná definice dlouhodobé péče. Ačkoliv dlouhodobá péče obsahuje sektor zdravotní i sociální oblasti, jsou v každém sektoru různé definice, které nelze od sebe jednotně oddělit. Instituce zaměřené na péči o seniory a sociální služby jsou dvojího typu: domovy pro seniory a pečovatelské domy. Pobytové služby v sociálních zařízeních pro seniory jsou poskytovány osobám, které jsou omezené, v schopnosti postarat o osobní péči a o práci v domácnostech. Tyto služby poté klientům nahrazuje domov. Zákon o sociálních službách definuje čtyři stupně závislosti v důsledku dlouhodobého onemocnění a typy služeb pro osoby s těmito limity, jako jsou pobytové služby sociální péče nebo služby domácí péče. (OECD, 2007)

Sociální služby poskytované v České Republice jsou součástí státního systému sociálního zabezpečení se svojí legislativou o sociálních službách. Sociální služby lze rozdělit podle poskytování na ambulantní, pobytové nebo terénní. Sestra svoji roli uplatňuje převážně v pobytové formě sociálních služeb. Pobytovou službou v péči o seniora se rozumí ubytování v zařízeních sociálních služeb. Do pobytových zařízení pro seniory řadíme Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Domovy pro osoby se zdravotním postižením. V jednom zařízení si poskytovatel může zaregistrovat více druhů sociálních služeb. Další služby definuje zákon o sociálních službách (Dvořáčková, 2012).

Dnešní domovy pro seniory či pečovatelské domy jsou o mnoho lepší než v minulých letech. Klienti zde mají více prostoru, chovají drobná domácí zvířata,

mohou mít návštěvy domácích mazlíčku, ve většině zařízení mají i zahradu. Avšak přechod z domova do toho zařízení pro seniory představuje konec cesty a ztrátu nezávislosti. Je to pro ně místo, kam si jdou pro smrt. Právě tyto myšlenky mohou vést k depresi, a to od mírné až po chronickou depresi. Podle Americké geriatrické společnosti deprese postihuje přibližně 40 % klientů domovů pro seniory. I přes vysoký výskyt dokáže jen malá část klientů otevřeně přiznat, že trpí depresivní náladou (Sollitto, 2010). S umístěním seniora do dlouhodobě pobytového zařízení souvisí i schopnost adaptace. Psychická maladaptace ve stáří se podílí na poklesu psychické zdatnosti, odolnosti. Běžné události se stávají zátěžovými stresory a i léčba psychické zátěže trvá déle. Ve stáří navíc dochází k nahromadění zátěžových situací, skutečně velkých stresorů a životních krizí. Při umístění seniora do dlouhodobé péče dochází u něj k závažnému rozporu mezi zájmy a potřebami, a to mezi nároky života v domově pro seniory i jeho provozu. Adaptaci seniora lze rozdělit do několika fází. Prvně senior prochází seznamováním s novým prostředím a jeho pravidly, kdy podle typu osobnosti, může reagovat odlišně. Nejčastěji dochází k psychomotorickým projevům, jako jsou poruchy spánku, kolísání krevního tlaku a srdečního rytmu, závratě, zažívací obtíže, ale může docházet i k projevům úzkosti, vztahovačnosti, i agresivity. Poté senior prochází vnější adaptací, která souvisí především s akomodací, kdy se senior podřizuje zvykům, chování někdy i systému, řádu a prostředí domova pro seniory. Vnitřní přizpůsobení je pro seniora fáze, kde navazuje kontakty, vztahy, sbližuje se s ostatními klienty a přijímá roli – klienta. Do navazování vztahů se řadí i ošetřující personál. Při efektivní adaptaci seniora na změnu související s přijetím do domova pro seniory, dochází u něj ke slábnutí vazeb, které se dějí mimo zařízení. Senior se natolik ztotožní s ústavním prostředím, že si nepřeje zařízení nikdy opustit (Čevela a kol., 2012).

V České republice je výskyt depresivity u seniorů žijících v domovech pro seniory vysoký. Podle výsledků je prevalence depresivity uváděná na horní hranici rozptylu ve světových studiích (Holmerová a kol., 2007).

Sestra v pobytových zařízeních dlouhodobé péče vystupuje jako sestra v sociálních službách. V sociálních službách je sestra podřízená vrchní sestře, nadřízená pracovníkům v sociálních službách a spolupracuje s fyzioterapeuty, ergoterapeuty

a aktivizační sestrou. Všechny činnosti, které vykonává, musí být v souladu s platnou legislativou. Předpoklad pro výkon povolání je způsobilost k právním úkonům, odborná způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu s platnou registrací, zdravotní způsobilost a bezúhonnost (Malíková, 2011).

Sestra v pobytových zařízeních pro seniory plní více rolí, které odrážejí různorodost ošetřovatelství. Sestra plní různé funkce, které přispívají k optimalizaci zdraví a k celkové pohodě starších lidí. Funkce, které sestry plní jsou podpůrné, posilňující, vzdělávací/edukační, život zlepšující a manažerské. Podpůrná role od sestry vyžaduje psychosociální a emociální podporu. Sestra seniorovi pomáhá při přechodu do pobytového zařízení, posiluje jeho životní styl, mezilidské vztahy, usnadňuje mu sebe vyjadřování a zajišťuje kulturně citlivou péči. Posilující funkce je zaměřená na zvyšující nezávislost a funkční schopnosti seniora. Hlavním důvodem je, aby nedocházelo k dalšímu zhoršování zdravotního stavu a snižování kvality života. Posilující role je zaměřená především na posouzení a rehabilitaci v dovednostech, jako jsou oblékání, osobní hygiena a schopnost seniora postarat se o sebe. V edukační/vzdělávací roli sestra zapojuje seniory do různých výukových aktivit a učí je sebe péči, informuje je o zdraví a prevenci. Sestry zlepšující život se projevuje v činnostech, které jsou zaměřeny na zlepšení každodenního života staršího člověka, včetně zmírnění bolesti a zajištění adekvátní výživy. Manažerská role sestry spočívá v dohledu nad poskytovanou zdravotní a ošetřovatelskou péči ostatními zaměstnanci a celkovém řízení domácího prostředí v těchto zařízeních (RCN, 2004).

Sestra v pobytových sociálních zařízeních poskytuje ošetřovatelskou péči klientům na základě ošetřovatelského plánu, jehož realizace musí zahrnovat všechny fáze ošetřovatelského procesu: sběr informací a posouzení klienta, stanovení ošetřovatelských diagnóz, tvorba ošetřovatelského plánu, realizace ošetřovatelské péče a zhodnocení efektivity poskytované péče. Mimo ošetřovatelského procesu prováděného sestrou se v sociálních službách provádí individuální plánování klíčovým pracovníkem. Výhodou je, že oba realizované procesy se mohou prolínat i doplňovat a mohou přispět k lepším výsledkům klienta. Nevýhoda spočívá v rozdílech a odlišnostech, které je nutné, si uvědomit. Sestra u klienta musí získat svoji důvěru při

prvním kontaktu a prvním rozhovoru, protože tím vytváří dobrý předpoklad k navázání partnerského vztahu mezi nimi, který podporuje aktivní přístup klienta (Malíková, 2011). Sestra si všímá smutné nálady pacienta. Pacient působí sklesle, utrápeně a tomu odpovídá i držení jeho těla a způsob chůze. Při komunikaci je uzavřený, samovolně s nikým nenavazuje kontakt, nereaguje na dotazy nebo odpovídá jen v krátkých větách. Myšlení pacienta je zpomalené, je zhoršená i paměť, myšlenkové procesy a snížené psychomotorické tempo. Výraz v obličeji má maskovitý, bez výrazu a mimických projevů. Pacient má snížené volní schopnosti, není schopen se soustředit nebo se pro něco rozhodnout. Ztrácí zájem o své koníčky a zájmy, které ho dříve naplňovaly. Celkově je neaktivní, celý den tráví na pokoji, někdy i odchází do odlehlých místností. Nepečuje o svůj zevnějšek ani o hygienu. Deprese se odráží i ve fyziologických procesech, kdy sestra může zpozorovat sníženou chuť k jídlu, k pohybu, sklony k zácpě či poruchy spánku. Pacient se nejhůře cítí poránu. Nálada se v průběhu dne může změnit (Babiaková, Venglářová, 2006). Sestra identifikuje všechny závažné informace, které sděluje lékaři. Lékaře sestra upozorňuje v případě vážných změn pacientova zdravotního stavu. Schopnost sester včas informovat lékaře významně zvyšuje efektivitu péče o pacienta (Ptáček, Bartůněk, 2011).

10 Role sestry ve screeningu deprese u seniorů v domácí péči

Domácí péče neboli Home care, existuje od nejstarších dob v přirozeném způsobu péče o člověka (Hanzlíková a kol., 2007). Domácí péče je součástí komunitní péče, která je spektrem zdravotních, sociálních a mnoho dalších služeb, poskytovaných nemocným i zdravým jednotlivcům, skupinám a rodinám (Jarošová, 2007). Pro využívání služeb domácí péče je nezbytné, aby seniorův klinický stav byl stabilizovaný. Rodiny podílející se na péči mají možnost vypůjčení kompenzačních, rehabilitačních a ošetřovatelských pomůcek (Dvořáčková, 2012).

Domácí péče je komplexní systém otevřené, individuální péče v integraci s péčí zdravotní, pečovatelskou a laickou. Součástí komplexnosti domácí péče je poskytování léčebných a ošetřovatelských úkonů v domácím prostředí (Šamánková, 2006). Domov či domácí prostředí jsou u seniorů vnímány jako životní centrum pro uspokojování základních životních potřeb. Úprava jejich domácnosti a doplnění o pomůcky pro každodenní potřebu jim umožní žít co nejdéle ve svém domácím prostředí (Jarošová, 2007). Domácí péči můžeme zařadit do oblasti primární péče v poskytování zdravotnických služeb. Primárně se zaměřuje na podporu jedince ve svépomoci při jeho aktivitách a respektuje lidská práva. Poskytuje péči v rozsahu základní, odborné, ale i paliativní domácí péče (Šamánková, 2006). Domácí péče je integrovaná forma péče, proto se označuje také jako komplexní domácí péče. Komplexní domácí péče není pouze zdravotní a sociální péče, ale i aktivní péče zabývající se prevencí, monitorováním, diagnostikou a léčbou, na které se podílí poskytovatelé služeb společně s klientem. Péče je poskytována klientovi individuálně na základě holistického přístupu, s respektováním lidských práv a zapojením rodinných příslušníků nebo známých do multidisciplinárního týmu (Hanzlíková a kol., 2007).

Ošetřovatelské aktivity jsou v domácí péči klientům prováděny sestrou přímo nebo nepřímo. Přímá péče neboli face to face je považována péče, kdy je sestra v přímém kontaktu s pacientem, jeho rodinou při provádění aktivit a vše co má vztah k aktuálním fyzickým aspektům ošetřovatelské péče. Mezi prováděné aktivity patří přímé

ošetřovatelské výkony, hodnocení pacienta s pomocí fyzikálního vyšetření, aplikace injekcí, infuzní terapie, převazy a další. Do přímé péče se zahrnuje i edukace sestrou, pomoc při osvojování návyků a podpoře zdraví ve spolupráci s klientem i jeho rodinou. Indikované a provedené výkony musí být zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace klienta a následně jsou vykazovány zdravotním pojišťovnám. U nepřímé péče není sestra v přímém kontaktu při ošetřovatelských aktivitách. Aktivity, které jsou poskytovány v nepřímé péči, se zaměřují na koordinaci a kvalitu poskytované péče. Sestra v rámci nepřímé péče komunikuje s ostatními odborníky v rámci multidisciplinární spolupráce, obhajuje práva klientů u zdravotních pojišťoven, dohlíží nad domácí výpomocí a vede dokumentační administrativu (Jarošová, 2007).

Ošetřovatelská péče v domácím prostředí klientů je poskytována stejně jako ve zdravotnických zařízeních metodou ošetřovatelského procesu. K posuzování dochází při první návštěvě sestry v domácnosti klienta. Pro získání co nejvíce validních informací využívá různé dotazníky a formuláře. Důsledně zaznamenává objektivní i subjektivní informace o klientovi a rodině. Objektivní data získává fyzikálním vyšetřením, přímým pozorováním klienta a měřením. Sestra spolupracuje i s dalšími poskytovateli péče. Na sběru dat a sestavování ošetřovatelského plánu se aktivně zapojují všichni účastníci – sestra, klient, rodina a ostatní poskytovatelé péče, kteří jsou seznámeni s výsledky měření a šetření (Jarošová, 2007). Sestra v posouzení psychického stavu pacienta si všímá celkového stavu pacienta, kdy se zaměřuje na osobní hygienu, čistotu oblečení, držení těla, chůze, mimovolných pohybů, psychických rysů. Během rozhovoru se zaměřuje na chování pacienta, výrazů ve tváři, gestikulaci, nonverbálních projevů. Během posouzení si všímá obsahu myšlenek a vnímání, možných halucinací, klamů a iluzí. Při komunikaci sestra hodnotí tón řeči, kvalitu, průběh, rychlost, použití volných asociací, málomluvnost, úpornost zmatení. Sestra se zaměřuje na smysly a orientaci pacienta v místě, času a prostoru, na jeho náladu, emoce a afekty. Dále hodnotí paměť, pozornost a intelektuální úroveň. Zajímá ji schopnost koncentrace pacienta, pamatování si současných událostí a dávné vzpomínky. V rámci intelektuální úrovně si všímá slovní zásoby, vnímání, abstraktního myšlení a chápání (Národní centrum domácí péče, 2006). Na základě zjištěných informací sestavuje sestra ošetřovatelské diagnózy

k rozpoznání problémů pacienta. Ošetřovatelské diagnózy sestavuje podle klasifikačního systému NANDA nebo ve Spojených státech se využívá klasifikační systém pro komunitní péči OMAHA klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz. Na základě sestavených diagnóz sestra spolu s pacientem a jeho rodinou či příbuznými sestavuje krátkodobé, dlouhodobé cíle a individuální plán. Správně sestavené výsledky zajišťují návaznost a kontinuálnost péče. Sestra musí vše zaznamenávat do dokumentace. Sestra vytvořený individuální plán realizuje na základě doporučení před návštěvou, v průběhu nebo po skončení návštěvy (Jarošová 2007).

11 Závěr

Deprese ve stáří je častým onemocněním, které omezuje pacienta v každodenním životě. Snižuje nejen kvalitu života seniora, ale i jeho rodiny a přátel. Včasná diagnostika a léčba zabrání dalším možným zdravotním a psychickým komplikacím, ale především sníží i riziko sebevražedného jednání. Úloha a zásah sestry při diagnostice deprese může být rozhodující, protože sestry tráví s pacientem nejvíce času, mohou ho blíže poznat a dříve zjistit jeho problémy, myšlenky a emoce.

Deprese u seniorů je závažným problémem ve všech typech zdravotnických zařízení. Diagnostika deprese je složitý proces, protože deprese u seniorů má atypické příznaky oproti depresi vyskytující se u mladší populace. Mnohdy je deprese mylně zaměněná za demenci nebo naopak. Starší lidé často příznaky deprese skrývají za somatické problémy nebo je přisuzují svému věku. Z důvodu náročné diagnostiky je zapotřebí, aby sestry, které s pacientem tráví nejvíce času, měli znalosti v oblasti etiologie, anamnézy pacienta, diagnostiky a složitosti péče o pacienta s depresí. Úloha sestry spočívá nejen ve vyhledávání rizikových skupin seniorů, zhodnocení jejich duševního stavu, využívání screeningových škál a pomůcek, ale podílí se i na plánování jejich léčby. Dále sestra zaujímá i roli edukátorky v oblasti duševní i fyzické podpory pacienta a jeho rodiny. Diagnostika deprese u starších pacientů je založená na profesionální spolupráci a efektivní komunikaci mezi sestrou a lékařem. Pokud má sestra podezření, že u pacienta hrozí riziko deprese nebo se již příznaky u pacienta objevily, musí upozornit lékaře. Pro praxi je důležité vědět, že deprese u starší populace nesplňuje všechna diagnostická kritéria, proto je zapotřebí, aby sestry ke každému pacientovi přistupovaly individuálně. Sestry s pacienty tráví nejvíce času, a tak mohou lépe zpozorovat změny v chování, reakce a přístup pacienta. Sestry si s pacienty lépe a rychleji vytvoří terapeutický vztah, který musí být založený na důvěře, empatii, pochopení a efektivní komunikaci. Hlavní podmínkou pro úspěšnou spolupráci pacienta jsou srozumitelná vysvětlení a edukace o tom, že deprese je vyléčitelná nemoc. S touto situací je nutné obeznámit i rodinné příslušníky, popřípadě i přátele. Pacient potřebuje

dostatek času k vyjádření jeho pocitů, příznaků či problémů v osobním životě. Z počátku má pacient snahu pomáhat až nad rámec svých možnosti, poté může přejít do negativní reakce a stáhnout se do ústraní. Pacient může dávat najevo, že si takovou péči nezaslouží a že už to nemá smysl, protože se blíží konec. V tomto případě sestra musí mít na paměti možné sebevražedné myšlenky seniora a plánování suicidia. Sestra musí získávat informace i od rodinných příslušníků a přátel, kteří jsou v kontaktu se seniorem. Rodina je sekundárním zdrojem pro získání důležitých a doplňujících informací, které by mohly pomoci k lepší detekci onemocnění. Pokud má sestra sebemenší podezření na depresi, je vhodné jako první možnost položit pacientovi dvě jednoduché otázky. „Objevila se nebo trápila vás během posledního měsíce smutná nálada nebo pocity beznaděje?“ a „Obtěžoval vás během posledního měsíce malý zájem nebo potěšení při běžných činnostech nebo práci?“. Při pozitivních odpovědích může využít Geriatrické depresivní škály. Úkolem sestry je hodnocení nálady a monitorování duševního stavu pacienta. Sestra provádí opakované měření nálady v intervalech po 14 dnech a pečlivě zaznamenává změny duševního stavu. Sestra nikdy nesmí bagatelizovat pacientovy příznaky, emoce či pocity. Zahraniční zdroje poukazují na situace, kdy některé sestry mají problém s rozpoznáváním příznaků deprese a s komunikací s pacientem z důvodu neznalosti klinických příznaků a možných hodnotících škál a metod.

12 Seznam použitých zdrojů

1. ANDERS, Martin a Jaroslava SKOPOVÁ, 2006. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-396-6.
2. ANMF, 2014. *National practice standards for nurses in general practice*. Melbourne: Australian Nursing and Midwifery Federation - Federal Office. ISBN 978-0-909599-10-2.
3. APA, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM - 5*. 5th ed. Washington, DC. ISBN 978-0-89042-555-8.
4. ARNOLDOVÁ, Anna, 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3724-9.
5. AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5230-3.
6. BABIAKOVÁ, Mira a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2006. Teorie krize a krizové intervence. In: MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
7. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-391-0.
8. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
9. BAŠTECKÝ, Jaroslav, Quido KÜMPEL a Miroslav VOJTĚCHOVSKÝ, 1994. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-070-8.
10. BIRRER, B. Richard, 2004. Depression in later life: A diagnostic and therapeutic challange. *American Family Physician*, vol. 69, no. 10, p. 2375-2382. ISSN 1532-0650.
11. BLAZER, G, 2010. Dan. Psychiatry and the Oldest Old. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 157, no. 12, p. 1915-1924. ISSN 1535-7228.

12. BURNS, Alistair, LAWLOR, Brian and Sarah CRAIG, 2002. Rating scales in old age psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 180, no. 2, p. 161-167. ISSN 0007-1250.
13. CANTOFER, Tim, 2012. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80.7263-768-3.
14. CARLAT, Daniel J, 1998. The Psychiatric Review of symptoms: A Screening Rolls for Family Physicians. *Am Fam Physician*, vol. 58, no. 7, p. 1617-1624. ISSN 1532-0650.
15. CCSMH, 2006. National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Depression. Toronto: CCSMH. [online]. Canadiangeriatrics. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: http://canadiangeriatrics.ca/students/assets/File/NatlGuideline_Depression.pdf
16. COLE, Martin G a Nandimi DENDUKUR, 2003I. Risk factors for depression among elderly community. *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, no. 6, p. 1147-1156. ISSN 1535-7228.
17. ČERVENÝ, Rudolf a Eva TOPINKOVÁ, 2014. *Geriatrie: novelizace 2014*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-69-5.
18. ČEŠKOVÁ, Eva, 2007. Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická revue*, roč. 4, č. 4, s. 228-233. ISSN 1801-8661.
19. ČEŠKOVÁ, Eva, 2006. Poruchy nálady. In: SVOBODA, Mojmír (ed.) a kolektiv. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
20. ČEŠKOVÁ, Eva, 2012. Léčba farmakologická. In: SVOBODA, Mojmír (ed.) a kolektiv. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0216-5.
21. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

22. DINES, Philipp, Wei HU and Martha SAJATOVIC, 2014. Depression in later-life: An overview of assessment and management. *Psychiatria Danubina*. Zahreb, Croatina, vol. 26, no. 1, p. 78-84. ISSN 1849-0867.
23. DRÁSTOVÁ, Hana a Richard KROMBHOLZ, 2006. Deprese v séniu. *Medicína pro praxi*, č. 5, s. 241243. ISSN 1803-5310.
24. DUMAN, Roland S a LI Nanxin, 2012. A neurotrophic hypothesis of depression: role of synaptogenesis in the actions of NMDA recepor antagonists. Philosophucal transactions of The Royal society, vol. 367, p. 2475-2484. ISSN 1364-503X.
25. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0197-9.
26. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.
27. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
28. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
29. FIŠAR, Zdeněk a kolektiv, 2011. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. Přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISNB: 978-80-247-2737-0.
30. FRANKOVÁ, Vanda, 2010. Depresivní poruchy ve stáří. *Postgraduální medicína*, č. 6, s. 634. ISSN 1212 – 4184.
31. GRAHAM, Ian D, Sharon E STRAUS a Jacqueline TETROE, 2009. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. 2nd ed. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons. ISBN 978-1-405-18106-8.
32. GREENBERG, A. Sherry. The Geriatric Depression Scale (GDS). *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults.* New York University College of Nursing, 2012, Issue Number 4. [online]. Consultgeri. [cit. 2016-03-17]. Dostupné z: https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4.pdf
33. HARDY, Sheila, 2011. Depression in elderly: ways to offer support. *Practice Nursing*, vol. 22, no 10, p. 520-525. No. 01878373.

34. HERDMAN, T. Heather (ed.), 2010. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2009-2011*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.
35. HERDMAN, T. Heather, Shigemi KAMITSURU (eds.), 2016. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. Vydání. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
36. HILL, Rebecca, 2013. Improving depression screening in patient with chronic illness. *American Nurse Today*, vol. 8, no. 10. ISSN: 2162-8629.
37. HOLMEROVÁ, Iva a kolektiv, 2006. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*, č. 4, s. 182 – 184. ISSN 1803-5272.
38. HOLMEROVÁ, Iva, Hana VAŇKOVÁ a Božena JURAŠKOVÁ, 2007. Deprese ve stáří. In: PIDRMAN, Vladimír. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-474-4.
39. HONZÁK, Radkin, 1999. *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-95-7.
40. HONZÁK, Radim, 2008. Depresivní pacient. *Practicus*, č. 8, s. 50 – 52. ISSN 1213-8711.
41. HONZÁK, Radkin, 2005. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-367-2.
42. *International statistical classification of diseases and related health problems*, 2010. 10th revision, ed. Geneva: World Health Organization. ISBN 9789241548342.
43. CHEW-GRAHAM, Carolyn et al., 2014. *Management of depression in older people: Why this is important in primary care*. Update: Royal College of General Practitioners & Royal College of Psychiatrists.
44. JACKSON, Stephen, Paul JANSEN and Arduino MANGONI, 2009. *Prescribing for elderly patients*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell. ISBN 978-0-470-02428-7.
45. JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

46. JEKEL, James F et al. 2007. *Epidemiology biostatistics and preventive medicine*. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company. ISBN 978-1-4160-3496-4.
47. JIRÁK, Roman, 2004. Poruchy afektivity ve stáří. In KALVACH, Zdeněk a kolektiv. *Geriatrie a gerontologie.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
48. JIRÁK, Roman, 2007. Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 8, č. 5, s. 198 – 200. ISSN 1803-5272.
49. JIRÁK, Roman a kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
50. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
51. KALVACH, Zdeněk a kolektiv, 2004. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
52. KALVACH, Zdeněk a kolektiv, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
53. KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
54. KONRÁD, Jiří, 2013. Deprese ve stáří. *Practicus*, roč. 12, č. 2, s. 7 - 12. ISSN 1213-8711.
55. KOPECKÁ, Ilona, 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3875-8.
56. KOŠTA, Oto, 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4422-3.
57. KRIŠKOVÁ, Anna, 2010. *Profesionálne opatrovateľstvo: úvod do teórie*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-330-1.
58. KRYL, Michal, 2006. Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*, č. 5, s. 250-255. ISSN 1212-0383.

59. KUČEROVÁ, Hana, 2012. Léčba nefarmakologická. In: SVOBODA, Mojmír (ed.) a kolektiv. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0216-5.
60. LAŇKOVÁ, Jaroslava, 2007. Screening deprese v primární péči – první výsledky studie SCREEDEP. Practicus, č. 10, s. 16-18. ISSN 1213-8711.
61. LÁTALOVÁ, Klára, 2015. Suicidialita a elektrokonvulzivní léčba. In: LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4305-9.
62. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
63. MÁLKOVÁ, Kateřina, 2009. Méně známé možnosti využití diagnostických markerů. *Labor Aktuell*. Praha: Roche, č. 3, s. 19-23. ISSN 1214-7672.
64. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ, 2006. Ošetřovatelský proces a interaktivní procesy. In: MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
65. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2003. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0429-9.
66. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
67. MLČOCH, Zbyněk, 2012. Deprese ve stáří a u starých lidí – léčba, příčina, faktory. [online]. ZbynekMlcoch. [cit. 2016-07-12]. Dostupné z: http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/deprese-ve-stari-a-u-starych-lidi-lecba-pricina-faktory
68. NAEGLE, Madeline A, 2011. *Detecting and Screening for Depression in Older Adults*. American Nurse Today, vol. 5, no. 11. ISSN 1930-5583.
69. Národní centrum domácí péče České republiky, 2006. [online]. Domácí péče. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: http://www.domaci-pece.info/anamnestika-a-diagnostika-v-domaci-peci0

70. NENO, Rebecca, Barry AVEYARD a Hazel B HEATH, 2007. *Older people and mental health nursing: a handbook of care*. Malden: Blackwell. ISBN 9781405151696.
71. NEUWIRTH, Jiří, Eva TOPINKOVÁ, 1995. *Geriatrie pro praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-099-6.
72. HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kolektiv, 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-257-X.
73. HOLROYD, A. Kenneth and Anita H. CLAYTON, 2000. Measuring depression in the elderly: Whitch scale is best?. *Medscape General Medicine*, vol. 2, no. 4. ISSN 1531-0132.
74. NIPH, 2007. *Healthy ageing: a challenge for Europe*. Sweden, Stockholm: National Institute of Public Health. ISBN 917257481x.
75. OECD, 2005. *Health Project Long-term Care for Older People*. Paris: OECD. ISBN 9264008489.
76. OECD, 2007. Final report: Conceptual framework and methods for analysis of data sources for long-term care expenditure. [online]. OECD. [cit. 2015-09-15]. Dostupné z: http://1url.cz/Xtzb9
77. OREL, Miroslav a kolektiv, 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.
78. PACLT, Ivo, 2002. Novější antidepresiva v léčbě depresivních poruch v ambulantní praxi. *Remedia*, roč. 12, č. 6, s. 466-474. ISSN 2336-3541
79. PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kolektiv, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
80. PIDRMAN, Vladimír, 2005. Deprese seniorů. *Česká geriatrická revue*, roč. 3, č. 2, s. 45-52. ISSN 1801-8661.
81. PIDRMAN, Vladimír. Terapie deprese u seniorů. *Česká geriatrická revue.* 2005a, roč. 3, č. 3, s. 37-43. ISSN 1801–8661.
82. PIDRMAN, Vladimír. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-474-4.

83. PIDRMAN, Vladimír, 2010. *Poruchy nálady u seniorů: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-209-4.
84. PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ, 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.
85. PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
86. POLEDNÍKOVÁ, Ľubica a kolektiv. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.
87. PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.
88. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
89. RADLOFF, Lenore, 1977. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Applied Psychological Measurement, vol. 1, s. 385 – 401. ISSN 0146 6216.
90. RABOCH, Jiří, Petr ZVOLSKÝ, 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.
91. RABOCH, Jiří. Aktuální pohledy na diagnostiku a léčbu depresivní poruchy. *Postgraduální medicína*. 2011, roč. 13, č. 2, s. 170-177. ISSN 1212-4184.
92. RABOCH, Jiří a Jaroslava LAŇKOVÁ. *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: [novelizace 2008]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-22-0.
93. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2013. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
94. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.
95. RAYMOND W. Lam et al., 2006. *Assessment scales in depression, mania and anxiety*. Abingdon, Oxford: Informa UK Ltd. ISBN 1841844349.

96. RCN, 2004. *Nursing assessment and older people. A Royal College of Nursing toolkit*. London: Royal College of Nursing.
97. REDFERN, Sally and Fiona ROSS, 2006. *Nursing older people*. 4th ed. New York: Elsevier Churchill Livingstone. ISBN 0443074593.
98. RNAO, 2012. *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines*. 2nd ed.. Toronto: RNAO. [online]. RNAO. [cit. 2016-04-15]. Dostupné z: http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition
99. ROJAS-FERNANDEZ, Carlos et al., 2010. Considerations in the Treatment of Geriatric Depression Overview of Pharmacotherapeutic and Psychoterapeutic Treatment Interventions. Research in *Gerontogical Nursing*, vol. 3, no. 3, p. 176-186. ISSN 1938-2464.
100. ROOSE, Steven P. and Harold A. SACKEIM, 2004. *Late-life depression*. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-515274-3.
101. SCOTT, Jan, 2007. Depresion should be managed a chronic disease. British Medical Journal, vol. 332, p. 985-986. ISSN 1756-1833.
102. SEIFERT, Bohumil a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2082-4.
103. SIKORA, Jan a Zdeněk, FIŠAR, 1997. Biologické podklady psychických poruch. Praha: Galén. ISBN 80-85824-62-0.
104. SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.
105. SOLLITTO, Marlo, 2010. Does Moving to a Nursing Home cause Depression?. [online]. AgingCare. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: *https://www.agingcare.com/Articles/nursing-home-depression-147347.htm*
106. STYX, Petr, 2003. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-828-7.
107. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

108. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015a. *Doprovázení v ošetřovatelství II: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-5710-0.
109. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015b. *Doprovázení v ošetřovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5711-7.
110. ŠTEFAN, Jiří, Jiří HLADÍK a kolektiv, 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3594-8.
111. ŠVESTKA, Jaromír, 2001. Farmakoterapie. In: RABOCH, Jiří, Petr ZVOLSKÝ a kolektiv. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.
112. TOMAGOVÁ, Martina, 2011. Ošetřovatelský proces. In: PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
113. TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH, 2002. Funkční geriatrické vyšetření – komplexní pohled na starého člověka. *Sanquis*, č. 20, s. 19. ISSN 1212-6535
114. TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatrie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
115. TOPINKOVÁ, Eva, 2006. Diagnóza a léčba poruch chování u starších nemocných. [online]. *EDUKAFARM*. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: http://www.edukafarm.cz/c569-diagnoza-a-lecba-poruch-chovani-u-starsich-nemocnych
116. TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH, 2002. Funkční geriatrické vyšetření – komplexní pohled na starého člověka. *Sanquis*, č. 20, str. 19. ISSN 1212-6535
117. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
118. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
119. VÉVODA, Jiří a kolektiv, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
120. VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTŘÍSALOVÁ, 2014. *Klinická farmacie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3169.

121. VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3., Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.
122. VYMĚTAL, Jan a kolektiv, 2004. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN: 987-80-247-0723-5.
123. VYMĚTAL, Jan a kolektiv, 2007. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1315-1.
124. WEBER, Pavel, 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-314-7.
125. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.
126. ZVOLSKÝ, Petr, 2003. *Obecná psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 80-7184-690-2.

13 Seznam příloh

Příloha 1 Geriatrická škála deprese dle Yesavage

Příloha 2 Geriatrická škála deprese (English long version)

Příloha 3 CES-D (Center For Epidemiological Studies – Depression scale)

Příloha 1 Geriatrická škála deprese dle Yesavage

GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE DLE YESAVAGE (GDS -15)

U každé otázky zakroužkujte odpověď, který nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítila/a:

1. **Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?**	ano	**ne**
2. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	**ano**	ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	**ano**	ne
4. **Nudíte se často?**	**ano**	ne
5. Jste většinou v dobré náladě?	ano	**ne**
6. Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?	**ano**	ne
7. Cítíte se většinou šťastný/á?	ano	**ne**
8. **Cítíte se často bezmocný/á?**	**ano**	ne
9. **Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?**	**ano**	ne
10. Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?	**ano**	ne
11. Máte dojem, že je pěkné žít v této době?	ano	**ne**
12. Připadáte si zbytečný/á?	**ano**	ne
13. Cítíte se pln/a energie?	ano	**ne**
14. **Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?**	**ano**	ne
15. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	**ano**	ne

Za každou odpověď označenou tučným písmem počítejte 1 bod. Celkové skóre …… bodů
Hodnocení:
0–5 normální afekt 6–10 mírná depresivita 11+ těžká depresivita

Zdroj: Holmerová, Vaňková, Jurašková In: Pidrman, 2007, s. 110

Příloha 2 Geriatrická škála deprese (English long version)

Geriatric Depression Scale (GDS)

1. Are you basically satisfied with your life?
2. Have you dropped many of your activities and interests?
3. Do you feel that your life is empty?
4. Do you often get bored?
5. Are you hopeful about the future?
6. Are you bothered by thoughts you can't get out of your head?
7. Are you in good spirits most of the time?
8. Are you afraid that something bad is going to happen to you?
9. Do you feel happy most of the time?
10. Do you often feel helpless?
11. Do you often get restless and fidgety?
12. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?
13. Do you frequently worry about the future?
14. Do you feel you have more problems with memory than most?
15. Do you think it is wonderful to be alive now?
16. Do you often feel downhearted and blue?
17. Do you feel pretty worthless the way you are now
18. Do you worry a lot about the past?
19. Do you find life very exciting?
20. Is it hard for you to get started on new projects?
21. Do you feel full of energy?
22. Do you feel that your situation is hopeless?
23. Do you think that most people are better off than you are?
24. Do you frequently get upset over little things?
25. Do you frequently feel like crying?
26. Do you have trouble concentrating?
27. Do you enjoy getting up in the morning?
28. Do you prefer to avoid social gatherings?
29. Is it easy for you to make decisions?
30. Is your mind as clear as it used to be?

This is the original scoring for the scale: One point for each of these answers. Cutoff: normal 0–9; mild depressives 10–19; severe depressives 20–30.

1. no 6. yes 11. yes 16. yes 21. no 26. yes
2. yes 7. no 12. yes 17. yes 22. yes 27. no
3. yes 8. yes 13. yes 18. yes 23. yes 28. yes
4. yes 9. no 14. yes 19. no 24. yes 29. no
5. no 10. yes 15. no 20. yes 25. yes 30. no

Reproduced from Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. J Psychiatr Res 1983; 17(1):37–49.

Zdroj: Raymond et al., 2006, s. 180

Příloha 3 CES-D (Center For Epidemiological Studies – Depression scale)

Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)

Scale Description:
The following scale was developed by the Center for Epidemiologic Studies (Radlof, 1977). The scale has been found reliable (Alpha>.85) in previous research (Hann et. al., 1999). A Spanish version of this scale is also available.

Scale items:
Below is a list of some ways you may have felt or behaved. Please indicate how often you have felt this way during the last week by checking the appropriate space. Please only provide one answer to each question.

	During the past week:	***Rarely*** or none of the time (less than 1 day)	***Some*** or a *little* of the time (1-2 days)	***Occasionally*** or a moderate amount of time (3-4 days)	***Most*** or all of the time (5-7 days)
1.	I was bothered by things that usually don't bother me.				
2.	I did not feel like eating; my appetite was poor.				
3.	I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends.				
4.	I felt I was just as good as other people.				
5.	I had trouble keeping my mind on what I was doing.				
6.	I felt depressed.				
7.	I felt that everything I did was an effort.				
8.	I felt hopeful about the future.				
9.	I thought my life had been a failure.				
10.	I felt fearful.				
11.	My sleep was restless.				
12.	I was happy.				
13.	I talked less than usual.				
14.	I felt lonely.				
15.	People were unfriendly.				
16.	I enjoyed life.				
17.	I had crying spells.				
18.	I felt sad.				
19.	I felt that people disliked me.				
20.	I could not get going.				

Scoring:	Rarely (Less than 1 day)	Some (1-2 days)	Occasionally (3-4 days)	Most (5-7 days)
Questions 4, 8, 12, and 16	3	2	1	0
All other questions	0	1	2	3

The score is the sum of the 20 questions. Possible range is 0-60. If more than four questions are missing answers, do not score the CES-D questionnaire. A score of 16 points or more is considered depressed.

Zdroj:http://www.valueoptions.com/providers/Education_Center/Provider_Tools/Depression_Screening.pdf