

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Terezie Floderová

**Specifika ošetrovatelské péče a nefarmakologické přístupy
v léčbě o pacienta s depresí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vendula Techmannová

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. 6. 2023

Terezie Floderová

Na tomto místě bych ráda vyjádřila srdečné poděkování paní Mgr. Vendule Techmannové za odborné vedení, vstřícný přístup, věnovaný čas a cenné rady při zpracovávání bakalářské práce.

Velký dík patří také mé rodině, přátelům a příteli za jejich podporu po celou dobu studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s duševní poruchou

Název práce: Specifika ošetrovatelské péče a nefarmakologické přístupy v léčbě o pacienta s depresí

Název práce v AJ: Specifications of nursing care and non-pharmacological approaches in the treatment of patients with depression

Datum zadání: 2022-11-28

Datum odevzdání: 2023-6-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav Ošetrovatelství

Autor práce: Floderová Terezie

Vedoucí práce: Mgr. Vendula Techmannová

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá aktuálními dohledanými poznatky o specifikách ošetrovatelské péče a možnými nefarmakologickými přístupy léčby o dospělé pacienty trpící depresí. K tvorbě teoretických východisek byly využity relevantní dokumenty z elektronických vědeckých databází, kterými jsou ScienceDirect, PubMed, GoogleScholar, ProQuest. Bakalářská přehledová práce zahrnuje dva dílčí cíle. První cíl je zaměřen na specifika ošetrovatelských intervencí o dospělé depresivní pacienty. Druhý cíl se soustřeďuje na nefarmakologickou léčbu depresivních pacientů. Dohledané poznatky v bakalářské práci mohou pomoci zdravotnickým pracovníkům lépe osvětlit tuto problematiku ve specifičnosti ošetrovatelské péče o depresivního dospělého pacienta. Taktéž mohou pomoci v hledání řešení zvládnutí těžké životní situace pacienta, jehož toto onemocnění doprovází a vynasnažit se zkvalitnit pacientův život.

Abstrakt v AJ:

The overview bachelor's thesis deals with current findings on the specifics of nursing care for adult patients nursing care and possible non-pharmacological treatment approaches for adult patients suffering from depression. Relevant documents, which were found in the electronic scientific databases ScienceDirect, PubMed, GoogleScholar, ProQuest, were used to create the theoretical basis. The bachelor thesis includes two partial goals. The first goal

is focused on the specifics of nursing interventions for adult depressed patients. The second objective focuses on the non-pharmacologic treatment. The findings in the bachelor's thesis can help health professionals better shed light on this issue in the specificity of nursing care for a depressed adult patient. They can also help in finding a solution to manage the patient's difficult life situation that accompanies this disease and try to improve the quality of life of the patient.

Klíčová slova v ČJ: ošetrovatelská péče, deprese, dospělí, pacient, nefarmakologická léčba, terapie

Klíčová slova v AJ: nursing care, depression, adults, patient, non-pharmacologic treatment, therapy

Rozsah: 39 s /0 příloh

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ	11
2. 1 Specifika ošetrovatelských intervencí o pacienta s depresí	11
2. 2 Nefarmakologické přístupy v léčbě deprese.....	19
2. 3 Význam a limitace dohledaných poznatků	31
ZÁVĚR.....	33
REFERENČNÍ SEZNAM	35
SEZNAM ZKRATEK	39

ÚVOD

Depresivní porucha (také známá jako deprese) je jednou z nejčastějších duševních nemocí. Dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, dále jen WHO) trpí depresí více než 300 milionů lidí a toto číslo stále roste (Wesemann, 2019, s. 537). Depresivní onemocnění představuje velký problém veřejného zdravotnictví a nové poznatky potvrzují, že toto onemocnění je jednou z hlavních příčin zátěže nemocí celosvětově (Češková, 2017, s. 227). WHO zavedla depresi jako hlavní příčinu invalidity na celém světě. Depresí trpí 3,8 % populace, včetně 5 % dospělých (4 % mezi muži a 6 % mezi ženami) a celoživotní riziko se uvádí mezi 7–17 %. Prevalence se zvyšuje v dospívání a vrcholí ve věku 35–44 let, přičemž u žen je toto onemocnění asi o 50 % častější než u mužů. Depresivní onemocnění snižuje střední délku aktivního života u mužů o 6,5 roku a 4,2 roku u žen (Moghaddasifar et al., 2019, s. 1, Young, 2013, s. 43–44).

U člověka trpícího depresí je charakteristická trvale zhoršená nálada a nedostatek potěšení a zájmu. Pozorovat můžeme další psychické, sociální i fyzické příznaky. Jsou to např. snížená energie vedoucí k výrazné únavě, snížení koncentrace, pozornosti a motivace, narušený spánek, změny chuti k jídlu, snížené sebevědomí, pocity viny, beznadějí, pesimistické náhledy na budoucnost, sociální izolace, myšlenky na sebepoškozování nebo sebevraždu či pokus o ní (Young, 2013, s. 43). Pro určení diagnózy deprese musí být symptomy přítomny po dobu nejméně dvou týdnů a musí výrazně narušovat běžné denní činnosti (Heslop, 2014, s. 44). U pacientů s diagnostikovaným duševním onemocněním existuje vysoká pravděpodobnost, že budou vyloučeni z běžného společenského života. Čelí velkému riziku nezaměstnanosti, chudoby, špatných životních podmínek, které mohou negativně ovlivnit jejich sociální začlenění a zhoršit tak duševní onemocnění. Tato nemoc značně znemožňuje běžné fungování a zvyšuje riziko invalidity a předčasné úmrtnosti. Mnoho lidí, kteří trpí depresí, nevyhledají včasnou léčbu, a když ano, často nebývají správně diagnostikováni (Young, 2013, s. 43–44).

Stigma spojené s touto nemocí bývá nejčastější příčinou, proč lidé nevyhledají pomoc. Přibližně 90 % zjištěných depresivních poruch je léčeno v primární péči, zbytek v zařízeních sekundární péče. Sociální a ekonomická zátěž těžkých duševních onemocnění má významné nepříznivé dopady na pacienty, jejich rodiny, zdravotní péči a celou společnost. Navíc jedinci s těžkým duševním onemocněním a nedostatečnou sociální podporou mívají vysoké riziko sebevraždy (Hu, 2023, s. 325). Každý rok zemře v důsledku sebevraždy více než 700 000 lidí (Moghaddasifar et al., 2019, s. 1).

V souvislosti s touto problematikou si můžeme položit otázku: Jaké jsou nejaktuálnější dohledané poznatky v oblasti ošetrovatelské péče a možnosti nefarmakologických přístupů v léčbě o pacienty, kteří trpí depresivní poruchou?

Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o ošetrovatelské péči a možnostech nefarmakologické léčby o dospělé pacienty trpící depresí. Tento cíl práce byl dále specifikován ve dvou dílčích cílech:

- I. Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o ošetrovatelských intervencích poskytovaných dospělým pacientům trpícím depresí.
- II. Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o nefarmakologické léčbě poskytované dospělým pacientům trpícím depresí.

Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány následující publikace:

1. ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.
2. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
3. KUČEROVÁ, Helena. *Bolest v psychiatrii*. Praha: Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-378-4.
4. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
5. PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0859-4

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

V následujícím textu je podrobně popsána rešeršní činnost, podle které došlo k dohledání validních zdrojů pro tvorbu této bakalářské práce.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: ošetrovatelská péče, deprese, dospělí, pacient, nefarmakologická léčba, terapie

Klíčová slova v AJ: nursing care, depression, adults, patient, non-pharmacologic treatment, therapy

Jazyk: český, anglický

Období: 2013-2023

Další kritéria: dostupnost recenzovaných periodik, plnotexty



DATABÁZE

ScienceDirect, PubMed, GoogleScholar, ProQuest



NALEZENO 237 ČLÁNKŮ



VYŘAZOVACÍ KRITÉRIA

duplicitní články, články nesplňující kritéria, články neodpovídající tématu



SUMARIZACE POUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

ScienceDirect – 14 článků

PubMed – 8 článků

GoogleScholar – 9 článků

ProQuest – 5 článků



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Advances in family practice nursing – 1 článek
Annals of Internal Medicine – 1 článek
Archives of Psychiatric Nursing – 1 článek
BMC Psychiatry – 1 článek
BMJ Journals – 2 články
Cereus Journal of Medical Science – 1 článek
Clinical Journal of Oncology Nursing – 1 článek
Česká a Slovenská Psychiatrie – 2 články
Dementia – 1 článek
Evidence Based Mental Health – 1 článek
International Journal of Geriatric Psychiatry – 1 článek
International Journal of Nursing Studies – 2 články
International Urology and Nephrology – 1 článek
Journal of Affective Disorders – 1 článek
Journal of General Internal Medicine -- 1 článek
Journal of Nervous & Mental Disease – 1 článek
Journal of the American Medical Directors Association – 3 články
Nurse Leader – 1 článek
Nurse Prescribing – 1 článek
Nursing Standard – 1 článek
Perspectives in Psychiatric Care – 1 článek
PLOS Medicine – 1 článek
Psychiatry for Practice – 2 články
Psychiatry research – 1 článek
Research in Gerontological Nursing – 1 článek
The American Journal of Geriatric Psychiatry – 2 články
The Journal of Clinical Psychiatry – 1 článek
The Spanish Journal of Psychology – 2 články



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito **36** článků.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

Deprese je v současné době čím dál častější psychiatrické onemocnění charakterizované řadou kognitivních, afektivních a somatických symptomů (Taipale et al., 2022, s. 484). Všeobecné sestry se ve všech formách zdravotní péče mohou setkat s pacienty trpícími depresí nebo rizikovými pro její vznik. Deprese jako přidružené onemocnění komplikuje léčbu jiných nemocí. Podstatné je, aby všeobecné sestry byly schopny rozpoznat známky depresivního onemocnění a pacienty nasměrovaly ke kompetentním odborníkům zabývajících se duševním zdravím. K tomuto lze použít hodnotící škály či dotazníky. První volbou v léčbě lehké či subklinické deprese jsou nefarmakologické intervence (Young, 2013, s. 51). V případě středně těžké a těžké deprese je většinou už nutná farmakoterapie. Nefarmakologická léčba je však efektivní i v těchto případech a je vhodná kombinace nefarmakologické a farmakologické léčby. Výhodou nefarmakologických metod je jejich bezpečnost oproti lékům, které jsou rizikové svými nežádoucími účinky a lékovými interakcemi (Apóstolo et al., 2016, s. 60). Odhalení symptomů deprese je tedy prvním a velmi důležitým krokem péče o pacienty. Detekce symptomů může být ztížena přidruženým fyzickým onemocněním, protože některé známky deprese a fyzického onemocnění jsou často stejné (např. únava). Kvalitativní důkazy navíc naznačují, že jak pacienti, tak zdravotníci mají tendenci zaměřovat se spíše na fyzické obtíže (Heslop, 2014, s. 45). Principy poskytování efektivní péče o pacienty s depresí zahrnují nejen edukaci a podporu pacientům, ale také jejich rodinám a pečovatelům. S pacienty by se mělo zacházet s důstojností a respektem. Jejich vztahy s pečovateli by měly být založeny na naději a optimismu. Samozřejmostí je důvěrnost informací a mlčenlivost. Důležité je, aby poskytovatelé péče chápali stigma pojící se s depresí a snažili se poskytovat péči způsobem, který toto stigma odstraňuje. Měly by být poskytovány informace o depresi, možnostech léčby a podpůrných skupinách. Informace a služby by měly být kulturně citlivé a přístupné (Young, 2013, s. 46).

2. 1 Specifika ošetřovatelských intervencí o pacienta s depresí

Všeobecné sestry během diagnostického a léčebného procesu tráví s pacientem značné množství času a mají tedy vhodnou příležitost zachytit výskyt případné deprese. Je nezbytné, aby všeobecná sestra byla otevřená diskusi o emocionálních obavách pacienta a konkrétně se vyptávala na závažnost symptomů. Tyto poznatky jsou základními prvky pro správné posouzení deprese. Úkolem všeobecné sestry je poskytovat natolik bezpečné prostředí, aby se pacienti nebáli svěřit se s případnými psychickými problémy. Mezi první příznaky projevů deprese, které všeobecná sestra může pozorovat, bývají změny v pacientově náladě. Pacient

může být smutný, plačtivý, pociťovat beznaděj, prázdnotu, zoufalství a strach z budoucnosti. Dále se u nich vyskytuje podrážděnost, narušený spánek, změny chuti k jídlu, pocit únavy, nízké hladiny energie a kolísání nálady. Těžší formy deprese již vyžadují formálnější a důkladnější posouzení pomocí validních a reliabilních hodnotících škál. V případě přijetí pacienta do péče a zjištění, že pacient trpí těžkou či středně těžkou depresí či nachází-li se depresivní onemocnění v anamnéze, anebo jsou u něj přítomny sebevražedné myšlenky, je vyžadována okamžitá psychologická intervence, kterou je všeobecná sestra schopna zabezpečit pomocí informování lékaře. V případech mírné situační deprese bez pozitivní anamnézy mohou postačit ošetrovatelské intervence. Bohužel v současné době někteří pacienti nemají přístup k odborníkům na duševní zdraví nebo je odmítají z důvodu stigmatizace. V těchto případech všeobecné sestry významně ovlivňují procento neléčených pacientů s depresí, a to poskytováním vhodného screeningu, hodnocení a nefarmakologické péče o tohoto pacienta (Decker a Tofthagen, 2021, s. 414–417).

Existuje stanovisko Americké asociace psychiatrických sester (APNA) která podporuje duševní zdraví jako výchozí bod k celkovému zdraví, podpoře zdraví a včasné identifikaci, spolu s přístupem a řádnou léčbou. Tato asociace zdůrazňuje screening jako základní součást adekvátní ošetrovatelské péče o duševní zdraví, jelikož neschopnost řešit duševní zdraví může vést ke snížení kvality života, zvýšenému utrpení a fyzickému a sociálnímu úpadku. Ve výzkumném šetření autora Gerlacha et al. (2021, s. 3285) bylo zjištěno, že poruchy duševního zdraví jsou krizí veřejného zdraví a screening je nedostatečně využíván. Pacientům trpícím duševním onemocněním jsou poskytovány služby v různých prostředích, včetně ambulantních zařízení, jako je domácí zdravotní a komunitní péče, zařízení dlouhodobé péče a zařízení primární péče. V rámci ošetrovatelské péče všeobecná sestra využívá hodnotící škály, a to například stav výživy, hydratace či soběstačnosti (Petr et al., 2014, s. 957). Dále screening pro určení rizika pádu, základní nutriční screening, škálu deprese atd. Ve výzkumném šetření autora Clarka (2022, s. 1-11) bylo zjištěno, že 4 škály The Geriatric Depression Scale (dále jen GDS) byly přínosné pro detekci deprese u starších dospělých. Nicméně stručnější verze GDS, jako je GDS 15 a 10, měly vyšší senzitivitu a specifitu. Dále ve svém výzkumném šetření zmiňuje United States Preventive Services Task Force, která doporučuje screening pro všechny dospělé bez ohledu na hlavní stížnost nebo anamnézu. Ovšem časová omezení všeobecných/psychiatrických sester jsou překážkou pro využití screeningových nástrojů v praxi. Nástroje pro screening deprese mají více možností, o kterých se podrobně diskutuje. Sestra využívá v ošetrovatelské praxi geriatrickou škálu deprese (GDS), která je k dispozici

v několika verzích: GDS-30, také známá jako GDS-Long (GDS-L), a GDS-15, také známá jako GDS-Short (GDS-S). Dále mohou být použity dotazníky: Patient Health Questionnaire (PHQ), Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), která je ovšem časově nejnáročnějším nástrojem k dokončení, a proto není v praxi moc využívána (Clark, 2022, s. 1-11). Během rozhovoru s pacientem se všeobecná sestra také zaměří na potenciální známky rizikového chování. V tomto případě může určit míru rizika za pomoci škály pro vyhodnocení rizika agrese (*Broset Violence Checklist*) a škály pro hodnocení rizika sebevražedného jednání NGASR (*Nurses Global Assessment of Suicidal Risk*). Ta obsahuje 15 položek a její vyplnění trvá cca 5 minut. Hodnotí se body, kdy výsledné skóre vypadá takto: 5 a méně bodů – nízké riziko, 6 až 11 bodů – střední riziko, 12 a více bodů – vysoké riziko sebevražedného jednání. Tyto hodnotící nástroje mohou pomoci snáze odhalit rizikové faktory (Felzmannova, 2018). Všeobecná sestra má k dispozici různé nástroje a je důležité, aby každé nastavení praxe prozkoumalo možnosti a nástroje, které jsou prospěšné pro odlišné potřeby týkající se duševního zdraví pacientů. Začlenění screeningového nástroje do praxe má výhodu v tom, že analyzuje, zda je léčba účinná, a to hodnocením výsledků screeningového nástroje před intervencí a znovu poté, co měla intervence čas na to, aby projevila svůj účinek. Pomocí akčního plánu, který zahrnuje screening a následná opatření, lze vystavení pacienta nízké kvalitě života řešit (Clark, 2022, s. 1-11).

Všeobecná sestra musí myslet na to, že toto onemocnění je často recidivující a v důsledku těchto emocí se depresivní pacient může dostat do fáze, kdy má pocit, že ztratil smysl svého života. Během ošetrovatelské péče a každé interakce s tímto pacientem si sestra musí všimnout náznaků, které by mohly ukazovat na to, že pacient si je schopen sáhnout na vlastní život (Moitra et al., 2022, s. 3). Pohlíží taktéž na každého depresivního pacienta individuálně a holistickým přístupem. V ošetrovatelské péči zastává nepostradatelnou roli. Bývá to především ona, kdo z celého ošetrujícího týmu tráví s pacientem nejvíce času, a proto je její pozice klíčová pro získávání informací o pacientovi. Bývá prvním členem týmu, na kterého se pacient obrátí, pokud ho trápí určitý problém a zároveň mu poskytuje podporu. Všeobecná sestra musí mít odborné znalosti o projevech onemocnění, znát ošetrovatelské postupy a prvořadý cíl, jímž je připravit pacienta pro návrat do původního sociálního prostředí. Při hospitalizaci na psychiatrickém oddělení sestra zkontroluje a odbavuje pacienta. Odebírá veškeré nebezpečné předměty, kterými by si pacient mohl ublížit, jako je například holení, pásek a ostré předměty (Petr et al., 2014, s. 950).

Vzhledem k riziku sebevražedného jednání bývá depresivní pacient hospitalizován na akutním uzavřeném oddělení. Při plánování umístění pacienta na pokoj a během již probíhající hospitalizace musí stále myslet na riziko možného pokusu depresivního pacienta si ublížit, a proto by jej měla umístit co nejbližše sesterně, aby byl pod neustálým dohledem. Suicidální myšlenky a tendence jsou u depresí velmi častým projevem (pacient si přeje zemřít, aby se vysvobodil z duševního utrpení). Jakékoli signály nebo zmínky o sebevražedném úmyslu musí brát všeobecná sestra (a další členové ošetrovatelského týmu) vážně a nesmí je v žádném případě bagatelizovat. Těchto projevů si musí být dobře vědoma a dbát v tomto čase na neustálý kontakt s pacientem z důvodu eliminace rizika sebevraždy. V rámci ošetrovatelské péče, kterou sestra systematicky plánuje a vyhodnocuje, musí nejdříve posoudit stav pacienta, odebrat ošetrovatelskou anamnézu a stanovit ošetrovatelskou diagnózu. Provede základní vyšetření fyziologických a psychických funkcí. Během ošetrovatelské anamnézy také sleduje a kontroluje celkový vzhled pacienta, úpravu a čistotu zevnějšku. Zkontroluje dutinu ústní, pacientův sluch a zrak. Všimá si, jaký je pacientův stav kůže, sliznic a nehtů. Všeobecná sestra se ptá pacienta na bolesti, alergie a doplní informace rodinné, sociální, pracovní a gynekologické anamnézy. Pokud depresivní pacient nespolupracuje, sestra požádá o základní informace jeho nejbližšího příbuzného (Felzmannova, 2018). Veškeré získané informace zaznamenává do zdravotnické dokumentace, která je dostupná i dalším členům zdravotnického týmu. Průběžné sledování informací a jejich vyhodnocování pomáhá systematicky vytvářet optimální ošetrovatelský plán (Gulášová et al., 2014). Častým projevem u depresivních pacientů je zanedbání sebepečce. Pacientovi, který trpí depresivním onemocněním, chybí chuť k jídlu i pohybu a hrozí riziko zácpy. Může mít také další somatické problémy, o kterých z důvodu tohoto onemocnění nemluví a nesvěří se. Všeobecná sestra si musí těchto projevů všimnout, pozorovat pacienta, identifikovat potenciální problémy a následně navrhnout vhodné ošetrovatelské intervence. Dále také sleduje dostatečný příjem potravy a tekutin. Při podávání stravy dbá o důslednou kontrolu, např. při každém jídle přepočítá přibory, aby se pacient o předmět nemohl úmyslně zranit a poškodit. Sestra dále dohlíží na pravidelnou hygienickou péči, případně pacientovi dopomůže, pokud není schopen si uspokojování základních životních potřeb obstarat sám (Petr et al., 2014, s. 957).

Pokud se deprese vyskytne při jiném chronickém onemocnění (např. onkologickém) tělesné příznaky a symptomy deprese se velmi často překrývají. Především se jedná o nechutenství, únavu, nespavost, bolest nebo sníženou koncentraci. Vhodná léčba deprese může nejen zlepšit náladu a psychickou pohodu, ale také zmírnit tyto fyzické příznaky (Decker

a Tofthagen, 2021, s. 414–415). Důležité tedy je, aby zdravotníci byli kvalifikovaní v rozpoznávání příznaků deprese. K tomu je důležité znát rizikové skupiny pacientů. Pokud se u pacienta vyskytnou nevysvětlitelné fyzické potíže, je dobré zaměřit se na zhodnocení jeho psychického stavu. Všeobecná sestra při každé interakci s depresivním pacientem může pokládat i screeningové otázky, kterými mohou být např. „Trápil/a jste se často během posledního měsíce, cítila/a jste se na dně, beznadějně nebo v depresi?“, „Pocit’oval/a jste během posledního měsíce snížení zájmu nebo radosti?“. Pokud by pacient odpověděl kladně, pravděpodobně trpí depresí a všeobecná sestra dále informuje lékaře o tomto zjištění, které pak vede ke komplexnímu vyšetření psychiatrem, stanovení diagnózy a následnému poskytování vhodné intervence. Diagnostickým rozhovorem, který neprovádí pouze lékař, ale i sestra, lze posoudit závažnost, vývoj, průběh a trvání deprese. Také může odhalit sebevražedné myšlenky, úmysly či již provedené suicidální pokusy (Young, 2013, s. 44–45).

Během hospitalizace často dochází k tomu, že pacient zůstává na pokoji a uzavírá se do sebe. Všeobecná sestra si může všimnout toho, že depresivní pacient ztrácí motivaci a snižuje se tak jeho zájem o různé aktivity. Zpočátku zaznamenává pacientovu pokleslou náladu, která se projevuje především v ranních hodinách. V průběhu dne může dojít ke zlepšení a v tomto čase je důležité, aby sestra nabídla pacientovi nenáročnou aktivitu na oddělení. Zprvu bude pacientova účast pasivní, a proto zvolí nenáročnou, krátkou činnost a postupně nároky na zapojení do aktivit zvyšuje. Všeobecná sestra musí na pacienta dohlížet, být trpělivá a empatická. S pacientem jedná klidně, pomalu a pokyny několikrát zopakuje z důvodu zpomaleného myšlení, narušené koncentrace a zhoršené schopnosti učení pacienta. Při každé příležitosti pacienta povzbuzuje, pokroky vždy pochválí a tím poskytne pacientovi pozitivní zpětnou vazbu. Je důležité, aby pacienta sestra nenutila, ale dodávala mu motivaci. Donucováním by totiž mohla vzbudit v pacientovi pocity marnosti a snížené sebevědomí. Naopak pacientovi nabízí různé varianty, mluví s ním o výhodách a nechává výběr na něm samotném. Musí znát zásady psychoedukace, protože tím dosáhne lepší spolupráce s pacientem. Všeobecná sestra také dohlíží na užívání medikace, depresivního pacienta edukuje o předepsaných lécích. Vysvětlí pacientovi, proč je důležité užívat medikaci a jaké mohou být důsledky v nedodržování léčebného režimu. V ambulantní péči provádí kontrolu při návštěvách pacienta či telefonicky. Na lůžkovém oddělení se provádí dohled přímo při polykání léku. Sestra zkontroluje, zda pacient spolknul léky a to tím, že se podívá do jeho dutiny ústní. Kontrola užití léků je nezbytná a má význam z terapeutického hlediska. Všeobecná sestra si všimá případných možných nežádoucích účinků podaných léků, kdy tyto účinky musí dobře znát a monitorovat je. V některých případech může

sestra lék nepodat – např. nebudí tvrdě spícího pacienta pro podání medikace nebo v situaci, kdy pacient podávání léku odmítne. Důležité je zdůraznit osobní volbu a zodpovědnost pacienta při užívání medikace. Všeobecná sestra by měla být připravena akceptovat rozhodnutí pacienta, se kterými nemusí souhlasit. Nepřesvědčuje pacienty, aby užívali léky, ale pomáhá jim činit informovaná svobodná rozhodnutí a tím napomůže k vzájemné spolupráci. Okolnosti odmítnutí musí sestra zdůvodnit v dokumentaci a podává informace lékaři, který může medikaci upravit či úplně změnit (Petr et al., 2014, s. 277, s. 452, s. 950, s. 957).

Základním vyšetřovacím nástrojem v psychiatrii je rozhovor s nemocným a jeho pozorování. Komunikace s depresivním pacientem může být často velmi psychicky náročná. Během rozhovoru je důležité, aby všeobecná sestra vnímala i projevy neverbální komunikace. První dojem v komunikaci mezi pacientem a všeobecnou sestrou je velmi významný, jelikož dokáže ovlivnit průběh léčby a postoj pacienta jak pozitivně, tak negativně. Z tohoto důvodu je nesmírně důležité, aby sestra uměla správně komunikovat s depresivními pacienty. Při každé interakci s depresivním pacientem projevuje zájem o jeho individuální potřeby, vede s ním rozhovor a zajímá se o něho samotného. Projevuje také empatii, zájem a trpělivě naslouchá pacientovi (Gulášová et al., 2014). V rámci kompetencí hovoří všeobecná sestra s depresivním pacientem o informacích týkajících se jeho onemocnění a emočně pacienta podporuje (Bankovská et al., 2019, s. 111). Dále musí umět posoudit, zda je rozhovor s depresivním pacientem vhodný a jaký přístup případně zvolit. Je důležité, aby všeobecná sestra zvolila vhodné místo, čas, délku rozhovoru, zajistila dostatek soukromí a byla k pacientovi otevřená a upřímná. Konverzaci je třeba strukturovat a hovořit v krátkých větách. Přistupuje k pacientovi s trpělivostí a nespěchá na něj. Respektuje pacientovy komunikační schopnosti, zvolené tempo, nenabízí slova a nechává mu prostor pro vlastní myšlenky. Rozhovor s pacientem může být rozvíjen, ale také brzděn. Pacient s depresivním onemocněním je často uzavřený, samovolně kontakt nenaváže a komunikuje v jednoduchých krátkých větách či vůbec. Proto první impulz musí vyjít od všeobecné sestry. Během komunikace není vhodné bagatelizovat a zlehčovat pacientovy obtíže, protože depresivní pacient pak propadá dojmu, že mu nikdo nerozumí, a ještě více se uzavře do sebe. Sestra by měla pokládat otevřené otázky, které ponechávají pacientovi větší prostor pro odpovědi, což napomáhá rozvíjet diskusi a tím získat informace (Petr et al., 2014, s. 953, 595, 658). Taktéž je důležité, aby hovořila vlídným a přesvědčivým hlasem, mluvila pomalu, srozumitelně, dala pacientovi dostatečný prostor pro vyjádření a nezahltila ho otázkami (Gulášová et al., 2014).

V posledních letech se v České republice výrazně mění přístup k psychiatrické péči, která se tradičně soustředila především na psychiatrické nemocnice. Ministerstvo zdravotnictví v roce 2013 zahájila reformu psychiatrické péče zaměřenou na proces deinstitucionalizace a nové přístupy k péči o lidi s duševními onemocněními (Koohi et al., 2023, s. 27). Deinstitucionalizace, která nedávno začala být prosazována i Světovou zdravotnickou organizací, již několik desetiletí funguje v zemích jako Velká Británie, Itálie, USA atd. (Dvořáková et al., 2020, s. 31). Zkušenosti z těchto zemí ukazují, že přesun dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do komunitního prostředí zlepšuje kvalitu jejich života, obnovuje jejich důstojnost a přináší zlepšení v oblasti autonomie a snížení symptomů deprese (Goldmanová et al., 2020, s. 2). Domácí péče znamená péči nebo podporu poskytovanou zdravotnickými pracovníky v individuálním domově, kde klient žije (Koohi et al., 2023, s. 26). Dostupná evidence zároveň ukazuje, že deinstitucionalizace psychiatrické péče přináší v dlouhodobém horizontu potenciál snižování nákladů na péči. Jeden z nových a hlavních prvků v novém systému péče o duševní zdraví zavádí Centra duševního zdraví (dále CDZ). Od roku 2017 se Ministerstvo zdravotnictví stalo realizátorem projektů zaměřených na podporu vzniku a provozu pilotních CDZ po celé zemi. Tyto projekty jsou financovány evropskými strukturálními fondy po dobu 18 měsíců a v rámci těchto projektů vzniklo v České republice více jak 30 center. Cílem je vytvořit síť až 100 center rovnoměrně rozložených po celé České republice. Nyní se CDZ nachází např. v Ústí nad Labem, Praze, Plzni, Hradci Králové, Opavě, Pardubicích, Brně, Havlíčkově Brodě, Ostravě, Olomouci atd. V každém tomto centru pracuje multidisciplinární tým, který zahrnuje psychiatra, všeobecnou/psychiatrickou sestru, sociálního pracovníka a klinického psychologa. Spolupráce mezi členy týmu je klíčová pro práci CDZ, protože každý odborník přináší specifické znalosti a dovednosti, což umožňuje širokou nabídku pomoci. Členové týmu pravidelně spolupracují, sdílejí informace o potřebách pacientů a společně rozhodují o jejich péči. Každý pacient má svého klíčového pracovníka, který se stará o jeho přímou péči a koordinaci plánu zotavení. Základním principem péče je nepřetržitá péče bez čekací doby a podpora začlenění pacienta do běžných komunit. CDZ také spolupracuje s dalšími sociálními a zdravotními službami v dané oblasti. Spolupracuje s profesionály a organizacemi, jako jsou ambulantní psychiatři, lůžková zařízení, praktičtí lékaři, pracovníci místní samosprávy, kurátoři, opatrovníci a policisté. V rámci center jsou poskytovány zdravotní služby psychiatrem a všeobecnými/psychiatrickými sestrami, které zahrnují preventivní intervenci, diagnostiku, terapii a podporu rodin pacientů. V práci týmu se klade důraz na respektování a naplňování základních lidských práv a důstojnosti pacientů. Cílem je zajištění

komplexní péče a podpory pacientů a důležitým principem je také začlenění pacientů do běžného života a komunity (Goldmanová et al., 2020, s. 1-11).

Deprese se objevuje jak u běžné „zdravé“ populace, tak u populace s chronickými fyzickými zdravotními onemocněními jako komorbidita. Takto přidružená deprese má za následek zvýšenou nemocnost a úmrtnost. Například deprese u srdečního onemocnění až trojnásobně zvyšuje úmrtnost (Young, 2013, s. 44). Až u 31 % pacientů po cévní mozkové příhodě se vyskytne deprese. Pokud není rozpoznána a léčena, vede k nižšímu funkčnímu zotavení, zhoršení kognitivního deficitu a zvýšenému riziku úmrtí. Také negativně ovlivňuje schopnost jedince se plně a aktivně zapojit do rehabilitace, která je především po mrtvici stěžejní. Ve výzkumném šetření autorů Hadidi, Wagner a Linqvist (2017, s. 182–193) bylo zjištěno, že péče o depresivního pacienta zvyšuje zátěž pečovateli, protože depresivní pacient se izoluje a stává se tak více závislým na svém pečovateli. Všeobecné sestry pracující s pacienty po cévní mozkové příhodě, si musí být vědomy prevalence a důsledků deprese a měly by být schopny pacientům a jejich rodinám poskytovat potřebnou edukaci o nefarmakologických možnostech řešení deprese. Mohou také ujistit rodiny, že výskyt deprese po mrtvici je velmi častý jev a nemusí být trvalý. Sestry v domácí péči, které jsou vyškoleny ve specifických oblastech nefarmakologických metod, mohou potenciálně provádět tyto terapie v domácím prostředí či sociálních službách. Důležité je, aby pečovatelé věděli o možnostech nefarmakologických terapií v komunitě. Onkologická diagnóza a léčba jsou pro pacienty velmi psychicky náročné. Mezi běžné emocionální reakce patří hněv, úzkost, strach, vina, stud či smutek. Všechny tyto emoce mohou dlouhodobě vést ke vzniku deprese. Prevalence deprese u onkologicky nemocných sahá až k 60 %. Takto nemocní pacienti poté nedostatečně dodržují léčebný režim a zhoršují se jejich léčebné výsledky. Kromě toho častěji navštěvují pohotovost a udávají horší kvalitu života. Nedostatečně diagnostikovaná nebo neléčená deprese může vést ke zhoršené sebepěči, zvýšené spotřebě alkoholu, zneužívání návykových látek, nevhodnému a nedostatečnému stravování, nedostatku pohybu a v krajních případech i sebevraždě (Decker a Tofthagen, 2021, s. 413).

2. 2 Nefarmakologické přístupy v léčbě deprese

Všeobecná sestra má vzhledem k navozování úzkých profesionálních vztahů s pacienty v různých formách zdravotní péče privilegované postavení. Může a měla by tedy být důležitým inovátorem integrace nefarmakologických metod do terapie deprese. Bylo by vhodné, aby sestry měly povědomí o intervencích, které je vhodné použít, jak a v jakých případech. K tomu je potřeba vytváření systematických přehledů a metodických pokynů s dostatečným množstvím důkazů, zda mají konkrétní intervence požadovaný efekt (Apóstolo et al., 2016, s. 61). Pro nemocné trpící depresí existuje více možností léčby včetně farmakologické, psychoterapií a různých psychosociálních přístupů. U mírné či subklinické formy deprese je vždy vhodné nejprve zvážit využití nefarmakologických intervencí. U středně těžkých až těžkých forem je farmakoterapie většinou nevyhnutelná, avšak nefarmakologické intervence hrají významnou roli a je vhodná kombinace těchto přístupů (Young, 2013, s. 44). Význam nefarmakologických přístupů v léčbě deprese je stále více uznáván, a to díky pozitivním výsledkům výzkumů a klinických studií. Tyto přístupy mohou být efektivní nejen při mírných a středně těžkých formách deprese, ale i u těžších forem této nemoci. Za klíčové faktory úspěchu nefarmakologických přístupů v léčbě deprese lze považovat přístup založený na celkovém zdraví a pohodě pacienta, individualizaci léčby a zapojení pacienta do procesu léčby. Je však třeba zdůraznit, že nefarmakologické přístupy by neměly být používány jako alternativa k farmakoterapii, ale měly by být součástí komplexní léčebné strategie. Komplexní přístup může vést k nejlepším výsledkům v léčbě deprese. Je důležité, aby všeobecné sestry měly dostatečné vzdělání a znalosti o těchto přístupech a aby je aktivně využívaly při léčbě pacientů s depresivním onemocněním (Gerogianni et al., 2019, s. 113).

Deprese také zvyšuje riziko tumorigeneze, progresu nádoru, recidivy a metastáz. Může také být nepřímým faktorem zvýšené úmrtnosti na rakovinu (Wang et al., 2020, s. 533). Navzdory těmto závažným rizikovým faktorům a snížené kvalitě života je deprese účinně léčitelná pomocí farmakologických i nefarmakologických metod. Problém představuje nedostatečná diagnostika a léčba. Ve výzkumném šetření autorů Deckera a Tofthagena (2021, s. 413–415) se došlo k závěru, že 21 115 ambulantních pacientů s rakovinou, z nichž 1 538 byla diagnostikována těžká deprese, odhalila, že 73 % těchto pacientů nebylo vůbec léčeno, 24 % užívalo antidepresiva a pouze 5 % docházelo na psychoterapie. Navzdory důkazům o efektivitě farmakologické léčby deprese, onkologicky nemocní pacienti preferují nefarmakologické metody kvůli obavám z nových léků s potenciálními nežádoucími účinky. Všeobecné sestry

hrají významnou roli v edukaci, doporučování či provádění nefarmakologických intervencí jako součást multiprofesního týmu.

Velkou rizikovou skupinou v prevalenci deprese jsou starší lidé. Ti v tomto období života zažívají velké množství fyzických, psychických i sociálních změn. Tyto změny jsou významným stresovým faktorem a přispívají ke vzniku deprese a dalších psychických onemocnění. Značně k tomu přispívá jejich snížené sebevědomí, zhoršená fyzická kondice, ztráta přátel a příbuzných, finanční a fyzická závislost na druhých a chronická onemocnění. Deprese tímto výrazně zhoršuje kvalitu života, zapříčiňuje častější hospitalizace a zvyšuje riziko sebevraždy. Také existuje silná korelace mezi depresí a počátkem invalidity. Lidé s anamnézou deprese jsou až dvakrát více náchylní k riziku rozvoji demence (Moghaddasifar et al., 2019, s. 42) a naopak u jedinců s již diagnostikovanou demencí je velmi často přítomna depresivní symptomatologie. Například u Alzheimerovy choroby je 20 % prevalence deprese a až 37 % u demence frontotemporální. Zhoršená kognice u těchto lidí ztěžuje správnou diagnostiku deprese (Baruch et al., 2019, s. 167). Kromě zhoršené kondice jsou pro demenci typické neuropsychiatrické symptomy, mezi které patří právě deprese, úzkost, apatie, agitovanost či bloudění. Léky využívané k léčbě těchto příznaků mají však mnoho nežádoucích účinků jako je ovlivnění funkce jater, srdeční vady, gastrointestinální problémy, apatie, ataxie, neklid a nespavost. Pro depresivní lidi s demencí je tedy také více než vhodné zvážit zavádění nefarmakologických intervencí hlavně v zařízeních dlouhodobé péče (Olsen et al., 2016, s. 1312–1313). Depresivní poruchy u starších dospělých jsou velmi často nedostatečně diagnostikovány a léčeny. Jedním z možných vysvětlení může být špatné vyhodnocení příznaků, které se mohou jevit jako příznak jiných psychických stavů způsobených medikací či nemocí (Vaňková et al., 2014, s. 582). Je důležité, aby si všeobecná sestra byla vědoma toho, že ve stáří má deprese odlišnou symptomatologii a jsou ve větší míře zastoupeny fyzické příznaky oproti těm psychickým. Mnohem častěji se také vyskytuje subklinická deprese, při které chybí typická depresivní nálada a anhedonie. Dle doporučených postupů se u mírné deprese starších lidí má terapie zahájit nejprve nefarmakologickými metodami. Antidepressiva a jiná psychofarmaka starší populaci přináší více nevýhod v podobě dlouhé doby odezvy, zesílených vedlejších účinků, rizika závislosti a zhoršené compliance. Polyfarmacie starších lidí a z toho plynoucí lékové interakce jsou dalším důvodem pro upřednostňování nefarmakologických intervencí (Apóstolo et al., 2016, s. 60). Tato část přehledové práce se zaměřuje na účinnost a efektivitu vybraných nefarmakologických intervencí a jakou roli v jejich poskytování hraje všeobecná sestra.

Psychologické ošetrovateľské intervence

Výzkumné šetření autora Wanga et al. (2020, s. 533) studovalo vliv psychologické ošetrovateľské intervence na zmírnění deprese u pacientů s rakovinou štítné žlázy. Psychologická ošetrovateľská intervence spočívá v psychologickém poradenství poskytovaném všeobecnými sestrami a tím se spolu s jejich běžnou náplní práce stává klíčovou pro ošetrovateľskou péči. Pomáhá pacientům nacházet duševní klid a zlepšovat kvalitu života pomocí aktivní spolupráce se zdravotníky, tak aby se zlepšil léčebný efekt a prognóza onemocnění.

Zde je uveden obsah a zásady provádění psychologické ošetrovateľské intervence:

- individuálně komunikujte s pacienty a trpělivě jim naslouchejte;
- ved'te pacienty k sebeúctě a rozvíjení sebepečení;
- edukujte pacienty o jejich onemocnění, pomozte jim najít vhodné vzdělávací zdroje;
- ved'te pacienty, aby se nebáli požádat o pomoc;
- povzbuzujte pacienty ve vzájemném sdílení zkušeností a komunikaci;
- povzbuzujte pacienty ve vyjadřování svých myšlenek a emocí ohledně nemoci;
- pomáhejte pacientům rozvíjet jejich zájmy a podporujte je v oblíbených aktivitách;
- ved'te pacienty k používání pozitivních copingových strategií;
- sdílejte zkušenosti ostatních pacientů (Wang et al., 2020, s. 534).

Ve výzkumném šetření autora Wanga et al. (2020, s. 533–538), které bylo zaměřeno na zkoumání vlivu psychologické ošetrovateľské intervence, byli pacienti rozděleni do dvou skupin, a sice na intervenční a kontrolní skupinu. V intervenční skupině (130 pacientů) byly kromě jejich dosavadní léčby poskytovány i vhodné intervence psychologické péče a pacienti, kteří byli zařazeni do kontrolní skupiny (127 pacientů) pak pokračovali v jejich dosavadní terapii deprese bez psychologické péče. K hodnocení deprese a úzkosti byla použita škála Hospital Anxiety and Depression Scale. Hodnocení probíhalo před zahájením intervence a bezprostředně po intervenci, tzn. po 4 týdnech a po 4 týdnech po ukončení intervence, tedy 8 týdnů. Před zahájením této intervence respondenti získali 8,1 bodů v intervenční skupině oproti kontrolní skupině s 7,0 bodů. I přes to, že u intervenční skupiny skóre nepatrně narostlo stále se jednalo o významné snížení míry deprese oproti kontrolní skupině. Toto výzkumné

šetření tedy prokázalo účinnost psychologické ošetrovatelské intervence ve snížení depresivní symptomatologie během čtyřtýdenních sezení a jisté udržení tohoto zlepšení i 4 týdny po jejich ukončení. Pro dosažení lepších a déletrvajících výsledků je tedy vhodné intervenci realizovat delší dobu.

Neurostimulace

Neurostimulační metody využívají elektrické impulsy k vybuzení nervové aktivity a ovlivnění funkcí mozku nebo nervového systému. Nejvíce vědeckých důkazů vykazuje elektrokonvulzivní terapie, avšak výzkum je na vzestupu i co se ostatních metod týče. Jedná se např. o transkraniální magnetickou stimulaci, transkraniální stimulaci stejnosměrným proudem, magnetokonvulzivní terapii, vagovou nervovou stimulaci a hlubokou mozkovou stimulaci (Baruch et al., 2019, s. 170). Elektrokonvulzivní terapie (dále jen ECT) je jednou z nejúčinnějších forem léčby k navození remise deprese (Lisanby a kol., 2020, s. 304). Tato terapie zahrnuje aplikaci elektřiny na pokožku hlavy k vyvolání generalizovaného tonicko-klonického záchvatu. Udržování nebo pokračování této terapie obvykle zahrnuje léčbu poskytovanou jednou týdně až jednou měsíčně po ukončení akutní léčby. Po akutní fázi léčby lze zvážit tuto terapii po dobu prvních šesti měsíců. Modifikovaná ECT zahrnuje anestezii a užívání myorelaxancií. Je považována za nejlepší postup a snižuje riziko komplikací, jako jsou zlomeniny, panika a bolest. Všeobecná sestra před výkonem pacienta psychicky i fyzicky připraví, zajistí informovaný souhlas, který pacient podepíše. Po celou dobu sestra asistuje lékaři a při i po výkonu monitoruje pacientovy fyziologické funkce, případné nežádoucí účinky anestezie a celkový stav pacienta, který následně zapíše do dokumentace. Ve výzkumném šetření autora Dar et al. (2023, s. 2) bylo shledáno, že udržovací a kontinuální ECT jsou účinné a dobře tolerované v prevenci recidivy a relapsu deprese. Tato terapie má rychlý antidepressivní účinek u pacientů s těžkou a refrakterní depresí. Slibné výsledky přináší také u seniorů, kteří trpí depresí při demenci. U těchto pacientů je výhodou rychlé vymizení symptomů a eliminace vedlejších účinků související s užíváním antidepressiv a antipsychotik. Hlavním nežádoucím účinkem je negativní vliv na kognici (Baruch et al., 2019, s. 170). (Repetitivní) transkraniální magnetická stimulace je neinvazivní metoda využívající elektromagnetickou energii, která generuje magnetický pulz nad určitými oblastmi mozku. Svou silou se podobá magnetické rezonanci, ale přikládá se pouze k hlavě. Při této intervenci se prokázalo snížení depresivních symptomů u pacientů po cévní mozkové příhodě (Hadidi, Wagner a Linqvist, 2017, s. 192). Tato metoda může být vhodnou alternativou k ECT, protože nebyl pozorován negativní vliv na kognici (Baruch et al., 2019, s. 170).

Multisenzorická stimulace

Tato poměrně moderní rehabilitační metoda se soustředí na relaxaci, stimulaci a modifikované reakce na nepřímé podněty. Snižuje senzorickou deprivaci a zvyšuje mozkovou aktivitu. Ve výzkumném šetření autora Moghaddasifara et al., (2019, s. 43–45) se potvrdilo, že zrakové, sluchové, čichové a hmatové stimulace mají vliv na náladu. Všeobecná sestra pomocí této metody aktivně stimuluje všechny smysly pacienta. Využívá pro tuto stimulaci světla, fyzické předměty, pachy a hudbu. Pacienta vede k aktivní účasti. Výhodou je, že tato metoda nevyžaduje zapojení náročných kognitivních procesů jako je paměť nebo učení, a proto je vhodné, aby ji všeobecná sestra využívala u seniorů a osob s mentálním postižením. Starší dospělí často trpí nedostatkem činností a žijí v nestimulovaném prostředí. V tomto výzkumném šetření se zkoumal vliv multisenzorické stimulace na úroveň deprese u starších rezidentů pečovatelských domovů. Do intervenční skupiny bylo náhodně vybráno 14 respondentů a stejný počet do skupiny kontrolní. Průměrný věk účastníků byl 67,7 let. Účastníkům v intervenční skupině byla po dobu čtyř týdnů poskytována intervence, která spočívala v hmatové, sluchové a zrakové senzorické stimulaci. Sezení probíhala třikrát týdně a trvala 25 minut. V tomto šetření byla využita hmatová stimulace, kdy všeobecná sestra prováděla masáže rukou s využitím mandlového oleje. Dále sluchovou stimulaci, kdy všeobecná sestra pouštěla relaxačně instrumentální hudbu se zvuky přírody. Vizualní stimulace byla prováděna videoprezentací obrázků přírody. Sluchová a zraková stimulace byla prováděna současně po dobu 10 minut. Poté následoval pětiminutový odpočinek a sezení bylo ukončeno hmatovou stimulací (10 minut). Intervenci prováděla sestra se specializací v psychiatrii erudovaná v principech smyslové stimulace. K hodnocení, které proběhlo před zahájením intervence a týden po jejím ukončení, byl použit dotazník Beck's Depression Inventory. Průměrné skóre deprese v kontrolní a intervenční skupině se před intervencí významně nelišilo (14 vs 14,5 bodů), zatímco po jejím dokončení se významně snížilo pouze v intervenční skupině (10,1 bodů). Tato nefarmakologická metoda může tedy být vhodnou volbou léčby deprese především u starších jedinců.

Terapie uměním a psychogymnastika

Všeobecná sestra může pacientovi nabídnout využití umění v rámci péče o své psychické zdraví. Terapie uměním se zaměřuje na výtvarnou tvorbu, hudbu a další formy uměleckého vyjádření, které mohou být účinné při léčbě deprese a vedou k výraznému snížení symptomů u těchto pacientů. Arteterapie využívá výtvarný projev jako prostředek poznání

i ovlivnění psychiky depresivního pacienta. Terapeuticky významný je jak vlastní proces tvorby, tak výsledek, se kterým je možné dále pracovat. Výtvarné zpracování umožňuje pacientovi projevit vlastní prožitky, podívat se na ně z odstupu či jiného úhlu. Arteterapie může probíhat jak individuálně, tak skupinově. Dalším přístupem je skupinová metoda založená na pantomimě – psychogymnastika. Tato metoda umožňuje pacientovi svobodně vyjádřit své emoční prožitky, odreagovat se a zapojit celé své tělo. Pacient pomocí pohybu a gest vyjadřuje své pocity, vztahy nebo situace podle své potřeby či na zadané téma (Petr et al., s. 457).

Další možností, kterou depresivní pacient může využít na oddělení, je muzikoterapie, která využívá jako terapeutický prostředek hudbu. Jedná se o poslech hudebních děl a následné sdílení svých prožitků, nebo o vlastní hudební projev v podobě vytváření zvuků, rytmu, melodií, zpěvu apod. Muzikoterapie je nefarmakologická terapeutická metoda, která využívá hudbu a hudebních aktivit k dosažení psychologických, emocionálních, kognitivních a fyzických změn u jednotlivců. Muzikoterapie také s dalšími formami umění, jako je tanec, výtvarné umění, návštěvy galerií či muzeí, mohou být prospěšné především pacientům s demencí, kteří často trpí depresí v rámci tzv. neuropsychiatrických symptomů. Umění umožňuje sebevyjádření, sociální kontakt, poskytuje celkové zlepšení nálady a jeho výhodou je efektivní použití i v pokročilých stádiích demence. Nejsilnější základnu důkazů má pak muzikoterapie (Baruch et al., 2019, s. 169). Poskytuje bezpečnou, humánní a ekonomicky nenáročnou alternativu medikace. Velmi významnou roli ve snížení neuropsychiatrických symptomů hraje sociální kontakt, který je většinou nedílnou součástí muzikoterapeutických intervencí (Ray a Mittelman, 2017, s. 690–691).

Newyorská explorativní studie z roku 2015 zjišťovala, zda účast na skupinových muzikoterapeutických intervencích může snížit neurodegenerativní symptomatologii (deprese, úzkost atp.) u klientů v domovech pro seniory, kteří trpí středně těžkou až těžkou demencí. Studii dokončilo 132 respondentů s věkovým průměrem 86,9 let (rozmezí 58–101 let). Většinu účastníků tvořily ženy (84,8 %). Do skupiny, která se zaměřovala na vliv muzikoterapie na depresivní symptomy bylo zařazeno 53,8 % respondentů. Sezení probíhala třikrát týdně po dobu dvou týdnů, celkem tedy proběhlo 6 sezení. Intervenci prováděli dva certifikovaní muzikoterapeuti. Ti nejprve získali informace o hudebních preferencích účastníků od jejich příbuzných, pracovníků domova či od nich samotných, pokud toho byli schopni. Výběr hudby byl poté přizpůsoben těmto preferencím. Při muzikoterapiích byla využívána kytara, keyboard, africký buben Djembe, Ocean drum, xylofon a rytmické nástroje jako jsou zvonky, vajíčka či tamburíny. Účastníci byli rozděleni do skupin po 4–6 lidech. Každé sezení trvalo 15 až 60 minut dle tolerance účastníků. Cílem intervence bylo rozvíjet vztahy klientů s ostatními klienty

domova a s terapeutky a tím zlepšit socializaci. Dále umožnit sebevyjádření, zlepšit náladu respondentů a snížit pocity samoty, čehož bylo dosaženo především reflektováním vzpomínek pomocí známých a oblíbených písní. Účastníci byli do intervence aktivně zapojeni, tzn. používali hudební nástroje, zpívali či se pohybovali do rytmu. Účastníkům byly také pokládány otázky týkající se jejich pocitů, dojmů a vzpomínek. Depresivní symptomy byly hodnoceny pomocí Cornellovy škály deprese dvakrát před intervencí (1. a 3. týden), po intervenci (5. týden) a dva týdny po ní (7. týden). Opakovaná měření zjišťují, zda došlo k přetrvávajícímu účinku muzikoterapeutické intervence. Průměrné skóre deprese se po intervenci statisticky významně snížilo (8,31 vs 5,17 bodů). Dva týdny po intervenci se skóre mírně zvýšilo, avšak nedosáhlo výchozí hodnoty (6,66 bodů). Čím většího počtu sezení byli respondenti účastni, tím více vykazovali krátkodobé i dlouhodobé zlepšení deprese. Tyto výsledky naznačují, že účast na dvoutýdenní hudební terapii významně snižuje příznaky deprese u klientů dlouhodobé péče s demencí a udržuje tyto změny po dobu nejméně dvou týdnů po léčbě. Muzikoterapeutické intervence tedy mohou představovat účinnou metodu ke zmírnění deprese buď jako samotná terapie nebo v kombinaci s jinými nefarmakologickými či farmakologickými metodami (Ray a Mittelman, 2017, s. 692–706).

Terapie tancem

V rámci edukace nabízí všeobecná sestra i další varianty, a to například tanec. Tanec je jedinečným druhem aktivity, protože poskytuje výhody muzikoterapie i pohybu. Pomocí hudby se také vybavují vzpomínky a tím aktivuje paměť. Terapie tancem může tedy přinést řadu výhod pro starší populaci, která často vykazuje sníženou fyzickou aktivitu. Autorka Vaňková et al. provedla výzkumné šetření s cílem vyhodnotit účinky taneční intervence na depresivní symptomy u klientů v domovech pro seniory v České republice. Zahrnuto bylo 162 respondentů ze sedmi domovů pro seniory se sníženou fyzickou aktivitou. Průměrný věk byl 83 let a 92 % respondentů tvořily ženy. Účastníci byli náhodně rozděleni do intervenční (79) a kontrolní skupiny (83). Taneční terapie byly prováděny 60 minut jednou týdně po dobu tří měsíců. Doprovázeny byly vhodnou hudbou vytvářející reminiscenční efekt. Využívaly se techniky společenského tance (např. foxtrot, waltz, cha-cha atd.). Během celé intervence byli všichni účastníci motivováni k tomu, aby dělali stále náročnější pohyby a zvyšovali intenzitu pohybu, tak aby se výhody tance využily na maximum. Hlavním cílem však byla zábava. Hudba byla vybírána tak, aby také stimulovala a motivovala účastníky. Kontrolní skupina se těchto tanečních intervencí neúčastnila. Měření míry depresivních příznaků bylo provedeno týden před a týden po intervenci. Výsledky studie ukázaly signifikantní snížení příznaků deprese

měřených Geriatričnou škálou deprese u intervenční skupiny, zatímco u kontrolní skupiny se tyto symptomy spíše zhoršovaly. V intervenční skupině se míra deprese snížila jak u klientů užívající antidepresiva, tak u těch bez farmakologické léčby. Je proto vhodné provádět některou z nefarmakologických intervencí, aby se předešlo zhoršení deprese jako u účastníku v kontrolní skupině. Terapie tancem není jen o pohybu, který pozitivně ovlivňuje tělo i mysl, ale také o sociální interakci s vrstevníky, společné aktivitě, sdílení zkušeností a zvýšení sebevědomí a kompetence. Díky tradičnímu tanci a hudbě se mohou vzpomínkami vrátit do minulosti, což může mít pozitivní účinky zvláště u lidí se sníženou kognicí (Vaňková et al., 2014, s. 583–586).

Fyzická aktivita

Pravidelná fyzická aktivita může snížit depresi, protože se při ní vyplavuje serotonin, noradrenalin a dopamin, což může stimulovat produkci endorfinů, díky čemuž se lidé cítí šťastní a uvolnění. Cvičení také snižuje únavu a bolesti pohybového aparátu, zlepšuje svalovou sílu a vede k celkovému zlepšení fyzických a psychických funkcí. Podobně aerobní cvičení zlepšuje fyzickou pohodu, stav výživy a snižuje zánětlivé cytokiny. Výzkumné šetření autora Gerogianni et al., které se zabývalo aerobním cvičením, zjistilo významnou souvislost se snížením depresivní symptomatologie. Respondenti, kteří prováděli nějaký druh fyzické aktivity alespoň jednou týdně vykazovali lepší kvalitu spánku (Gerogianni et al., 2019, s. 114). Cvičení má potenciál zlepšit fyzickou funkci, aktivity každodenního života, zvýšit sebevědomí a sebedůvěru (Baruch et al., 2019, s. 169). Doporučovaná je strukturovaná fyzická aktivita vedená erudovaným trenérem alespoň třikrát týdně, trvající 45 až 60 minut. Avšak některé systematické přehledy ukázaly, že ačkoliv je cvičení zdraví prospěšné, je nepravděpodobný jeho trvalý účinek na zlepšení nálady. U osob s chronickým fyzickým onemocněním by se fyzická aktivita měla přizpůsobit rizikům a omezením spojeným s jejich zdravotním stavem (Young, 2013, s. 46–47).

Velmi specifickým druhem fyzické aktivity je tzv. intradialytické cvičení. To spočívá v provádění fyzické aktivity během hemodialýzy. Zahrnuje různé rytmické dýchací techniky relaxace, jako je pomalé dýchání, hluboké dýchání, dechová meditace a břišní dýchání. Kromě fyzických benefitů, jako je zlepšení krevního tlaku, tepové frekvence, anémie, zánětlivých parametrů a celkového fyzického výkonu, má toto cvičení velký vliv na snížení deprese či úzkosti, a tím zlepšuje kvalitu života dialyzovaných pacientů. Důležité tedy je, aby lidé byli dostatečně informováni o přínosech fyzické aktivity na jejich tělesný a psychický stav (Gerogianni et al., 2019, s. 114).

Spánková hygiena a fototerapie

Díky správné spánkové hygieně lze dosáhnout, že depresivní pacient bdí přes den a vystavuje se tak přirozenému světlu. Důležité je, aby se vyhýbal kofeinu a alkoholu. Všeobecná sestra edukuje pacienta o vhodném vytvoření rutiny před spánkem, kdy zdůrazňuje, že nejkvalitnější je spánek v tichém a tmavém prostředí. Nejvíce prozkoumanou složkou spánkové hygieny u jedinců s depresí je fototerapie neboli terapie jasným světlem (Baruch et al., 2019, s. 169). V randomizované studii s 63 respondenty byly zkoumány účinky světelné terapie u pacientů, kteří trpěli depresí po prodělané mrtvici. Terapie trvala 50 minut a probíhala jednou týdně po dobu 12 týdnů. Výsledky prokázaly statisticky významné zlepšení deprese po fototerapii využívající vysokou intenzitu světla ve srovnání s fototerapií využívající světlo středně intenzivní (Hadidi, Wagner a Linquist, 2017, s. 192). Tato terapie zahrnuje především denní kvantitativní vystavení jasnému světlu, a to pomocí zářivkového osvětlovacího boxu nebo použití fluorescenčních stropních jednotek. Světelná terapie je klinicky účinná jako nefarmakologická intervence pro léčbu nesezónní deprese, při kterém asistuje všeobecná sestra (Dong a kol., 2022, s. 1).

Animal-assisted therapy (AAT)

Terapie s využitím zvířat je cílově orientovaná a strukturovaná intervence, která záměrně začleňuje zvířata do zdravotní péče, vzdělávání a služeb za účelem zlepšení lidského zdraví (Olsen et al., 2016, s. 1313). Bylo zjištěno, že lidé na přítomnost psů reagují snížením krevního tlaku a vyplavováním hormonů způsobující relaxaci. Byl tedy zkoumán efekt využití terapeutických psů na snížení deprese. Studie provedená v Berlíně porovnávala vliv na depresi po působení běžné terapie a vliv na depresi po působení terapie s využitím zvířat u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí (Mini Mental State Exam (MMSE) <25 bodů). Studie se účastnilo 65 rezidentů z 18 pečovatelských ústavů. Do intervenční skupiny bylo zařazeno 30 respondentů, do kontrolní pak 35. Průměrný věk vzorku byl 82 let s rozmezím 57 až 101 let. 47 (72,31 %) bylo žen a 18 (27,7 %) mužů. Průměrné skóre MMSE bylo 7,94 bodů. Intervenční skupině byla kromě terapie s využitím zvířat poskytována také jejich stálá léčba. K hodnocení míry deprese byla použita Dementia Mood Assessment Scale. Měření byla provedena během 4 týdnů před zahájením studie a poté po ukončení intervence. Během deseti týdnů byla 1× týdně po dobu až 45 minut u každého respondenta v intervenční skupině prováděna terapie využívající přítomnost terapeutického psa. Cílem bylo zprostředkovat zábavu, sociální interakci a aktivizaci. Při každém sezení byla přítomna průvodkyně (24 a 26 let) a jeden ze dvou speciálně

vycvičených terapeutických psů. Na úvodním sezení byli klientům představeni psi a předložen plán celé terapie. Terapie byly individuální. Každé sezení primárně začínalo verbální interakcí mezi psovodem a psem, pokračovalo verbálním kontaktem psa a klienta následované fyzickou interakcí, tzn. hlazení psa a mazlení se s ním. Aktivní interakce jako je např. aportování, byla možná u méně než 10 % respondentů. Posledních 15 minut sezení bylo většinou ponecháno na spontánní volnou interakci mezi psem a respondentem. Psovod zasáhl nebo reagoval pouze v případě konkrétního dotazu respondenta. V kontrolní skupině se symptomy deprese výrazně zhoršily, zatímco v intervenční skupině zůstaly spíše konstantní. Uvažuje se, že tato terapie má spíše krátkodobější účinky. Trvalé návštěvy terapeutického psa by tedy mohly mít slibný účinek na zpomalení rozvoje deprese u starších lidí s demencí (Majic et al., 2013, s.1053–1058).

Studie autorů Olsena et al., (2016, s. 1313–1320) zjišťovala vliv terapie s využitím zvířat na depresi rezidentů v domovech pro seniory, kteří trpí demencí (MMSE <25 bodů). Intervence trvala 12 týdnů a sběr dat byl prováděn před zahájením studie (T0), ihned po ukončení (T1) a 3 měsíce po jejím ukončení (T2). Pro hodnocení symptomů deprese byla použita Cornellova škála pro depresi u demence. Studijní vzorek se skládal z 51 účastníků. V intervenční skupině bylo 25 respondentů (60 % žen) s průměrným věkem 82,9 let, v kontrolní pak 26 (65,4 % žen) v průměrném věku 84,1 let. Intervence byla prováděna 30 minut dvakrát týdně po dobu 12 týdnů ve skupinách po třech až šesti účastnících. Sezení vedl kvalifikovaný psovod. Psi byli speciálně vycvičení pro tento druh terapie. Při každém sezení byli účastníci náhodně usazeni do půlkruhu. Všechna sezení začala pozdravem, kdy měl každý účastník možnost pohladit psa a nakrmit ho pamlsky. Následně respondenti interagovali se psem pomocí různých činností jako je hlazení, krmení psa či aportování. Kontakt neprobíhal pouze respondent–pes, ale také respondent–respondent. Kontrolní skupině byla dále poskytována jejich běžná terapie. Při porovnání účinků intervence v časech T0 a T1 nebyl nalezen žádný signifikantní rozdíl. Avšak v časech T0 a T2 vykazovala intervenční skupina zlepšení deprese (8,35 vs 7,41 bodů) a kontrolní skupina naopak zhoršení (6,88 vs 9,58 bodů). Přínosnější efekt intervence byl zaznamenán u respondentů s těžkou demencí oproti respondentům se středně těžkou až lehkou. Počet sezení, kterých se respondent zúčastnil, neovlivnilo výsledky. Terapie zahrnující zvířata tedy může mít přínosný efekt v podobě snížení depresivních symptomů u pacientů s demencí. Avšak při použití jakékoliv nefarmakologické intervence, kdy klient dále pokračuje v léčbě antidepressivy, je nutné počítat s možností, že pozorovaný pozitivní účinek intervence je pouze novým účinkem současné léčby. Dále lze namítnout, že u terapie využívající zvířata může hrát větší roli přítomnost a chování psovoda než psa.

Spiritualita a religiozita

Spiritualita je subjektivní způsob vnímání a prožívání reality, který přesahuje materiální a fyzickou sféru. Jedná se o hledání hlubšího smyslu života, osobního rozvoje a spojení s něčím větším než pouze s hmotným světem. Religiozita je praktikování náboženství prostřednictvím návštěv kostelů, modlení, čtení náboženských knih atp. Pacienti s chronickým onemocněním často hledají podporu a úlevu ve víře. Lidé s náboženským vyznáním mají často velkou oporu ve své sociální skupině. Průřezová studie se 161 respondenty podstupující hemodialýzu potvrdila, že spiritualita a religiozita koreluje mimo jiné s nižší prevalencí deprese (Gerogianni et al., 2018, s. 115). Duchovní pohoda, mír a pocit smysluplnosti, který věřící lidé pociťují, je významně spojen s lepším psychickým zdravím. Mnoho pacientů považuje za důležité, aby všeobecné sestry při poskytování péče věnovaly pozornost i duchovním aspektům. K budování kvalitnějšího ošetrovatelského vztahu mezi všeobecnou sestrou a pacienty může vést i aktivní zjišťování informací o duchovním či náboženském přesvědčení pacientů všeobecnou sestrou. Kromě toho, hrají všeobecné sestry významnou roli ve zprostředkování kontaktu mezi pacienty a nemocničními kaplany či jinými duchovními pracovníky (Decker a Tofthagen, 2021, s. 418).

Roboticky asistovaná terapie (Robot-Assisted Activity)

Alternativou terapie s využitím zvířat je použití sociálně asistenčních robotů (SAR). SAR byli vyvinuti za účelem zprostředkování komunikace a sociální interakce. Nejčastěji používaným SAR je plyšová pomůcka Paro, která má podobu mláděte tuleně grónského. Robot má otočnou hlavu, pohyblivé nohy a ocas a díky zabudovaným mikrofonom vydává autentické zvuky skutečného mláděte tuleně. Paro je vysoce pokročilý adaptivní robot se softwarem umělé inteligence. Rozpoznává hlasy a dokáže reagovat na opakovaná slova. Jeho umělá kůžešina obsahuje 12 senzorů, díky kterým může při kontaktu s uživatelem reagovat na jeho pohyby a doteky. Cílem norské randomizovaně kontrolované studie bylo zjistit účinky roboticky asistované terapie na symptomy deprese u rezidentů v domovech pro seniory se středně těžkou až těžkou demencí (MMSE <25). Do studie bylo zařazeno 60 klientů z deseti domovů pro seniory ve věku 62 až 95 let, z nichž 67 % bylo žen. Rezidenti s vlastními domácími mazlíčky byli z výzkumu vyřazeni. Pozastaveny byly také případné terapie zahrnující zvířata. V intervenční skupině s 30 respondenty probíhala po dobu 12 týdnů skupinová sezení s využitím robota Paro. Sezení probíhala dvakrát týdně a trvala přibližně 30 minut. Účastníci seděli na svých obvyklých místech v půlkruhu v tiché místnosti, která zajišťovala soukromí. Kontrolní skupině byla poskytována terapie jako dosud. Hodnocení míry deprese pomocí Cornellovy škály pro depresi u demence bylo prováděno na začátku intervence, na konci a tři

měsíce po jejím ukončení. Bylo zjištěno statisticky významné snížení míry deprese u respondentů v intervenční skupině v porovnání před intervencí a tři měsíce po jejím ukončení (9,0 vs 7,2 bodů). Zatímco v kontrolní skupině se skóre zvýšilo (7,9 vs 8,1 bodů). Tento vývoj byl očekávatelný kvůli progresivní povaze demence. Žádné signifikantní rozdíly však nebyly pozorovány při porovnání měření před intervencí a hned po jejím ukončení. Fyzická interakce s robotem jako je hlazení, objímání atp. může klienta uklidňovat, snižovat stresovou reakci a zvyšovat hladinu oxytocinu (podobně jako při kontaktu matky s dítětem). Využitím SAR se také může zvýšit pozornost a povědomí zaměstnanců o potřebách rezidentů. Tyto trvalé pozitivní změny v péči o klienty mohly mít také významný dopad na pokles míry deprese až 3 měsíce po intervenci. Výhoda této metody oproti terapii využívající zvířata spočívá především ve vyloučení živého zvířete. Odpadá tedy náročná péče o živé zvíře, případný strach či možné alergie. SAR tedy mohou být přínosnou nefarmakologickou intervencí k snížení míry deprese u starších lidí s demencí (Jøranson et al., 2015, s. 868–872).

Psychoterapie

Všeobecná sestra se podílí i na psychoterapeutické péči. Vede relaxační terapie, účastní se skupinových psychoterapií, ale především dokáže působit psychoterapeuticky při interakci s pacientem. Psychoterapie může probíhat individuálně, ale i skupinově. V průběhu i na konci konverzace je důležité, aby všeobecná sestra shrnula důležité informace, které jí pacient sdělil, tzv. sumarizace. Napomáhá to správnému pochopení myšlenek, a dává tak pacientovi zpětnou vazbu, že mu naslouchá a jeví o něho zájem (Petr et al., 2014, s. 460, 658). Jedním z přístupů, které mohou být účinné při léčbě deprese, je kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT). Jedná se o nejúčinnější a často používanou psychoterapeutickou metodu vedoucí k redukci deprese. Zahrnuje dobře strukturované metody, napomáhá pacientům reorganizovat jejich negativní myšlenky a získat nad nimi kontrolu. Tato terapie se zaměřuje na změnu myšlení a chování pacienta, zahrnuje řadu metod, jako jsou techniky relaxace, kognitivní restrukturalizace a expozice, které mohou být aplikovány jednotlivě nebo ve skupinách (Gerogianni a kol., 2019. s. 113). KBT je velmi účinná při léčbě deprese dospělých pacientů. Dle randomizovaných studií bylo zjištěno, že tato terapie má trvalý účinek, který přetrvává i po ukončení léčby (Cuijpers a kol., 2013).

2. 3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Deprese je duševní onemocnění, které může postihnout kteréhokoliv člověka bez závislosti na věku a pohlaví. Jedno z důležitých pravidel, které zdůrazňují literatury a výzkumná šetření je to, že v žádném případě všeobecná sestra nebagatelizuje pacientovi problémy, ba naopak pacientovi naslouchá, pokládá otázky směřující k zpětné vazbě a k tomu, aby dodaly pacientovi pocit důvěry. Všeobecná sestra také využívá mnoho hodnotících škál a dotazníků, které jsou vhodným nástrojem k tomu, aby potvrdily již probíhající depresi u dotyčného pacienta. Začlenění screeningových nástrojů do praxe má výhodu v tom, že analyzují, zda je léčba účinná, a to hodnocením výsledků screeningového nástroje před intervencí a znovu poté, co měla intervence čas na to, aby projevila svůj účinek. Během poskytující ošetrovatelské péče dbá všeobecná sestra neustále na pacientovo bezpečí a dle standardů poskytuje holistickou kompletní péči. S pacientem jedná klidně, dává najevo empatii a pochopení. Všeobecné sestry hrají významnou roli v edukaci, doporučování či provádění nefarmakologických možnostech řešení deprese jako součást multiprofesního týmu. Z výzkumných šetření vyplývá, že právě nefarmakologické intervence napomáhají těmto pacientům zlepšit jejich psychický stav a tím se zvyšuje i jejich kvalita života, jelikož jim tyto intervence mohou dodávat pocity smyslu života, užitečnosti, pocity radosti a sílu nevzdat se.

Pacienty nejlépe hodnocenou nefarmakologickou léčbou se ukázaly být psychologicko – ošetrovatelské intervence, které prokazují účinnost ve snížení depresivní symptomatologie. Velmi efektivní a prospěšné je vedení rozhovoru o emocích a psychických potížích pacienta např. při provádění běžných ošetrovatelských výkonů. Takový rozhovor je také důležitou součástí screeningu deprese, která se díky včasnému záchytu začne léčit. Oblíbenou je pak i terapie uměním, kdy pacient může libovolně vyjádřit své pocity. Fyzická aktivita je taktéž pozitivně hodnocena depresivními pacienty, kteří se díky uvolnění tzv. hormonů „štěstí“ cítí šťastní, uvolnění, tito pacienti vykazují lepší kvalitu spánku, svalovou sílu a celkové zlepšení fyzických a psychických funkcí. Významná je dále kognitivně – behaviorální terapie, která má trvalý účinek přetrvávající i po ukončení léčby. Pro milovníky zvířat pak všeobecná sestra může nabídnout a zajistit terapii zvířaty. V zahraničí se již využívá terapie roboticky asistovaná, což je alternativy terapie s využitím zvířat. Významně se podílí na pokles míry deprese až 3 měsíce po intervenci, a především její výhoda spočívá ve vyloučení živého zvířete, tedy mizí náročná péče o zvíře, případný strach či možné alergie. Vhodnou metodou u starších jedinců pak multisenzorická stimulace, kdy se se potvrdilo, že zrakové, sluchové, čichové a hmatové stimulace mají vliv na snížení deprese.

Hlavním limitem této přehledové práce bylo nalezení nedostatečného množství studií, které by blíže specifikovaly práci všeobecné sestry s pacienty trpícími depresemi. Ačkoli právě ony hrají stěžejní roli v péči o pacienty s depresí, jejich kompetence v provádění nefarmakologických intervencí jsou omezené. Mnoho z popsaných intervencí je velmi obtížné integrovat do ošetrovatelské praxe z důvodu časové náročnosti či potřebě speciálních kurzů či školení. Začlenění nefarmakologických intervencí do ošetrovatelské praxe vyžaduje čas a úsilí, ale odráží se ve zvýšené kvalitě péče. K dosažení takovéto kvalitní péče o pacienty je potřeba, aby všeobecné sestry byly vzdělány a vzdělávány o screeningu, hodnocení deprese a o možnostech nefarmakologické léčby. Dalším limitem je, že mnoho literatury k danému tématu bylo vydáno pouze v knižní podobě a mnoho z nich bylo starší deseti let. V neposlední řadě byla tato práce limitována nedostatkem českých zdrojů, ve studiích bylo malé množství respondentů, a to především mužského pohlaví. Je zjevný rovněž nedostatek finančních prostředků, díky kterým by se v České republice mohly zavést do zdravotnictví novinky ze zahraničí.

Tato přehledová bakalářská práce by mohla obohatit především všeobecné sestry pečující o pacienty s depresí; získají informace, jak nejlépe pečovat o depresivní jedince, co vše mohou v praxi využít a jak případně uplatnit své schopnosti (např.: všeobecná sestra, která umí hrát na hudební nástroj, malovat, tančit či má jiné nadání může velmi efektivně přispět k léčbě a zlepšení psychického stavu depresivního pacienta). Dále tato práce může obohatit nejen studenty a personál nelékařských zdravotnických oborů, ale také depresivní pacienty a jejich rodinné příslušníky, které toto onemocnění postihne.

ZÁVĚR

Cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat dohledané publikované poznatky o ošetrovatelské péči a možnostech nefarmakologické léčby o dospělé pacienty trpící depresí. Toto onemocnění se nejčastěji projevuje zvýšenou únavou, změnou chuti k jídlu, zvýšeným pocitem smutku, úzkosti či beznaděje, také častými myšlenkami na sebevraždu či dokonce její vykonání. Je nezbytné, aby všeobecná sestra včas zaznamenala a adekvátně reagovala na již první přítomné symptomy počínající deprese. V rámci ošetrovatelské péče všeobecná sestra vyhledává tyto symptomy již v prvních chvílích, kdy se setkává s pacientem. Co se týče ošetrovatelských intervencí je důležité, aby všeobecná sestra měla všeobecný přehled o tomto onemocnění a již od prvního kontaktu s depresivním pacientem přistupovala empaticky. Snažila se o navázání kontaktu a získala si tak jeho důvěru. Všeobecná sestra během ošetrovatelské péče zabezpečuje holistickou komplexní péči a neustále dbá na pacientovo bezpečí. Mezi její klíčové role patří zejména její neustálá interakce, využívání a přehodnocování hodnotících škál, sledování změn, které by mohly způsobit ohrožení pacienta či okolí. Jelikož rozhovor s pacientem, který může být velmi psychicky náročný dokáže ovlivnit průběh léčby a postoj pacienta jak pozitivně, tak negativně. Z tohoto důvodu je nesmírně důležité, aby všeobecná sestra uměla správně komunikovat s depresivními pacienty a zacházela s nimi s důstojností, respektem a nebagatelizovala jejich problémy a emoce. Principy poskytování efektivní péče o pacienty s depresí zahrnují edukaci a podporu jim, jejich rodinám a pečovatelům. Na základě dohledaných poznatků byl první dílčí cíl přehledové bakalářské práce splněn.

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na nefarmakologickou léčbu poskytovanou depresivním pacientům. Všeobecná sestra během své ošetrovatelské péče využívá různé formy nefarmakologických intervencí, které napomáhají těmto pacientům zmírnit pocit beznaděje, zlepšit jejich náladu a celkové fyzické i psychické zdraví. Všeobecná sestra se může nejlépe zapojit v psychologické ošetrovatelské terapii, které prokazují velmi efektivně účinnost ve snížení depresivní symptomatologie. Také může stimulovat všechny smysly pacienta, především starší dospělé, za pomoci multisenzorické stimulace. K budování kvalitnějšího ošetrovatelského vztahu mezi všeobecnou sestrou a těmito pacienty může přispět spiritualita, kde všeobecná sestra hraje významnou roli ve zprostředkování kontaktu mezi pacienty a nemocničními kaplany či jinými duchovními pracovníky. Dále všeobecná sestra edukuje pacienta o vhodném vytvoření rutiny před spánkem tzv. správné spánkové hygieně. Může se zapojit do terapie uměním, která využívá muzikoterapii a arteterapii. Při fyzické aktivitě - např.

intradialytickém cvičení či zajistit terapii tancem, během které se využije jak muzikoterapie, tak i fyzický pohyb. Všeobecná sestra se taktéž podílí na psychoterapii s dalšími zdravotnickými pracovníky a může za pomoci kurzu i tuto terapii vést. Také při neurostimulaci, která je dle výzkumných šetření nejúčinnější formou léčby k navození remise deprese a kde všeobecná sestra pečuje o pacienta a asistuje lékaři. V neposlední řadě může všeobecná sestra zajistit AAT – terapii s využitím zvířat a alternativou Roboticky asistovanou terapii, která je využívána v zahraničí a má skvělé výsledky. Na základě dohledaných poznatků byl druhý dílčí cíl přehledové bakalářské práce splněn.

Toto téma je mi velmi blízké a při tvorbě této práce jsem zjistila velké množství informací, kterými bych chtěla přispět do podpůrných aktivit v mé budoucí práci na oddělení, a tak zkvalitnila život pacientům či rodinným příslušníkům, kteří se s tímto onemocněním setkají.

REFERENČNÍ SEZNAM

AFFENGRUBER, L. et al., 2023. Values and Preferences of Patients With Depressive Disorders Regarding Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments. *Annals of Internal Medicine* [online]. 2023, 176(2), 217-223 [cit. 2023-05-05]. ISSN 0003-4819. Dostupné z: doi:10.7326/M22-1900

APÓSTOLO, J. et al., 2016. The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 58, 59-70 [cit. 2023-06-06]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.006

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., 2019. Family psychoeducation for severe mental illness. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2019, 20(3), 111-113 [cit. 2023-04-17]. ISSN 12130508. Dostupné z: doi:10.36290/psy.2019.025

BARUCH, N. et al., 2019. Treatment for depression comorbid with dementia. *Evidence Based Mental Health* [online]. 22(4), 167-171 [cit. 2023-05-29]. ISSN 1362-0347. Dostupné z: doi:10.1136/ebmental-2019-300113

CLARK, R., 2022. Older Adults and Late-Life Depression and Anxiety Screening. *Advances in Family Practice Nursing* [online]. 4(1), 1-11 [cit. 2023-05-26]. ISSN 2589420X. Dostupné z: doi: 10.1016/j.yfpn.2021.12.014

CUIJPERS, P. et al., 2013. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open* [online]. 3(4) [cit. 2023-05-10]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2012-002542

ČEŠKOVÁ, E. et al., 2020. Treatment options for pharmacoresistant depression in routine clinical practice. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 21(3), 124-127 [cit. 2023-05-29]. ISSN 12130508. Dostupné z: doi:10.36290/psy.2020.022

DAR, H. et al., 2023. Effectiveness of Electroconvulsive Therapy for Preventing Relapse and Recurrence of Depression in Adults With Major Depressive Disorder: An Updated Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Cureus* [online]. 15(3), 1-7 [cit. 2023-06-15]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.35683

DECKER, V. a C. TOFTHAGEN, 2021. Depression: Screening, Assessment, and Interventions in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 25(4), 413-421 [cit. 2023-06-07]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: doi: 10.1188/21.CJON.413-421

DONG, Ch. et al., 2022. A critical overview of systematic reviews and meta-analyses of light therapy for non-seasonal depression. *Psychiatry Research* [online]. 314 [cit. 2023-05-05]. ISSN 01651781. Dostupné z: doi: 10.1016/j.psychres.2022.114686

DVOŘÁKOVÁ, Monika a Lucie KONDRÁTOVÁ., 2020. Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. Výzkumný program Sociální psychiatrie Národní ústav duševního zdraví Topolová 748 250 67 Klecany: FF UK, Praha, **116** (1), 30-37. ISSN 1212-0383.

FELZMANNOVA, Radka., 2018. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii: VÝUKOVÝ MATERIÁL* [online]. Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Ostrava, příspěvková organizace Jeremenkova 754/2, Ostrava-Vítkovice, 703 00, [cit. 2023-05-23]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/109/page00.html>

GERLACH, L. et al., 2021. The COVID-19 Pandemic and Mental Health Symptoms Among US Adults. *Journal of General Internal Medicine* [online]. **36**(10), 3285-3288 [cit. 2023-05-27]. ISSN 0884-8734. Dostupné z: doi:10.1007/s11606-021-07046-3

GEROGIANNI, G. et al., 2019. Management of anxiety and depression in haemodialysis patients: the role of non-pharmacological methods. *International Urology and Nephrology* [online]. 2019, **51**(1), 113-118 [cit. 2023-06-08]. ISSN 0301-1623. Dostupné z: doi:10.1007/s11255-018-2022-7

GOLDMANOVÁ, H. et al., 2020. Malý průvodce Centry duševního zdraví. *Reforma péče o duševní zdraví: Centra duševního zdraví (CDZ)* [online]. Palackého náměstí 375/4 128 01 Praha 2: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020, 1-11. [cit. 2023-05-30]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz>

GULÁŠOVÁ, I. et al., 2014. Komunikace s depresivním pacientem. In: *Linkos.cz: Lékař a multidisciplinární tým* [online]. Praha: ISSN 2570-8791, 2014, 2014 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/komunikace-s-depresivnimpacientem/?fbclid=IwAR0dgOjYNGreLs1YJkyLR5BWpszfptOp2KleMbnx1jFoDMBemlpHEBB0fso>

HADIDI, N., R. WAGNER a R. LINDQUIST, 2017. Nonpharmacological Treatments for Post-Stroke Depression: An Integrative Review of the Literature. *Research in Gerontological Nursing* [online]. **10**(4), 182-195 [cit. 2023-06-03]. ISSN 1940-4921. Dostupné z: doi:10.3928/19404921-20170524-02

HESLOP, K., 2014. Non-pharmacological treatment of anxiety and depression in COPD. *Nurse Prescribing* [online]. **12**(1), 43-47 [cit. 2023-06-06]. ISSN 1479-9189. Dostupné z: doi:10.12968/npre.2014.12.1.43

HU, F. et al., 2023. Effects of social support on suicide-related behaviors in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* [online]. **328**, 324-333 [cit. 2023-05-22]. ISSN 01650327. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jad.2023.02.070

JØRANSON, N. et al., 2015. Effects on Symptoms of Agitation and Depression in Persons With Dementia Participating in Robot-Assisted Activity: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. **16**(10), 867-873 [cit. 2023-05-27]. ISSN 15258610. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jamda.2015.05.002

KOOHI, M. et al., 2023. Effect of nursing home care on the quality of life of patients with major depressive in Iranian patients: A randomized controlled trial. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. **42**, 25-32 [cit. 2023-05-30]. ISSN 08839417. Dostupné z: doi: 10.1016/j.apnu.2022.10.001

LISANBY, S. et al., 2020. Neurocognitive Effects of Combined Electroconvulsive Therapy (ECT) and Venlafaxine in Geriatric Depression: Phase 1 of the PRIDE Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. **28**(3), 304-316 [cit. 2023-06-15]. ISSN 10647481. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jagp.2019.10.003

MAJIĆ, T. et al., 2013. Animal-Assisted Therapy and Agitation and Depression in Nursing Home Residents with Dementia: A Matched Case–Control Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. **21**(11), 1052-1059 [cit. 2023-06-13]. ISSN 10647481. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.004

MOGHADDASIFAR, I. et al., 2019. Investigating the effect of multisensory stimulation on depression and anxiety of the elderly nursing home residents: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care* [online]. **55**(1), 42-47 [cit. 2023-04-23]. ISSN 00315990. Dostupné z: doi:10.1111/ppc.12285

MOITRA, M. et al., 2022. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLOS Medicine* [online]. **19**(2) [cit. 2023-04-15]. ISSN 1549-1676. Dostupné z: doi: 10.1371/journal.pmed.1003901

OLSEN, C. et al., 2016. Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. **31**(12), 1312-1321 [cit. 2023-05-28]. ISSN 08856230. Dostupné z: doi:10.1002/gps.4436

PETR, T. et al, 2014. Ošetřovatelství v psychiatrii [online]. Praha: Grada, 2014 [cit. 15. 8. 2020]. ISBN 978-80-247-4236-6.

PONTE, C. et al., 2014. Suicidal Ideation, Depression and Quality of Life in the Elderly: Study in a Gerontopsychiatric Consultation. *The Spanish Journal of Psychology* [online]. **17** [cit. 2023-05-29]. ISSN 1138-7416. Dostupné z: doi:10.1017/sjp.2014.15

RAY, K. a M. MITTELMAN, 2017. Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia* [online]. **16**(6), 689-710 [cit. 2023-06-01]. ISSN 1471-3012. Dostupné z: doi:10.1177/1471301215613779

ROSENBAUM, S. et al., 2014. Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Science and Medicine in Sport* [online]. 2014, 18 [cit. 2023-04-23]. ISSN 14402440. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jsams.2014.11.161

TAIPALE, H. et al., 2022. Healthcare utilization, costs, and productivity losses in treatment-resistant depression in Finland – a matched cohort study. *BMC Psychiatry* [online]. **22**(1) [cit. 2023-04-16]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-022-04115-7

VAŇKOVÁ, H. et al., 2014. The Effect of Dance on Depressive Symptoms in Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. **15**(8), 582-587 [cit. 2023-05-25]. ISSN 15258610. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jamda.2014.04.013

WANG, S. et al., 2020. A Psychological Nursing Intervention for Patients With Thyroid Cancer on Psychological Distress and Quality of Life. *Journal of Nervous & Mental Disease* [online]. **208**(7), 533-539 [cit. 2023-06-07]. ISSN 1539-736X. Dostupné z: doi:10.1097/NMD.0000000000001157

WESEMANN, Daniel. Maximizing the Use of Psychotherapy With PMHNP. *Nurse Leader* [online]. 2019, **17**(6), 537-541 [cit. 2023-05-29]. ISSN 15414612. Dostupné z: doi: 10.1016/j.mnl.2019.09.013

WORLD HEALTH ORGANISATION, 2023. WHO: World Health Organisation [online]. [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

YOUNG, N., 2013. Non-pharmacological treatments for patients with depression. *Nursing Standard* [online]. **28**(7), 43-51 [cit. 2023-06-03]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: doi:10.7748/ns2013.10.28.7.43.e7577

SEZNAM ZKRATEK

AAT	Animal-assisted therapy
APNA	American Psychiatric Nurses Association
CDZ	Centra duševního zdraví
CSDD	Cornell Scale for Depression in Demence
ECT	Elektrokonvulzivní terapie
GDS	The Geriatric Depression Scale
GDS-L	GDS-Long
GDS-S	GDS-Short
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MMSE	Mini Mental State Exam
NGASR	Nurses Global Assessment of Suicidale Risk
PHQ	Patient Health Questionnaire
SAR	Sociálně asistenční robot
USA	United States of America
WHO	World Health Organisation (Světové zdravotnické organizace)