

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Eva JURTIKOVÁ

Zdravotnická péče o seniora s depresí a úzkostí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce:

Zdravotnická péče o seniora s depresí a úzkostí

Název práce v AJ:

Health care for senior with depression and anxiety

Datum zadání: 2012-01-19

Datum odevzdání: 2012-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Jurtíková Eva

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce předkládá publikované informace o výskytu, rizikových faktorech a komplexní péči zdravotnických profesionálů u deprese a úzkosti v seniorské populaci v českých, slovenských a anglických periodických. Cíle práce se orientují na dohledání dostupných informací o výskytu, rizikových faktorech a komplexní péči zdravotnických profesionálů u cílové skupiny seniorů s depresí. Poslední cíl se zabývá úzkostí u seniora s depresí. K vyhledání relevantních odborných článků byla použita následující periodika: PROFESE on-line, Kontakt, Česká geriatrická revue, Česká a slovenská psychiatrie, Psychiatrie pro praxi, Medicína pro praxi, Klinická farmakologie

a farmacie, Interní medicína pro praxi, Česká a slovenská psychiatrie, Archives of general psychiatry, Časopis lékařů českých, Postgraduální medicína, Medicína po promoci, Psychiatrie. Dále byla použita databáze BMČ, Nursing & Allied Health Source a elektronický informační zdroj EBSCO.

Abstrakt v AJ:

This bachelor thesis overview presents informations about the incidence, risk factors and complex care of medical professionals in depression and anxiety in the senior population from Czech, Slovak and English periodicals. Goals of the thesis focus on searching available informations about the incidence, risk factors and complex medical care in the seniors with depressions. The last goal deals with anxiety in the senior with depression. Following journals were used for searching relevant scientific articles: : PROFESE on-line, Kontakt, Česká geriatrická revue, Česká a slovenská psychiatrie, Psychiatrie pro praxi, Medicína pro praxi, Klinická farmakologie a farmacie, Interní medicína pro praxi, Česká a slovenská psychiatrie, Archives of general psychiatry, Časopis lékařů českých, Postgraduální medicína, Medicína po promoci, Psychiatrie. Database BMČ, Nursing & Allied Health Source and electronic information source EBSCO were used as well.

Klíčová slova v ČJ:

deprese, senior, úzkost, ošetrovatelská péče, výskyt, rizikové faktory, léčba, psychoterapie, ošetrovatelství

Klíčová slova v AJ:

depression, senior, anxiety, nursing care, incidence, risk factors, therapy, psychotherapy, nursing

Rozsah: 49 s.

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

Olomouc 30. dubna 2012

----- podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji Bc. Markétě Dostálové za korekturu bakalářské práce. Za umožnění studia na vysoké škole děkuji svoji rodině.

OBSAH

1 ÚVOD	7
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ	12
2.1 VÝSKYT A RIZIKOVÉ FAKTORY DEPRESE U SENIORŮ	12
2.1.1 Výskyt deprese ve vyšším věku	12
2.1.2 Rizikové faktory pro vznik deprese ve stáří	14
2.1.3 Rizika hrozící u seniorů s depresí	18
2.1.4 Prevence deprese u seniorů.....	20
2.2 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORA S DEPRESÍ	21
2.2.1 Možnosti léčby deprese ve vyšším věku	21
2.2.2 Ošetrovatelská péče o seniory s depresí	26
2.3 ÚZKOST U SENIORA S DEPRESÍ	32
2.3.1 Úzkost v NANDA doménách.....	32
2.3.2 Úzkost a deprese u seniorů	33
2.3.3 Úzkost ze smrti u seniorů	35
2.3.4 Přístup k seniorovi s úzkostí.....	36
3 ZÁVĚR	38
4 BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	40

1 ÚVOD

Přehledová bakalářská práce se zabývá zkoumaným problémem s formulací: „Jaké byly publikovány poznatky o výskytu, rizikových faktorech a komplexní péči zdravotnických profesionálů u deprese a úzkosti v seniorské populaci v českých, slovenských a anglických periodících?“

Pro účely přehledové bakalářské práce jsou formulovány tyto cíle:

Cíl 1.

Předložit dohledané poznatky o výskytu a rizikových faktorech deprese a úzkosti u seniorské populace.

Cíl 2.

Předložit dohledané poznatky o komplexní péči zdravotnických profesionálů věnované cílové skupině seniorů s depresí a úzkostí.

Cíl 3.

Předložit dohledané poznatky o úzkosti vyskytující se u cílové skupiny seniorské populace s depresí.

Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány následující tituly:

1. JANOSIKOVÁ, Ellen, H., DAVIESOVÁ, Janet, L. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť- Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1999. ISBN 80-8063-017-8.
2. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
3. MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
4. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

5. RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie- učebnice pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0.
6. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

K vyhledání relevantních článků byla použita:

- databáze BMČ (Bibliographia medica Čechoslovaca) Národní lékařské knihovny v Praze, zpřístupněná veřejnosti systémem MEDVIK
 - elektronický informační zdroj (EIZ) EBSCO
 - databáze Nursing & Allied Health Source, elektronický informační zdroj (EIZ) ProQuest
 - přístup do elektronického informačního zdroje je zajištěn na Portálu EIZ knihovny UP
 - dostupná periodika
1. PROFESE on-line (recenzovaný časopis pro zdravotnické obory), která je zařazena do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice, jejímž vydavatelem je profesní odborová unie zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezka a Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci na internetové adrese <http://profeseonline.upol.cz/>
 2. Psychiatrie pro praxi (odborný lékařský časopis), která je zařazena do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice. Vydává ji společnost Solen v Olomouci a je přístupná na internetové adrese: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>
 3. Medicína pro praxi (odborný lékařský časopis), která je zařazena do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice. Vydává ji společnost Solen v Olomouci a je zpřístupněna na internetové adrese <http://www.medicinapropraxi.cz/>
 4. Klinická farmakologie a farmacie (odborný lékařský časopis), která je zařazena do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik

- vydávány v České republice. Vydává ji společnost Solen v Olomouci. Přístupná je internetové adrese <http://www.klinickafarmakologie.cz/>
5. Interní medicína pro praxi (odborný lékařský časopis) je zařazena do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávány v České republice. Vydává ji společnost Solen v Olomouci a je zpřístupněna na internetové adrese <http://www.internimedicina.cz/>
 6. Česká geriatrická revue (odborný časopis České gerontologické a geriatrické společnosti) je uvedena v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávány v České republice. Periodikum je přístupné na internetové adrese <http://www.geriatrickarevue.cz/>
 7. Kontakt (odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky) je zařazen do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávány v České republice, jehož vydavatelem je Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Časopis je zpřístupněn na internetové adrese <http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/>
 8. Ošetrovatelství a porodní asistence je recenzovaný vědecký časopis, publikující příspěvky z oboru ošetrovatelství a porodní asistence. Periodikum není uvedeno v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávány v České republice. Vydává jej Fakulta zdravotnických studií Ostravské univerzity v Ostravě. Přístupný je na internetové adrese http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/1_profil-casopisu.html

Popis rešeršní strategie

K vyhledávání relevantních článků pro psaní závěrečné práce podle stanovených cílů byla použita vyhledávací slova: deprese, senior, stáří, ošetrovatelská péče, ošetrovatelství, komunikace, úzkost. Limit pro vyhledávací období v rešerši českých, slovenských a anglických článků byl stanoven od roku 1996 do roku 2011. Vlastní rešerše byla prováděna od srpna 2011 do listopadu 2011. Po prostudování dohledaných plnotextů bylo podle relevance k tvorbě přehledové bakalářské práce uznáno 39 článků

v českém jazyku, 2 články ve slovenském jazyku a 25 článků v anglickém jazyku. Informace vybrané z relevantních článků byly zařazeny formou parafrází k jednotlivým cílům a příslušným kapitolám. Všechny nalezené prameny jsou uvedeny v bibliografických a elektronických zdrojích, citovaných podle Normy ISO 690.

První krok vyhledávání byl proveden v recenzovaném periodiku PROFESE online. Při zadání klíčového slova „deprese“ byly vyhledány 4 články. Po zadání klíčového slova „úzkost“ bylo vyhledáno 10 článků. Pouze 1 článek byl uznán za relevantní. Zbylé články se zabývaly jinými tématy.

Dále bylo vyhledáno v odborných lékařských časopisech vydavatelství společnosti Solen po zadání: „deprese“ bez časového limitu a výběru pole vyhledávání 1086 záznamů. Další zadání bylo anglicky „depression“, které vyhledalo 357 recenzovaných článků. Po zadání klíčového slova „komunikace“ bylo nalezeno 463 článků. Po prostudování nalezených záznamů bylo uznáno 13 článků za relevantní. Zbylé články neodpovídaly zvoleným kritériím.

Další fáze vyhledávání byla provedena ve vědeckém časopisu České geriatrické revue za období 2003-2011. Po zadání klíčového slova „deprese“ bylo vyhledáno 10 článků. Po zadání klíčového slova „stáří“ periodikum nabídlo 13 záznamů. Po zadání klíčového slova „senior“ bylo vyhledáno 7 plnotextů. Z dohledaných záznamů bylo k tvorbě závěrečné práce použito 7 článků.

Dále byla provedena rešerše recenzovaných článků v periodiku Kontakt. Při zadání klíčových slov „(deprese) AND (senior)“ bylo nalezeno 58 článků. Při prostudování jednotlivých článků byly autorkou uznány 3 články za relevantní k bakalářské práci.

Další krok vyhledávání byl uskutečněn v databázi BMČ. Při zadání klíčových slov „(deprese) AND (senior)“ bylo nalezeno 11 článků, po zadání klíčových slov „(deprese) AND (stáří)“ bylo databází nabídnuto 291 článků. Po zadání klíčových slov „(deprese) AND (komunikace) AND (péče)“ byly poskytnuty

pouze 3 články a po doplnění klíčových slov „(deprese) AND (komunikace)“ bylo nalezeno 44 článků. Z dohledaného celkového počtu 349 článků, byl dostupný 1 plnotext a zároveň byl zhodnocen jako relevantní. Na podkladě záznamů o článcích bylo 132 z nich vyhledáno v jednotlivých periodících, protože databáze nemá k dispozici plnotexty. Po prostudování článků v jednotlivých periodících autorka uznala 16 záznamů odpovídající tématu vhodných k tvorbě závěrečné práce. Články byly nalezeny v periodících: Česká a slovenská psychiatrie, Archives of general psychiatry, Časopis lékařů českých, Kontakt, Postgraduální medicína, Medicína po promoci, Psychiatrie. Další fáze vyhledávání byla uskutečněna na stránkách recenzovaného vědeckého časopisu Ošetřovatelství a porodní asistence. Časopis nemá vyhledávací systém, proto byl prohledán po jednotlivých číslech. V periodiku se nachází 45 recenzovaných článků. Po prostudování nebyl žádný článek uznán za relevantní.

Další krok vyhledávací strategie proběhl v EIZ Nursing & Allied Health Source. Při zadání anglických klíčových slov „AB(depression) AND AB(nursing OR care)“ se zaměřením na fulltexty a s použitím omezení „(senior or age 65)“ hledaných od roku 1996, bylo databází nabídnuto 110 článků. Z nalezených článků bylo 6 uznáno jako relevantní.

Poslední fáze vyhledávání byla provedena v EIZ EBSCO. Po kombinaci vyhledávacích slov „(depression) AND (senior) AND (nursing)“, bylo nalezeno 269 článků. Pro zúžení počtu nalezených článků byla klíčová slova hledána v abstraktech článků. Po úpravě zadání bylo nabídnuto 23 článků. Další vyhledávání v tomto systému, za použití vyhledávacích slov „AB(depression) AND AB(age) AND AB(nursing)“ bylo nalezeno 346 článků. Pro redukci výsledků bylo klíčové slovo „depression“ zadáno v názvu článku. Při této vyhledávací strategii poskytl systém 74 článků. Po kombinaci klíčových slov „(depression) AND (elderly) AND (nursing) AND (anxiety)“ hledaných v abstraktech článků od roku 1996 systémová databáze poskytla 15 článků. Z nalezených výsledků v tomto systému se 19 článků vztahovalo k cílům a tématu práce.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

2.1 VÝSKYT A RIZIKOVÉ FAKTORY DEPRESE U SENIORŮ

Deprese je v dnešní době často diskutovaným tématem. Mezi duševními poruchami je první závažnou poruchou, z níž je snímáno stigma duševního poškození, které označuje jejího nositele a vytěsňuje ho ze společnosti „normálních“ lidí (Průša, 2006, s. 136). Výskytem deprese u seniorů se zabývá Jirák (2007), Holmerová (2006), Kubínek (2008), Pidrman (2005a), Ondrušová (2010), Raj (2005), Kubešová a Weber (2000). V zahraničí se touto problematikou zabývá například Pnina (2004) a Chung (2008). Rizikovým faktorům pro depresi u seniorů se věnují Kubínek a Pidrman (2008), Češková (2007), Dóci, Hosák a Kovářová (2003), v zahraničí se touto problematikou zabývají například Sangon (2004), Ignjatovičová, Ignjatovič a Knišková (2004), Helvik, Skancke a Selbæk (2010), Zammit (2004), Löffelmann (2003), Tiemeier (2004) a Luppá (2008). Rizikové faktory se týkají oblasti biologické, genetické, psychologické a environmentální.

2.1.1 Výskyt deprese ve vyšším věku

Deprese, současně s demencemi, delirii i drogovými závislostmi, patří k nejčastějším psychickým poruchám ve vyšším věku. Tato psychická porucha je velmi častá a závažná. Snižuje kvalitu života seniorů a velmi často vede k suicidálnímu jednání (Jirák, 2007, s. 198).

Kubešová a Weber (2000, s. 574) pojednávají o depresi jako o závažné, týdny až měsíce trvající změně nálady, chování i myšlení. Intenzita těchto poruch však není pro nemocného zvládnutelná běžnými obrannými mechanismy a stav je doprovázen vegetativními a somatickými projevy. Holmerová et al. (2006,

s. 182) ve své studii pojednává o depresi jako o závažném fenoménu, a to jak z hlediska kvality života a individuálního zdraví, tak i z pohledu veřejného zdravotnictví.

Kubínek a Pidrman (2008, s. 8) hovoří o depresi jako o významném interdisciplinárním onemocnění, které komplikuje nebo akceleruje progresi dalších chorob. Ondrušová (2010, s. 54) definuje depresi jako stav patologického afektu, při kterém převládá smutná nálada se somatickými, psychickými a behaviorálními příznaky.

Výskyt deprese u seniorů uvádějí různé výzkumy odlišně. Jedna studie ze zahraničního sledování udává přítomnost deprese u nemocných nad 65 let následně: u žen 1,4% a u mužů 0,4%. Z metaanalýz dokonce plyne, že jsou tato čísla v reálu daleko vyšší, a to okolo 6% (Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8). Pokud se však provádí vyhledávání cílené, tak lze zjistit přítomnost depresivních symptomů u populace vyššího věku až u 15-25% (Pidrman, 2005a, s. 47; Drástová, Krombholz, 2006, s. 241). Z těchto výsledků však jen 1 až 9% případů splňují kritéria pro těžkou depresi (Raj, 2005, s. 5).

Vyšší výskyt deprese je zjištěn u pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných (10-22%) a v nemocnicích (36-46%) (Raj, 2005, s. 5). Při působení negativních podnětů na seniora může dojít u 8 až 15% starších pacientů k plné manifestaci deprese ve vlastním prostředí a až u 30% pacientů v institucích (Kubešová, Weber, 2000, s. 573). Z výsledků Pninovy (2004, s. 98) studie vyplývá, že mnohem více pocitů beznaděje, bezmocnosti, výskytu deprese a sebevražedných tendencí se objevuje u seniorů v domovech s pečovatelskou službou, v porovnání s těmi, kteří žijí v komunitě.

Chung ve své studii naopak zjistil, že staří lidé žijící v komunitě trpí více depresemi, než senioři žijící v domech s pečovatelskou službou. Výsledky si vysvětluje tak, že život v komunitě je méně bezpečný a je někdy doprovázen nedostatkem přátel nebo sousedů. Naopak obyvatelé domu s pečovatelskou službou mají přístup k lékařským službám a k celé řadě dalších služeb pro podporu každodenního života (Chung, 2008, s. 375). Tento výzkum

je v rozporu i se studií Kubešové et al. (2008, s. 227), která udává vyšší výskyt deprese u seniorů žijících v institucích.

Biologické vazby mezi depresivní symptomatologií a onemocněními kardiopulmonálními, hematologickými, revmatologickými a endokrinními jsou považovány za vzájemné (Kubešová et al., 2008, s. 230). Epidemiologické a demografické ukazatele vyslovují hypotézu, že deprese by se mohla stát do roku 2020 druhou nejzávažnější příčinou „ztracených let v důsledku dysability“ (Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8).

2.1.2 Rizikové faktory pro vznik deprese ve stáří

Na vzniku deprese se podílejí faktory biologické, genetické a psychologické (Ondrušová, 2010, s. 54). Kubínek a Pidrman (2008, s. 8) považují za příčinu deprese také neurodegenerativní onemocnění. Rizikové faktory se mohou dělit na přímé, a to převážně kardiovaskulární, a nepřímé, ke kterým se řadí tělesná onemocnění, imobilita a bolest (Pidrman, 2005a, s. 48).

K predisponujícím a rizikovým faktorům deprese ve stáří se řadí ženské pohlaví, pozitivní rodinná anamnéza, věk nad 60 let, abúzus alkoholu, sociální izolace, bolest, zhoršená pohyblivost, přítomnost chronického onemocnění, pozitivní psychiatrická anamnéza, ztráta partnera nebo očekávaný konec vlastního života (Drástová, Krombholz, 2006, s. 241). Sangon (2004, s. 256-258) z výsledků své studie přiřazuje k rizikovým faktorům také ztrátu matky před 11 rokem života, vysoký počet stresujících životních událostí, nízkou sociální podporu a sounáležitost. Ignjatovičová, Ignjatovič a Knišková (2004, s. 159) připisují k rizikovým faktorům také enviromentální stresory.

Češková (2007, s. 228) ve své studii uvádí, že genetická predispozice se s věkem snižuje. K významnějším rizikovým faktorům přiřazuje biologické faktory, strukturální změny v CNS a psychosociální stres. Helvik, Skancke a Selbæk (2010, s. 157) ve své studii zjistili, že u žen nad 80 let se riziko

vzniku deprese snižuje, ale naopak u mužů ve stejném věku se šance pro vznik deprese až trojnásobně zvyšuje.

Jako jeden z významných faktorů přispívajících k rozvoji deprese je uváděna chybějící společenská podpora až sociální izolace. Mezigenerační vztahy podstatně mění současná modernizace způsobu života. Dnešní společnost preferuje bydlení samostatné, což se stává hlavní příčinou růstu počtu seniorů osaměle žijících (Dóci, Hosák, Kovářová, 2003, s. 505-506).

Nižší IQ se v Zammitově et al. (2004, s. 160) studii potvrdilo jako významný rizikový faktor pro vznik těžké deprese, kdy se prokázal častější počátek tohoto onemocnění. Butters et al. (2004, s. 202) ve svém výzkumu zjišťuje, že deprese ve vyšším věku bývá často provázena kognitivním postižením. Postižení zahrnuje široké spektrum deficitů, a to především schopnost vizuospaciální, exekutivní funkce a rychlost ve zpracování informací.

Dalším rizikovým faktorem přispívající ke vzniku deprese je bolest, u níž je prokázána i afektivní komponenta. S narůstající bolestí následně stoupá i zátěž psychická a naopak. Pacienti se stahují do pozadí, začínají být více izolovaní, což může opět přispívat k zesílení přítomné deprese. Proto je zvláště důležité počítat u starších pacientů s tím, že se psychické i somatické potíže prakticky prolínají (Löffelman, Gündel, 2003, s. 236).

Onemocnění spojována s výskytem deprese

Na rozvoji depresivních symptomů se podílí i kardiovaskulární onemocnění. Častým vaskulárním onemocněním je ateroskleróza, která bývá ve vyšším věku v pokročilém stádiu. Tiemeier et al. (2004, s. 177), který zkoumal vliv aterosklerózy na rozvoj deprese, potvrdil, že závažnost postižení cév aterosklerózou bývá rovna závažnosti depresivních symptomů. Toto zjištění prokazuje důkaz o tom, že v pozdním věku generalizovaná ateroskleróza doprovází depresi. Pidrman (2005a, s. 47) uvádí, že depresivními příznaky bývá provázeno až 45% nemocných po akutním infarktu myokardu. Po cévní mozkové příhodě se deprese rozvine po 2 týdnech u 50% pacientů.

Onkologická onemocnění způsobují depresi u 45% případů (Pidrman, 2005a, s. 47). U pacientů s hypotyreózou se deprese může objevit v 50% případů, u 8 - 28% se depresivní příznaky objevují nemocným trpícím diabetem mellitem, hypovitaminózou nebo malnutricí (Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8). Depresivní symptomatika je rovněž ve 30 - 50% případů provázána Parkinsonovou nemocí (Pidrman, 2005a, s. 47). Mezi depresí a demencí je komplexní vztah. Demence může imitovat obraz deprese, často na depresi nasedá. Ve vyšším věku deprese do demence často přechází (Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8).

Stáří jako rizikový faktor pro vznik deprese

Stárnutí populace je v současné době aktuálním celosvětovým problémem (Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8). Podíl seniorů ve společnosti se zvyšuje také v České republice (Ondrušová, 2010, s. 50; Dóci, Hosák, Kovářová, 2003, s. 505). V roce 2003 tvořili lidé nad 65 let věku 12% celkové populace, v roce 2020 by tento výskyt mohl překročit až 22% a v roce 2030 by mohl být v daném věku každý čtvrtý občan (Dóci, Hosák, Kovářová, 2003, s. 505). Česká republika je v rámci Evropské unie ještě relativně mladou zemí. V polovině století však bude Česká republika patřit k zemím s populací nejstarší (Holmerová et al., 2006, s. 182).

Mění se demografické ukazatele mají výrazný vliv na poskytování ošetrovatelské péče. Následkem změn přicházejících ve stáří, se u seniora narušuje schopnost vykonávat běžné aktivity denního života. Deficit sebepéče a samota může vyvolat počátek negativních emocí podporující vznik depresivní nálady (Zrubcová, Schmidtová, 2009, s. 160).

Fyziologický proces stárnutí zahrnuje také změny metabolismu neuropeptidů a monoaminů. Mění se řada enzymatických systémů a aktivita neurotransmiterů (Pidrman, 2005a, s. 48). Hladina enzymu monoaminoxidázy je zvýšená a odbourává serotonin, noradrenalin i dopamin (Jirák, 2007, s. 198). Dále ve stáří dochází ke snižování neuroplasticity, reparativních procesů mozku a ke zvýšení aktivity apoptotické s následným nárůstem

dystrofických změn (Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8). Tyto změny jsou ve stáří fyziologické, některé z nich bývají však pokládány za příčiny vzniku deprese (Pidrman, 2005a, s. 48).

Projevy deprese u seniorů

K psychickým projevům představující depresi u seniorů se připisuje výrazná úzkost, snížení stížností na smutek a naopak přibývají stížnosti na paměť, apatii a sníženou motivační úroveň. U seniorů převažují somatické a hypochondrické prožitky. Nemocný i jeho příbuzní nebo pečovatelé považují často příznaky deprese za běžný projev stáří. Proto je podstatné opakovat, že stav, při kterém je někdo smutný, nevykonný, úzkostný a plný obav, není možné pokládat za standardní obraz stáří (Pidrman, 2005a, s. 46). Češková (2007, s. 229) připisuje k projevům deprese ve stáří úbytek hmotnosti, anhedonii, psychotické příznaky, suicidální jednání a nedostatečnou odpověď na příznivé stimuly.

Pro stanovení deprese musí pacient splňovat určitá kritéria. U nemocného musí být přítomná abnormální depresivní nálada trvající po většinu dne alespoň dva týdny. Je přítomná ztráta zájmů, aktivit, potěšení a také se objevuje pokles energie a zvýšená unavitelnost pacienta. U nemocného by měl být dále potvrzen jeden ze symptomů jako je změna chuti k jídlu, snížená schopnost se soustředit, poruchy spánku, suicidální chování nebo myšlenky, ztráta sebedůvěry a sebeúcty, výčitky, pocity bezdůvodné viny, změna psychomotorických aktivit a stížnosti na neschopnost myslet (Pidrman, 2005a, s. 45; Drástová, Krombholz, 2006, s. 241).

Podstatné procento pacientů ve vyšším věku nesplňuje všechna kritéria pro diagnostiku depresivní fáze. Přesto se však u těchto pacientů nachází řada depresivních symptomů narušující výrazně kvalitu života. Deprese se ve vyšším věku převážně rozvíjí v průběhu již probíhajících somatických změn. Proto symptomy deprese u seniorů jsou méně průkazné a viditelné, než u běžné populace (Pidrman, 2005a, s. 45-46). Při těžkém průběhu deprese občas dochází k rozvoji klinického obrazu, který napodobuje symptomy

demence. Není chybou, pokud se dementnímu pacientovi podá antidepressivum, je však chyba nepodat tyto látky pacientovi s depresí (Jiráček, 2007, s. 198).

2.1.3 Rizika hrozící u seniorů s depresí

Mnohé studie uvádí, že deprese v pozdním věku zůstává často diagnózou podceňovanou, nediagnostikovanou, přehlíženou a tedy i neléčenou (Pidrman, 2005a, s. 45; Kubešová et al., 2008, s. 227; Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8; Jiráček, 2007, s. 198; Topinková, Neuwirth, 1997, s. 181; Kubešová, Weber, 2000, s. 574). Tuto informaci potvrzují i výzkumy zabývající se výskytem a léčbou deprese u seniorů. Z daných studií vyplývá, že deprese je u seniorů málo diagnostikovaná a méně než polovina seniorů s depresí je léčena (Holmerová et al., 2006, s. 184; Kubešová et al., 2008, s. 227).

Pacienti bývají mnohdy mylně léčeni hypnotiky nebo sedativy. Je to pravděpodobně proto, že úzkost, somatické problémy nebo poruchy spánku, nejsou spojovány s výskytem deprese, ale jsou považovány za příznaky jiného stavu (Li-Chan et al., 2005, s. 35). Topinková a Neuwirth (1997, s. 182) ve své studii uvádí, že neléčená deprese způsobuje horší funkční stav a soběstačnost, neúspěch rehabilitace, nemožnost propuštění a vyšší mortalitu. Deprese také přispívá k horšímu průběhu somatických onemocnění (Češková, 2011, s. 330).

Nerozpoznaná deprese u nemocného vede k riziku zanedbávání farmakoterapie, dietetických opatření včetně pitného režimu vedoucích k nechutenství a komplikacím z něj plynoucích (Li-Chan et al., 2005, 30-36). Deprese je tedy nejen problémem ošetrovatelským, ale výrazně zvyšuje i ekonomickou náročnost pacientů (Topinková, Neuwirth, 1997, s. 182).

U seniorů s depresí hrozí vysoké riziko suicidality. Ve věkové skupině nad 75 let je výskyt suicidií 4 krát vyšší než v mladší věkové kategorii. V České republice se v roce 2007 udává počet dokonalých sebevražd 15 na 100 000, tedy 1600 za rok (Češková, 2007, s. 228-230). Ignjatovičová, Ignjatovič

a Knišková (2004, s. 159) uvádí, že sebevražedné myšlenky jsou třikrát častější u žen s depresí a dokonalá sebevražda je třikrát častější u mužů s depresí.

V roce 1995 bylo v České republice evidováno 420 sebevražd u osob nad 60 let věku v poměru ženy: muži 1: 1,5. Roku 2001 bylo hlášeno 480 dokonalých sebevražd. V roce 2009 zemřelo úmyslně více než 422 jedinců, z toho 333 mužů (Češková, 2011, s. 331). Mezi příčiny vedoucí seniory k sebevraždě se řadí samota, sociální izolace, somatické onemocnění, chudoba, deprese a institucionalizace (Máchová, Průchová, Velemínský, 2010, s. 160).

Mnohé studie uvádí, že pacienti s depresí vykazují vyšší náklady na zdravotní péči vůči pacientům bez deprese, a to asi o jednu třetinu (Katon et al., 2004, s. 43; Luppá et al., 2008, s. 202). Výsledky průzkumů prokazují, že starší pacienti s depresí využívají více zdravotnických služeb všech typů (Katon et al., 2004, s. 49). Nemocní mají výrazně vyšší náklady na léky, zdravotnické pomůcky, zubní protézy a jsou jim více poskytovány výhody z dlouhodobé péče. To potvrzuje studie, která udává, že pacienti s depresí ve stáří mají podstatně více nespecifických zdravotních problémů (Luppá et al., 2008, s. 202).

U těchto pacientů je pozorováno zvýšené využívání odborných lékařských vyšetření, menší využití pomoci v aktivitách běžného života, zvýšené střední množství léků a větší užívání antidepresiv. Deprese a výskyt úzkosti jsou spojovány se sníženou kvalitou života seniora (Smalbrugge et al., 2006, s. 325). Klug et al. (2010, s. 466-467) ve své studii došel k závěru, že efektivní a nákladově výhodnější model poskytování služeb pro seniory s depresí je domácí léčba.

2.1.4 Prevence deprese u seniorů

Za prevenci deprese ve stáří se dá pokládat, z oblasti výživy, zvýšený příjem vitamínu D obsaženého v mořském rybím mase. Studie prokázaly, že snížená hladina vitamínu D a zvýšená hladina parathormonu je zapojena do patogeneze vzniku deprese (Kubešová et al., 2008, s. 230; Matějovská Kubešová, 2009, s. 133; Cherniack, 2011, s. 18). Gosney et al. (2008, s. 292) prokázal, že doplňování stopových prvků vede ke zvýšení hladiny selenu a zlepšení příznaků deprese i úzkosti. Ze sledovaných laboratorních parametrů nemocní s depresí vykazují nižší hladinu hemoglobinu tedy i nižší hladina železa v séru (Kubešová et al., 2008, s. 230).

Prevencí nepříznivého medicínského a sociálního vývoje u seniorů je brzké nalezení sociálních rizik pečovatelskou službou, sociálními pracovníci nebo geriatrickými sestrami. Sociální problémy seniorů lze řešit například umožněním profesionální aktivity po zkrácenou pracovní dobu nebo zapojením do vzdělávacích programů v podobě „univerzit třetího věku“ (Dóci, Hosák, Kovářová, 2003, s. 506).

Llewellyn-Jones a Snowdon považují za prevenci deprese u obyvatel pečovatelských domů umožnit klientům vést své životy co nejvíce autonomně a příjemným způsobem. Interakce mezi klienty a zaměstnanci musí být charakterizována vztahem založeným na důvěře. Tyto interakce by měly respektovat rozhodování klientů a poskytnutí podpory ošetřovatelským personálem. Nezbytnou součástí v úspěšném řízení deprese a poruch chování je domácí prostředí (Llewellyn-Jones, Snowdon, 2007, s. 632). Shapira, Barak a Gal (2007, s. 477-482) ve své studii zjistili, že k přispívání pocitu pohody, posilování sociální interakce, podpoře kognitivních funkcí a pocitům nezávislosti může vést používání počítačů a internetu seniory. Musíme mít však na paměti, že používání počítačů ve stáří nemusí vyhovovat každému.

2.2 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORA S DEPRESÍ

V současné době se zdůrazňuje individuální přístup k jednotlivým pacientům. K hlavním léčebným přístupům patří psychoterapie a farmakoterapie (Češková, 2011, s. 330-332). Nezastupitelnou úlohu v péči zaujímají sestry, které jsou s pacienty v neustálém kontaktu a mají možnost přímo pozorovat jejich chování (Topinková, Neuwirth, 1997, s. 187). Farmakologickou léčbou se zabývá Drástová a Krombholz (2006), Kubínek a Pidrman (2008). Psychoterapií pro léčbu deprese se věnuje Pidrman (2005b), Matějovská Kubešová (2009), Praško (2003), Drástová a Krombholz (2006), Rektor (2003), Bareš (2004) nebo ze zahraničí například Chan (2009), Mohammadi, Shahabi a Panah (2011), Hill a Brettle (2006), Winningham a Pike (2007). Ošetrovatelskou péčí o seniory s depresí se zabývají především autoři ze zahraničí: Rojas-Fernandez (2010), Lightboty (2007a, 2007b), Nauert a Johnson (2011), Llewellyn-Jones a Snowdon (2007), Minardi a Blanchard (2004) a další. Z českých autorů se ošetrovatelstvím v oblasti duševního zdraví věnují Topinková a Neuwirth (1997), Tůma (2005), Zrubcová a Schmidtová (2009), Dóci, Hosák a Kovářová (2003).

2.2.1 Možnosti léčby deprese ve vyšším věku

Léčba deprese vedoucí k normalizaci odchylek v chování probíhá ve třech základních rovinách. Na prvním místě se používá farmakologická léčba, dále psychoterapie a fyzikální metody (Matějovská Kubešová, 2009, s. 132). Cílem léčby je minimalizace symptomů deprese včetně suicidálního jednání, redukce rekurence a relapsů, zlepšení funkčního a kognitivního deficitu, zvýšit kvalitu života a zlepšit celkový stav. Potenciálním cílem je nácvik dovedností, které nemocnému pomohou vypořádat se s psychosociálními aspekty nemoci a neschopností (Češková, 2007, s. 231).

Farmakologická léčba

Obecně se pro seniory upřednostňují léky s krátkým biologickým poločasem, s menším množstvím nežádoucích účinků a s nižším rizikem lékových interakcí. Snahou je vyvarovat se preparátům anticholinergním. K farmakologické léčbě deprese u seniorů se používají antidepresiva, psychofarmaka, anxiolytika, thymostabilizátory a léky augmentující léčbu (Drástová, Krombholz, 2006, s. 242).

Farmakoterapie probíhá ve třech etapách. První fází je zvládnutí akutního stádia, jejímž cílem je překonání základních příznaků. U starších pacientů se dostavuje léčebný efekt později, proto je třeba počítat s trváním 8 až 12 týdnů. Pokračovací fáze léčby většinou trvá jeden rok od vzplanutí nemoci. Během této doby by mělo dojít k plné úpravě stavu, resocializaci a rehabilitaci. Poslední fází je udržovací etapa, jejímž cílem je zabránění relapsu, eventuelně rekurence. V prvních dnech podávání antidepresiv se mohou objevit bolesti hlavy, nauzea, někdy i dočasný nárůst úzkosti, neklidu či tremoru (Kubínek, Pidrman, 2008, s. 10).

Antidepresiva se v dnešní době dělí do 5 skupin. Užívají se 4 generace thymoleptik a inhibitory monoaminoxidázy (Drástová, Krombholz, 2006, s. 242). Antidepresivům I. generace neboli tricyklickým antidepresivům (TCA) je snaha se u geriatrických pacientů vyhýbat. Tyto léky mají řadu nežádoucích účinků, jako je hypotenze, anticholinergní efekt a sedativní účinek. Do skupiny těchto antidepresiv se řadí například amitriptylin, imipramin, nortriptyn a jiné. Metaanalýza publikovaných studií dokázala, že TCA bývají hůře tolerována než inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Bareš, 2004, s. 41). Antidepresiva II. generace - dopaminergní a noradrenergní antidepresiva (NDRI) jsou zastoupeny lékem bupropionem. Tento lék neovlivňuje negativně kognitivní funkce, nezpůsobuje sexuální poruchy, je kardiovaskulárně bezpečný. Nezhoršuje parkinsonský třes a ani se nespojuje s přírůstkem hmotnosti (Kubínek, Pidrman, 2008, s. 11). Antidepresiva I. a II. generace nebývají léky první volby u geriatrických pacientů (Drástová, Krombholz, 2006, s. 242).

V gerontopsychiatrii můžeme považovat za léky první volby antidepressiva III. generace – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Do skupiny těchto léků se řadí fluoxetin (Deprex, Prozac a další), citalopram (Seropram, Citalec a další), paroxetin (Seroxat a další), fluvoxamin a sertralin (Pidrman, 2005b, s. 38).

Z antidepressiv IV. generace - inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) se prokázala dobrá účinnost v léčbě deprese v pozdním věku venlafaxinem (Efektin) a milnacipranem (Ixel). Na rozdíl od SSRI jsou lehce aktivující a mají méně nežádoucích gastrointestinálních účinků. Do V. generace antidepressiv - reverzibilních inhibitorů monoaminoxidázy (RIMA) se řadí moklobemid (Aurorix). Tento lék je v gerontologii méně vhodný, protože zvyšuje krevní tlak (Pidrman, 2005b, s. 39).

Anxiolytika, zejména benzodiazepinová, se často podávají v úvodu léčby u depresí provázených úzkostí. Tento typ medikamentů příznivě ovlivňuje velkou část úzkostných stavů u starších věkových kategorií, způsobenou poruchou metabolismu kyseliny gamaaminomáselné v CNS (Drástová, Krombholz, 2006, s. 243). Anxiolytika by se měla starším pacientům dávat jen po nejnutnější možné dobu (Pidrman, 2005b, s. 42).

Antipsychotika jsou indikovaná u depresí provázených psychotickými příznaky, těžkých depresí a suicidálními sklony. Upřednostňuje se II. generace antipsychotik s menším množstvím nežádoucích účinků.

Thymostabilizéry neboli stabilizátory nálady jsou podávány pacientům s periodickou depresí a bipolární afektivní poruchou. Používá se lamotrigin, olanzapin nebo ze starších preparátů bamazepin a valproát (Drástová, Krombholz, 2006, s. 243).

Augmentační postupy se provádí při nedostatečné terapeutické odpovědi. Podávají se malé dávky tyreoidálních hormonů a betablokátorů k urychlení nástupu účinku především SSRI. Je možné použít antiepileptika, antipsychotika II. generace nebo lithium k potlačení antidepressivního účinku (Drástová, Krombholz, 2006, s. 243).

Psychoterapeutická léčba

Neoddělitelnou součástí léčby je psychoterapie, která by se měla především u středních a těžších forem deprese kombinovat s farmakologií (Pidrman, 2005b, s. 37-38). Psychoterapeutické přístupy vyžadují určité zachování kognitivních funkcí a to především zapamatování si nové informace (Matějovská Kubešová, 2009, s. 133). Aktivizace seniora dokáže pozitivně ovlivňovat vitalitu, sebevědomí i myšlení starého člověka (Hofbauerová, Švábová, 2008, s. 73).

Psychoterapeutické přístupy využitelné v ošetrovatelství

V ošetrovatelství lze využít několik psychoterapeutických přístupů k aktivaci depresivního seniora. Jednou z možností je muzikoterapie (Hofbauerová, Švábová, 2008, s. 73). Nauert a Johnson (2011, s. 101) ve výsledcích své studie zjistili, že poslech hudby spojený s tancem vede ke zlepšení kvality života u pacientů s mírnou kognitivní poruchou i depresí. Ke zlepšení dochází také u nemocných pacientů na pojízdném křesle a těch, kteří terapii pouze sledují.

Chan et al. ve svém výzkumu uvádí, že poslech hudby usnadňuje vyjádření nonverbálních emocí a pocitů, aniž by se pacienti cítili ohroženi. U skupiny seniorů s depresí poslouchající hudbu dochází k významnému poklesu deprese i snížení krevního tlaku. Z toho vyplývá, že sestry mohou v komunitním prostředí u pacientů s příznaky deprese využívat hudbu jako efektivní ošetrovatelskou intervenci (Chan et al., 2009, s. 285).

Hudební podněty vyvíjí biologicky významný vliv na lidské chování a zapojí specifické funkce mozku jako je paměť, učení a zapojí se více motivační a emocionální stavy. Tato skutečnost poukázala na to, že hudba navozuje psycho-fyziologickou odpověď z důvodu jejího vlivu na limbický systém (Chan et al., 2009, s. 191).

Na základě studie Mohammadiho, Shahabiho a Panaha (2011, s. 64) se doporučuje pouštět v domovech s pečovatelskou službou známou hudbu pro různé klinické aktivity a snažit se zapojit klienty i do tance. Tím se napomáhá

seniorům odvrátit pozornost od bolesti a negativních myšlenek. Vhodné je se u klientů zaměřit na pozitivní vnímání sebe sama, při kterém se zlepšují myšlenkové procesy, a lépe se navazuje vztah s vrstevníky.

Ergoterapii neboli pracovní terapii sestry využívají při reedukaci sebeobslužných a denních činností. V ošetrovatelství lze využít i arteterapii, při které se procvičuje jemná motorika a krátkodobá paměť. Další možností aktivizace seniora jsou skupinové hry a činnosti. Výsledky studie však prokázaly, že aktivizaci seniorů provádí nejčastěji fyzioterapeuti a příbuzní. Dle pacientů se sestry aktivizace nezúčastňují, i když sestry tvrdí pravý opak. Autorky studie uvádí, že problém v přístupu sester k seniorům je ze strany managementu nemocnic (Hofbauerová, Švábová, 2008, s. 73-74).

Další psychoterapeutické metody

Významnou psychoterapeutickou metodou v léčbě deprese je kognitivně behaviorální terapie, při které se pracuje s pacientovým chorobně depresivním chováním, jež se snažíme změnit. Tato metoda je založena na učení a zaměřuje se na myšlení a chování. Snahou je zvrátit pacientovo negativní sebepojetí tím, že jej učíme myslet pozitivně, vyhledávat příjemné aktivity, které ho přivedou k příjemným pocitům alepší mu náladu. Pacient je veden k plánované činnosti, relaxaci a sociálním dovednostem, které lze využít k načerpání nových sil a zklidnění (Pidrman, 2005b, s. 38). Indikací k volbě této terapie není jen deprese, ale i úzkostné a fobické poruchy (Praško et al., 2003, s. 41). Efektivnost kognitivně behaviorální terapie v léčbě úzkosti a deprese u starších pacientů prokázala studie Hilla a Brettleho (2006, s. 291). Snahou interpersonální psychoterapie je úprava složitých vztahů pacienta s jeho blízkým okolím. Studie uvádí, že tato terapie je vhodná po úvodní farmakologické léčbě (Kubešová, Weber, 2000, s. 578). Interpersonální terapie dosahuje příznivého účinku pouze v kombinaci s antidepresivy (Raj, 2005, s. 11). Do psychoterapie podpůrné a interpersonální je potřeba zakomponovat i příbuzné a pečovatele (Pidrman, 2005b, s. 38). Cílem terapie je snížení

příznaků deprese a zlepšení současného interpersonálního fungování u pacienta (Raška, 2001, s. 59).

Winningham a Pike k usnadnění sociální interakce a kognitivní stimulace pokládali seniorům otázky týkající se jejich života. Ptali se na přezdívky v dětství, jejich nejtrapnější zážitky, oblíbené filmy a jiné. Zúčastnění nepociťovali pokles sociální podpory ani zvýšení osamělosti. Tento poznatek je důležitý, protože nižší úroveň sociální podpory může vést ke snížení tělesné a duševní pohody (Winningham, Pike, 2007, s. 719-720).

Další léčebnou metodou je gestalt terapie vycházející z holistického pohledu na člověka a jeho vztahu k prostředí. Holistická teorie vidí člověka v interakci s prostředím, pomocí něhož realizuje své potřeby. Gestalt terapie napomáhá klientovi k uvědomění toho, že neplní své potřeby, že formuje své prožívání na základě starých zkušeností a jak se nevědomky vyhýbá přímému kontaktu se světem (Rektor, 2003, s. 57- 60).

Léčba elektrošoky se provádí při elektrokompulzivní terapii. Používá se u pacientů s vysokým rizikem suicidia, u těžkých farmakorezistentních depresí s psychotickými projevy, tendencemi k sebepoškozování a odmítáním stravy. S úspěchem se provádí tato metoda u pacientů starých i velmi starých, záleží však na přípravě a péči během výkonu a po výkonu (Drástová, Krombholz, 2006, s. 243). Elektrokonvulzivní léčba remise dosahuje zhruba u 90% depresivních pacientů (Bareš, 2004, s. 43).

2.2.2 Ošetřovatelská péče o seniory s depresí

Sestry se nepochybně setkávají s pacienty s klinickou depresí v různých zdravotnických zařízeních. Někteří z těchto pacientů užívají předepsaná antidepressiva, jiní depresi diagnostikovanou nemají, i když vykazují její příznaky. Sestry jsou však na strategickém místě při posuzování depresivních symptomů u rizikových pacientů s pomocí posuzovacích škál (Rojas-Fernandez et al., 2010, s. 183).

Posouzení přítomnosti deprese u seniora

K posuzovacím škálám se řadí posuzovací stupnice tíže deprese PHQ - 9 (Rojas-Fernandez et al., 2010, s. 183). Další užitečnou pomůckou pro rozpoznání přítomnosti deprese u seniorů je geriatrická škála deprese dle Yessavageho (Jiráček, 2007, s. 198). Jongenelis et al. ve své výzkumu zjišťuje, že pro snížení administrativních problémů, snadné a rychlé posouzení, menší časovou náročnost a odstranění položek vedoucí k neporozumění je vhodná zkrácená verze této stupnice. GDS- 8 by však měla být v budoucnu ještě zkoumána, protože je obtížné definovat zlatý standart pro tuto skupinu pacientů. Zkrácená verze této stupnice je určena především pro obyvatele pečovatelských domů (Jongenelis et al., 2007, s. 839-841).

Pro přesnou identifikaci pacientů s depresí a posouzení závažnosti nemoci se dále používá stupnice Montgomeryho a Asbergové (Lightboty et al., 2007a, s. 511). Dále se používá pro posouzení deprese u pacienta Hamiltonova škála (Jiráček, 2007, s. 198). Průša (2006, s. 136) ještě uvádí Beckovu sebeposuzovací škálu a Zungův dotazník pro hodnocení deprese.

Posuzování deprese však nemusí být dostačující jen z pozice sestry. Linghbotyho et al. studie prokázala, že si pečovatelé umějí dobře všimnout známek chování značící deprese po centrální mozkové příhodě. Na rozdíl od sester, které mají tendenci všimnout si věcí ovlivňujících léčbu, jako je úzkost a agitovanost, ale hůře si všimají pacientových pocitů. To naznačuje, že pečovatelé mohou mít důležitou roli při pomoci ve screeningu deprese, zejména u pacientů s kognitivním nebo komunikačním deficitem (Linghboty et al., 2007b, s. 601-602). Topinková a Neuwirth (1997, s. 186-187) ve své studii prokázali, že klinický obraz deprese je zaznamenán většinou sestrou, na rozdíl od lékaře- nepsychiatra, která je denně v bezprostředním kontaktu s pacientem a má možnost přímo sledovat chování pacienta.

Intervence všeobecné sestry při práci se seniorem s depresí

Mnoho pacientů často nepřizná své pocity smutku, úzkosti nebo anhedonii, protože mohou tyto příznaky považovat za osobnostní vady nebo osobní

nedostatky. Proto sestry musí zvýšit povědomí pacientů i jejich rodinných příslušníků o tom, že deprese je časté duševní onemocnění, že je léčitelné a jeho vznik není zapříčiněn lékařskými postupy ani vinou osobnosti. Role sestry se v klinických studiích prokázala jako ústřední člen v týmu při péči o seniora s depresí, tedy jako manažer péče. Ten poskytuje pacientům informace o depresi, hodnotí příznaky deprese pomocí škál, sleduje dodržování předepsaných léků a nežádoucích účinků a v případě potřeby umožňuje konzultaci s psychiatry (Rojas-Fernandez et al., 2010, s. 184).

Během péče o seniora by sestra měla rozeznat změnu chování od přirozeného projevu stárnutí nebo případného vyjádření přidružené nemoci (Matějovská Kubešová, 2009, s. 131). Celkové přínosy těchto postupů zahrnují zvýšení rychlosti farmakologické léčby, snížení suicidálních myšlenek, více dnů bez deprese, snížení míry depresivních příznaků a zvýšenou kvalitu života. Tento přístup je spojen s nižšími celkovými náklady za péči a se zvýšením spokojenosti pacienta (Rojas-Fernandez et al., 2010, s. 184).

Sestra při komunikaci v ošetrovatelství vystupuje také v roli edukátorky a komunikátorky. Efektivní komunikace s geriatrickým pacientem je nezbytná k úspěšné aplikaci metody ošetrovatelského procesu (Zacharová, 2008, s. 588). Tůma ve své práci píše, že je potřebné, aby sestra edukovala pacienta i jeho rodinu či pečující o tom, že deprese je léčitelné onemocnění a neznamena slabost nebo lenost, a že plánování krátkých aktivit může nemocnému přinést potěšení a zvyšuje jeho sebevědomí. Senior s depresí by na sebe neměl klást nadměrné nároky a činit důležitá pracovní ani osobní rozhodnutí. Dále je nutno sdělit, že by neměl být vystavován stresu, že deprese může vyvolávat a zhoršovat somatické obtíže a může vést k sebevražedným myšlenkám, o kterých je nutno mluvit (Tůma, 2005, s. 101). Pro sestru je nezbytné u seniora správně identifikovat úroveň soběstačnosti, emočního stavu a naplánovat efektivní intervence vedoucí ke zlepšení jeho pohody a soběstačnosti. Ve většině případů senioři mívají zájem o svoji osobu prostřednictvím rozhovoru. Úkolem sestry je rozpoznat somatické obtíže,

duševní nepohodu a případné suicidální myšlenky (Zrubcová, Schmidtová, 2009, s. 160-161).

Nauert a Johnson (2011, s. 91) udávají, že vhodnými intervencemi vedoucími ke zlepšení kvality života u seniora je poskytovat duševní stimulaci, podporovat sociální interakci, překonávat osamělost, zajistit sociální oporu a podporovat funkční schopnosti. Llewellyn-Jones a Snowdon (2007, s. 627) pokládají za důležité umožnit seniorům sdělit své pocity související s jejich úzkostí a pomoci jim znovu získat to, co ztratili nebo se přizpůsobit nové situaci.

Seniorům pomáhá uspokojovat potřebu kontaktu, uznání, respektu, obdivu, sociálního začlenění, uniknout od stereotypů i potřebu bavit se a odpočinout si, komunikace komunitní. Důležitými pravidly pro produktivní vztah s klientem - seniorem je ukázat projevy vctění, zájmu a sympatií. Dále aktivně usilovat o spolupráci, klienta aktivizovat a na druhé straně projevit zájem a trpělivě klienta vyslechnout (Havlík, 2008, s. 67).

Podstatné je vytvářet přátelské ovzduší, mít smysl pro humor a průběžně udržovat kontakt s klientem i jeho rodinou pro vzájemnou výměnu důležitých informací. V neposlední řadě seniora podporovat, aby se necítil osamocen proti svým potížím, udělit pochvalu či ocenit klienta za jeho snahu či úsilí (Havlík, 2008, s. 67). Aktivní otázky týkající se suicidálních myšlenek a depresivního prožívání nám pomohou zlepšit kvalitu života gerontopsychiatrických pacientů (Ignjatovičová, Ignjatovič, Knišková, 2004, s. 161).

Jongenelis et al. (2004, s. 141) uvádí, že by měla být zaměřena zvláštní pozornost v oblasti péče o seniora s depresí na psychosociální faktory jako je osamělost, poslední negativní životní události, nedostatek sociální opory a vnímání nedostatečné péče pacientem. Llewellyn-Jones a Snowdon (2007, s. 627) u mírnějších poruch deprese považují za důležité intervence psychosociální a environmentální. Ty se mohou mnohdy prokázat jako účinnější než použití antidepressiv. Minardi a Blanchard (2004, s. 25) pokládají za nutné při práci se seniory s depresí ve společnosti zahrnout i intervence

k řešení potíží v řadě oblastí: fyzického zdraví, zdravotního postižení, sociální a finanční situaci, psychických problémů a dodržování farmakoterapie.

Nauert a Johnson zjistili, že k sociální izolaci, osamělosti, nedostatečné sociální podpoře a vnímání nedostatečné péče dochází u seniorů ubytovaných v ústavech dlouhodobé péče. Depresi doprovází pokles funkčních schopností a přechodem do cizího prostředí dochází ke ztrátě každodenní rutiny. V neznámém prostředí se může jedinec stát závislým na druhých. Přemístění vyžaduje komplexní přizpůsobení, čímž však u těchto osob může dojít k různým fyzickým i duševním postižením (Nauert, Johnson, 2011, s. 92). Bludný kruh deprese, osamělosti a institucionalizace seniorů je možné přemoci různými způsoby jako je duševní, tělesná a společenská aktivita, psychoterapie, sebevzdělávání, ambulantní ošetrovatelská péče, včasná diagnostika a léčba deprese (Dóci, Hosák, Kovářová, 2003, s. 505).

Vize ke včasnému nalezení deprese u seniorů

Dóci, Hosák a Kovářová ve své studii uvádí podstatný směr pro rozvoj komplexní zdravotně sociální péče v České republice. Má jím být systém domácí péče a ošetrovatelských domů s denními stacionáři. Ty by měly poskytovat celodenní sociální a zdravotní péči, pravidelné rehabilitační programy, fyzikální léčbu, kulturní programy, sociálně právní poradenství a stravování (Dóci, Hosák, Kovářová, 2003, s. 506).

Důležité je další vzdělávání sester v oblasti duševního zdraví seniorů, které stále potřebují povzbuzování a trénink ve sledování pozorovatelných známek deprese (Lightboty et al., 2007b, s. 602). Llewellyn-Jones a Snowdon (2007, s. 636-637) uvádí, že vyškolené všeobecné sestry s pracovníky dané instituce mohou hrát klíčovou roli v provádění mnohostranných intervencí. Školení zaměstnanců a plánování péče může zlepšit schopnost včas odhalit depresi. Screening deprese u pacientů v domácí péči u neléčených pacientů a včasné oznámení lékaři má významný vliv pro zahájení léčby. Rojas-Fernandez et al. (2010, s. 184) považuje za významné, aby všeobecné sestry

měly také vědomosti o farmakologických možnostech léčby, včetně dávkování a nežádoucích účinků, o odpovědi na léčbu a o délce trvání.

Zrubcová a Schmidtová (2009, s. 163) v závěru své studie udávají, že by bylo vhodné vypracovat edukační program pro seniory se zaměřením na identifikaci potencionální hrozby v oblasti duševního zdraví. Dále vytvořit pozici psychiatrické komunitní sestry, zaměřit pozornost na vyšší vzdělávání sester v oblasti psychoterapie a umožnit sestřám především v domácí péči konat u seniorů psychoterapeutické aktivity.

Rojas-Fernandez et al. ve svém výzkumu uvádí, že by sestry mohly dosáhnout toho, aby prováděly screening deprese u starších osob, a to na zdravotnických výstavách, v lékárnách, v tradičních prostředích zdravotní péče jako jsou kliniky, po ukončení hospitalizace nebo při návštěvě v domácnosti. Sestry by měly u pacientů identifikovat ty léky, které mohou být k depresi náchylnější. Také by měly informovat pacienty o tom, které volně prodejné léky nebo doplňky stravy jsou nevhodné, jako je například třezalka tečkovaná a alkohol (Rojas- Fernandez et al., 2010, s. 183).

2.3 ÚZKOST U SENIORA S DEPRESÍ

Mnoho pacientů ve vyšším věku trpí úzkostnými pocety představující průvodní symptomatiku ostatních psychických onemocnění, zejména poruch depresivních. Starší pacienti s depresí a úzkostnými příznaky vykazují charakteristická klinická i psychosociální hlediska a zaslouží si více pozornosti při diagnostice a léčbě obou jejich chorob (Adler, Brassen, Schnitzer, 2001, s. 101). Úzkostí se v České republice zabývá například Kosová (2006), Průša (2006), Pastucha (2007), Kryl (2003), Černý a Hajduk (2009), výskytem úzkosti a deprese u chronických chorob Ježorská, Tomanová a Schwetzová (2011) a úzkostí spojenou se smrtí se věnuje Kisvetrová a Kutnohorská (2011). Autoři, kteří se úzkostí zabývají v zahraničí, jsou kupříkladu Cheok (1996), Gururaja (2011), Hill a Brattle (2006).

2.3.1 Úzkost v NANDA doménách

Úzkost se vyskytuje i jako samostatná ošetřovatelská diagnóza pod identifikačním kódem 00146 s názvem „Úzkost“. Tato ošetřovatelská diagnóza je u pacienta potvrzena, pokud je u něj vyhledán alespoň jeden určující znak a minimálně jeden související faktor uveden u této diagnózy. Úzkost se následně ověří v NANDĚ doménách podle příslušné definice: „Úzkost je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý“ (Marečková, 2006, s. 180-183).

Úzkost se u seniorů může vyskytovat i v souvislosti s předtuchou smrti a strachem z nebytí (Kryl, 2003, s. 184). U takových pacientů bývá potvrzena ošetřovatelská diagnóza s názvem „Úzkost ze smrti“ s kódem 00147. Pro potvrzení této diagnózy musí být u pacienta nejprve nalezen minimálně jeden určující znak (Marečková, 2006, s. 183). U seniora musí být dále vyhledán alespoň jeden související faktor uveden u dané ošetřovatelské diagnózy

(Herdman, 2010, 236). Ve III. kroku diagnostického algoritmu se ošetrovatelská diagnóza ověří podle popsané definice, která zní: „Úzkost ze smrti je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který v souvislosti s umíráním (nebo v souvislosti se smrtí) prožívá znepokojení nebo strach“. Pokud je výsledek ověření pozitivní, zaznamenáme danou ošetrovatelskou diagnózu do ošetrovatelské dokumentace (Marečková, 2006, s. 183-184).

2.3.2 Úzkost a deprese u seniorů

Úzkost se řadí mezi psychiatrické poruchy komorbilit deprese (Pidrman, 2005b, s. 37). Kosová (2006, s. 285) uvádí, že komorbilita úzkostných poruch a depresí je velmi častá a stává se spíše pravidlem než výjimkou. Řada jejich symptomů se mísí a překrývá a k jejich léčbě jsou často využívány shodné léčebné metody.

Společný výskyt úzkostné a depresivní poruchy způsobuje delší průběh chorob se závažnějšími příznaky, výraznější funkční postižení, pacienti bývají častěji hospitalizováni a je u nich vyšší riziko sebevražd. U nemocných také hrozí chroničtější průběh deprese, vyšší riziko relapsu po ukončení léčby a více předčasných ukončení farmakologické i psychoterapeutické léčby s horší prognózou a odpovědí na léčbu (Kosová, 2006, s. 285-286). Průša (2006, s. 138) ve své studii udává, že deprese a úzkost jsou bolestí duše.

Kosová (2006, s. 285) přiřazuje insomnii nebo jiné poruchy spánku jako téměř nedílnou součást klinického obrazu jak úzkostných, tak depresivních poruch, a to až u 90% pacientů. Depresivní a úzkostné poruchy se spolu podílejí na vzniku zažívat celkový distres. Na úrovni kognitivní způsobují u pacientů starosti a přehánění možnosti výskytu negativních událostí.

Ondrušová (2009, s. 37) uvádí, že k vystupňování deprese a úzkosti může u seniorů dojít postupnou osamělostí. K ní dochází postupným umíráním

vrstevníků, osamostatněním dětí, což představuje ztrátu jistot a značnou zátěž zvláště ve stáří.

Kosová (2006, s. 285) ve své přehledové práci uvádí, že v celoživotní anamnéze nalezneme úzkostnou poruchu až u 58% pacientů s depresí. Roční prevalence, zároveň se vyskytující jakékoliv úzkostné poruchy a deprese, je 51,2%. Deprese většinou přichází až jako druhá, úzkostná porucha se tak stává vlastně rizikovým faktorem pro vznik deprese.

Dříve se klasifikace úzkostných poruch a deprese v prvních diagnostických přístupech považovaly za podobné. Předpokládalo se, že jsou vyjádřením společného neurologického procesu. Postupem času dle specifitějších klasifikačních kritérií se přísně oddělovaly úzkostné poruchy od poruch depresivních. V posledních diagnostických klasifikacích se nachází i smíšená porucha (Kosová, 2006, s. 285).

Typickými příznaky úzkostných poruch jsou pocity strachu bez konkrétního obsahu, často popisované jako nervozita, dále tréma, vznětlivost bez srozumitelné příčiny, předrážděnost, nesoustředěnost, časté bolesti zad, hlavy, svalů, bolesti na hrudi, palpitace, pocení a jiné vegetativní příznaky. Somatická onemocnění a návštěva lékaře se pro nemocného stává neuvědomovaným nebo uvědomovaným únikem před řešením problémů pracovních, rodinných, partnerských nebo projevem neschopnosti vyrovnat se s fyziologickým procesem stárnutí. Takový pacient lékaře vyhledává spíše pro potřebu péče, pozornosti a uklidnění (Papežová, Skopová, 2010, s. 30).

Zakladatel gestap terapie Fritz Peris úzkost vnímal pozitivně, jako vybuzení, vzrušení, elán vital, jež máme v sobě. Uvolňování začíná váznout, když si nejsme jisti danou situací nebo tím, co se od nás očekává nebo co má následovat. Podle Fritze je úzkost mezera mezi současností a budoucností, nebo mezi minulostí a budoucností. Pacienti jsou uvězněni ve svých obavách a znejišťujících představách nebo donekonečna analyzují minulost, kdy řeší to, co mohli udělat a neudělali (Černý, Hajduk, 2009, s. 231).

Člověk potřebuje dostatek podpory a sebedopory, aby mohl spontánně vstupovat do akcí, to však většina pacientů postrádá. Jedním z nejvýznamnějších zdrojů sebedopory je tělo, tedy tělesný stav, zdraví a síla, tělesné funkce, a to především dýchání, dále pak tělesné návyky jako je držení těla a míra svalových bloků a nakonec schopnost používat smysly a tělové uvědomování. Pacienti trpící úzkostnými poruchami mají však mnohdy velmi špatný kontakt se svým tělem a unikají od tělesného prožívání. Důležitou součástí terapie je naučit se uvědomovat si dýchání. Při úzkosti dochází k blokování nebo hypoventilaci, což brzdí kontakt vlastním prožíváním a zesiluje úzkost (Černý, Hajduk, 2009, s. 231-232).

2.3.3 Úzkost ze smrti u seniorů

Kryl (2003, s. 184) považuje úzkost za existenciální prožitek. Dále uvádí, že u seniorů se může objevovat v souvislosti s předtuchou smrti, kdy zažívají strach z nebytí, ze ztráty sebe sama a z ohrožení duševní i tělesné existence.

Sestra, která pečuje o pacienty v terminálním stádiu, se setkává i s problémem úzkosti ze smrti. K řešení této problematiky je nutná znalost ošetřovatelství, filozofie i psychologie. Pokud sestra pochopí tuto problematiku, tak dokáže lépe vnímat úzkost ze smrti u svých pacientů (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 28).

Sestry by měly umět rozeznat u svých pacientů úzkost ze smrti. O tomto problému by měly s pacientem také mluvit. Předpokládá se však, že sestra dokáže přetvářet znalosti o teoretických a filozofických východiscích úzkosti ze smrti na umění pomáhat v těžkých chvílích. K těmto dovednostem se řadí umění správně identifikovat psychologické problémy pacienta a získat informace. Důležité je brát vážně všechny pacientovy pochybnosti i strach a umět na ně adekvátně reagovat. Významné je umění poskytnout emoční podporu a také zachovat a posilovat důstojnost člověka (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 30).

2.3.4 Přístup k seniorovi s úzkostí

K obecným zásadám pro přístup k úzkostnému pacientovi patří volit vlídnost, pevnost a udržovat s pacientem oční kontakt. Ke zklidnění může vést minimalizace gest při komunikaci, nebo naopak umožnit pacientovi ventilaci emocí, jako je křik, vztek a pláč. K obecným zásadám se také řadí schopnost akceptovat pacientovu situaci, kdy projevujeme pochopení pro jeho pocity, a pomůžeme mu je uchopit a pojmenovat. Při komunikaci s pacientem informace poté rekapitulujeme, shrnujeme nebo případně podáváme otázky. Zadáváme pacientovi jednoduché instrukce a vyzdvihujeme jejich úspěšné splnění (Kryl, 2003, s. 185).

Při akutním stavu úzkosti zpomalujeme vlastní tempo dechu i řeči, zaujímáme pevnou a pohodlnou tělesnou polohu s dobrým kontaktem nohou se zemí. Snažíme se od pacienta získat informace, jestli byl už vyšetřen. Informujeme pacienta o naší snaze mu pomoci zmírnit úzkost a vysvětlujeme pacientovi, že je ve stavu úzkosti, nikoliv v ohrožení života. Snažíme se pacientovu pozornost zaměřit na dýchání, vedeme jej k pravidelnému a pomalému dechu při zavřených ústech. Sledujeme místa tělesného napětí a snažíme se napětí zklidnit uvolněným dýcháním. Spolu s pacientem hledáme spouštěče úzkosti a snažíme jej vést k porozumění rozrušení. Při zvládnutí instrukcí pacienta oceníme a vyzdvihneme účinnost postupu. Pacienta poté směřujeme do psychoterapeutické péče (Kryl, 2003, s. 185).

Pidrman (2005a, s. 50) řadí k protektivním faktorům u úzkostných poruch s výskytem deprese lékařskou péči, cílené vyhledávání, léčbu poruch senzorických a léčbu tělesných poruch. Za důležitou považuje fyzickou rehabilitaci, péči o nutriční, tvůrčí životní styl i stimulační prostředí. Za významné protektivní faktory považuje i odpovídající vztahy a komunikaci a také funkční sociální síť mezi pracovníky a zařízením. Ježorská, Tomanová a Schwetzová (2011, s. 4) ve své studii prokázaly příznivý vliv sociální podpory při výskytu deprese a úzkosti u pacientů s chronickým onemocněním.

V domovech s pečovatelskou službou se příznaky úzkosti i deprese často vyskytují společně. Sledování poukázalo na silný vztah mezi úzkostí a depresivním stavem. Úzkost se vyskytovala především jako součást deprese, než jako samostatné onemocnění. Autoři této studie doporučují věnovat zvýšenou pozornost identifikaci léčitelné úzkostné poruchy v domech s pečovatelskou službou. Dalším krokem by mělo být posouzení, zda léčba vede k lepším výsledkům (Cheok et al., 1996, s. 409).

Hill a Brattle prokázali, že poradenské intervence mohou hrát důležitou roli u populace seniorů, a to zejména při léčbě úzkosti a deprese a pro zlepšení subjektivní pohody. Jeden z nejsilněji působících psychoterapeutických přístupů se prokázala být kognitivně behaviorální terapie. Tato léčba je velice účinná u starších lidí v léčbě úzkosti i deprese bez ohledu na věk (Hill, Brattle, 2006, s. 291).

Hill a Brattle ve své studii také dokázali, že individuální poradenství je mezi staršími klienty populární, a že to může být jejich oblíbená léčebná metoda. Záliba skupinové léčby v pečovatelských domech může odrážet preference terapeuta, výzkumných pracovníků a poskytovatelů služeb než preference či přání starších klientů (Hill, Brattle, 2006, s. 292).

Podle Pastuchy (2007, s. 207) je pravidelná pohybová aktivita, a to třikrát týdně po třicet minut, vhodnou podpůrnou metodou v léčbě úzkostných, depresivních, případně úzkostně depresivních poruch. Gururaja et al. uvádí, že na snížení úzkosti má okamžitý i dlouhodobý vliv také pravidelné cvičení jógy. Ta pomáhá přispět i ke změnám chování na odezvu u všech typů stresu. Po cvičení jógy se účastníci cítí lépe, uvolnění a relaxovaní. Dále zjistil, že cvičení jógy snižuje aktivitu sympatiku, čímž dochází i ke snížení hladiny stresu. To znamená, že jóga pomáhá ke zlepšení duševního zdraví a k překonání rutinního stresu (Gururaja et al., 2011, s. 11).

Šance, že pacienti dosáhnou plné remise, se výrazně snižuje, pokud se mísí příznaky deprese s úzkostnými. Pacienti s depresí trpící současně i úzkostnou poruchou mají horší prognózu než pacienti trpící pouze depresí (Kosová, 2006, s. 286).

3 ZÁVĚR

Většina autorů dohledaných recenzovaných článků se shoduje na tom, že deprese není u seniorů často diagnostikována, bývá podceňována a není tedy ani dostatečně léčena (Topinková, Neuwirth, 1997, s. 181; Kubešová, Weber, 2000, s. 574; Pidrman, 2005a, s. 45; Jiráček, 2007, s. 198; Kubešová et al., 2008, s. 227; Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8). Komorbilita depresivních a úzkostných poruch se svává spíše pravidlem než výjimkou (Kosová, 2006, s. 285).

Za významné rizikové faktory pro vznik deprese a úzkosti u seniorů, které se často ve studiích opakují nebo jsou podrobněji zkoumány, je v práci pokládána chybějící společenská podpora nebo úplná sociální izolace (Dóci, Hosák, Kovářová, 2003, s. 505-506; Sangon, 2004, s. 256-258; Drástová, Krombholz, 2006, s. 241; Jongenelis et al., 2004, s. 141; Nauert, Johnson, 2011, s. 92; Ježorská, Tomanová, Schwetzová, 2011, s. 4). Deprese bývá dále spojována s výskytem chronických onemocnění nebo stavů, například malnutricí (Pidrman, 2005a, s. 47; Kubínek, Pidrman, 2008, s. 8). Bolest je považována také za jeden z významných rizikových faktorů pro vznik deprese. Může být ale zároveň i jeden z příznaků deprese u seniorů (Löffelman, Gündel, 2003, s. 236). K dalším rizikovým faktorům se připisuje ženské pohlaví, pozitivní rodinná anamnéza, věk nad 60 let, abúzus alkoholu, zhoršená pohyblivost, ztráta partnera, očekávaný konec vlastního života, ztráta matky před 11 rokem života, vysoký počet stresujících životních událostí a enviromentální stresory (Drástová, Krombholz, 2006, s. 241; Sangon, 2004, s. 256-258; Ignjatovičová, Ignjatovič, Knišková, 2004, s. 159).

V současné době se nabízí k léčbě deprese u seniorů mnoho efektivních metod. Prvním krokem k léčbě deprese však musí být jeho diagnostika, která bývá velice nízká. Podle Linghbotyho et al. (2007b, s. 602) by sestra pečující o seniora v ústavu nebo v domácí péči měla být více vzdělaná v oblasti duševního zdraví, aby mohla depresi lépe rozpoznat a dříve informovat lékaře.

Aktivní screening deprese u starších osob na zdravotnických výstavách, v lékárnách, na klinikách, při hospitalizaci nebo při návštěvě seniora během domácí péče je dalším významným krokem, který by vedl ke včasné diagnostice deprese, čímž by se dalo předejít vzniku její těžké formy (Rojas-Fernandez et al., 2010, s. 183).

Jako efektivní psychoterapeutická metoda v léčbě úzkosti a deprese u seniorů, kterou je možno využít i v ošetrovatelství, se v mnoha studiích potvrdila muzikoterapie (Hofbauerová, Šváblová, 2008, s. 73; Chan et al., 2009, s. 285; Nauert, Johnson, 2011, s. 101; Mohammadi, Shahabi, Panah, 2011, s. 64). Další významnou metodou je kognitivně behaviorální terapie. K léčbě úzkostných i depresivních stavů je doporučována Pidmanem (2005b) a Praškem (2003). Hill a Brettle (2006, s. 291) ve své studii potvrzují její efektivnost. K účinným metodám se řadí ještě interpersonální terapie, kterou se zabývá ve svých studiích Kubešová a Weber (2000), Winningham a Pike (2007). Elektrokonvulzivní terapie dosahuje remise přibližně u 90% pacientů s depresí (Bareš, 2004, s. 43). Vhodnou podpůrnou metodou je pravidelná pohybová aktivita (Pastucha, 2007, s. 207). Také pravidelné cvičení jógy prokázalo na depresi a úzkost příznivý účinek (Gururaja et al., 2011, s. 11). Z farmakologické léčby jsou lékem první volby u seniorů především antidepressiva skupiny SSRI (Pidman, 2005b, s. 38).

Pokud je u seniora deprese i úzkost nedignostikována nebo nedostatečně léčena, tak u něj hrozí vysoké riziko suicidálních myšlenek nebo suicidálního chování (Češková, 2007, s. 228-230; Ignjatovičová, Ignjatovič, Knišková, 2004, s. 159; Češková, 2011, s. 331). U těchto pacientů je také prokázáno, že vykazují vyšší náklady na péči a využívají více zdravotnických služeb všech typů (Katon et al., 2004, s. 43; Luppá et al., 2008, s. 202).

Bakalářská práce poukazuje především na nutnost aktivního vyhledávání seniorů s depresí či úzkostí a vzdělávání sester i praktických lékařů v této problematice ke včasnému rozpoznání příznaků. Z dohledaných poznatků je léčba deprese i úzkosti na velice vysoké úrovni. Diagnostika je však špatná.

4 BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. ADLER, G., BRASSEN, S., SCHNITZER, M. Úzkost jako průvodní symptom stařecké deprese. *Česká a slovenský psychiatrie*. 2001, 97(2), 101. ISSN 1212-0383.
2. BAREŠ, Martin. Léčba depresivní poruchy v pozdním věku. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2004, 18(1), 38-44 [cit.30.3.2012]. ISSN 1212-7973. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2004/01/08.pdf>
3. BUTTERS, Meryl A. et al. Charakter a rozhodující činitele neuropsychologického fungování u deprese ve vyšším věku. *Archives of general psychiatry*. 2004, 2(4), 195-204. ISSN 1214-1216.
4. ČERNÝ, Martin, HAJDUK, Miroslav. Přístup gestalt terapie k úzkosti. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, 10(5), 231-233 [cit.31.3.2012]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/08.pdf>
5. ČEŠKOVÁ, Eva. Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická revue* [online]. 2007, 5(4), 228-233 [cit.3.11.2011]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_07_04_06.pdf
6. ČEŠKOVÁ, Eva. Léčba deprese ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, 8(7-8), 330-333 [cit.23.3.2011]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/06.pdf>
7. DÓCI, Ivan, HOSÁK, Ladislav, KOVÁŘOVÁ, M. Osamělost starých lidí jako sociální a medicínský problém. *Časopis lékařů českých*. 2003, 142 (8), 505-507. ISSN 0008-7335.
8. DRÁSTOVÁ, Hana, KROMBHOLZ, Richard. Deprese v seniu. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, 3 (5), 241- 243 [cit.12.10.2011]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/05/08.pdf>
9. GOSNEY, M. A. et al. Effect of Micronutrient Supplementation on Moon in Nursing Home Residents. *Gerontology* [online]. 2008, 54(5), 292-299

- [cit.23.3.2012]. ISSN 0304324X. Dostupné z:
<http://search.proquest.com/docview/274663533/135BF415E4F50EB146D/1?accountid=16730>
10. GURURAJA, Derebail et al. Effect of yoga on mental health: Comparative study between young and senior subjects in Japan. *International Journal of Yoga* [online]. 2011, 4(1), 7-12 [cit.23.3.2012]. ISSN 09736131. Dostupné z:
<http://search.proquest.com/docview/860079846/fulltextPDF/135BF4F6260F8C69D7/1?accountid=16730>
 11. HAVLÍK, Josef. Komunikace jako nástroj aktivizace seniorů. *Kontakt*. 2008, 10(S1), 64-68 . ISSN 1212-4117.
 12. HELVIK, Anne-Sofie, SKANCKE, Randi H., SELBÆK, Geir. Screening for depression in elderly medical inpatients from rural area of Norway: prevalence and associated factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2010, 25(2), 150-159 [cit.30.3.2012]. ISSN 1099-1166. Dostupné z:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=79&hid=112&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
 13. HERDMAN, Heather T. *Ošetrovateľské diagnózy- Definície a klasifikácie 2009- 2011*. 1. české vyd. přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
 14. HILL, Andy, BRATTLE, Alison. Counselling older people: What can we learn from Research evidence? *Journal of Social Work Practice* [online]. November 2006, 20(3), 281-297 [cit.30.3.2012]. ISSN 02650533. Dostupné z:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=62&hid=19&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
 15. HOFBAUEROVÁ, Lenka, ŠVÁBOVÁ, Veronika. Způsoby aktivizace pacientů seniorů. *Kontakt* [online]. 2008, 10(S1), 73-74 [cit.14.10.2011]. ISSN 1212-4117. Dostupné z:
<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt08/>

16. HOLMEROVÁ, Iva et al. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, 7(4), 182-184 [cit.12.8.2011]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/01.pdf>
17. CHAN, Moon Fai et al. Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. August 2009, 18(4), 285-294 [cit.11.4.2012]. ISSN 1447-0349. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d27fdf84-a909-4fce-be4d-1d2069bcff87%40sessionmgr110&vid=20&hid=104>
18. CHEOK, Andy et al. The Prevalence of anxiety disorders in Nursing Homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. May 1996, 11(5), 405-410 [cit.30.3.2012]. ISSN 1099-1166. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=57&hid=19&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
19. CHERNIACK, Paul E. At a Loss for Words, and for a Single Letter: „D“ Vitamin D, Dementia, and Depression in the Elderly. *Medical Sciences – Psychiatry And Neurology* [online]. 2011, 2(1), 16-21 [cit.23.3.2012]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/881276429/fulltextPDF/135BF6268EF3654CFD4/1?accountid=16730>
20. CHUNG, Soondool. Residential status and depression among Korean elderly people: a comparison between resident of nursing home and those based in the community. *Health & Social Care in the Community* [online]. Juli 2008, 16(4), 370-377 [cit.30.3.2012]. ISSN 1365-2524. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=69&hid=19&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
21. IGNJATOVIČOVÁ, Dana, IGNJATOVIČ, Milan, KNIŠKOVÁ, Michaela. Riziko suicídia v komunite geriatrických pacientov. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, 5(3), 159-161 [cit.18.11.2011]. ISSN 1803-5272. <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/03/12.pdf>

22. JEŽORSKÁ, Šárka, TOMANOVÁ, Dana, SCHWETZOVÁ, Denisa. Vybrané psychosociální faktory u pacientů s chronickým onemocněním. *PROFESE on-line* [online]. Říjen 2011, 4(2), 1-5 [cit.30.3.2012]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2011_02/73-jezorska.pdf
23. JIRÁK, Roman. Deprese u seniorů- biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, 8(5), 198-200 [cit.12.8.2011]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/05/01.pdf>
24. JONGENELIS, K. et al. Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. September 2007, 22(9), 837-842 [cit.29.3.2012]. ISSN 08856230. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=17&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
25. JONGENELIS, K. et al. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders* [online]. December 2004, 83(2-3), 135-142 [cit.4.4.2012]. ISSN 0165-0327. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S016503270400182X/1-s2.0-S016503270400182X-main.pdf?_tid=ce5355fb8a023eea04452ba1cbcf589a&acdnat=1333549168_f49ff43ee7faeb352939641c999c1817
26. KATON, Wayne J. et al. Zvýšené léčebné náklady u vybraného reprezentativního souboru starších depresivních pacientů. *Archives of general psychiatry*. 2004, 2(1), 43-49. ISSN 1214-1216.
27. KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana. Filozofické a psychologické aspekty fenoménu úzkosti ze smrti v paliativním ošetřovatelství. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2011, 4(1), 28-30 [cit.31.3.2012]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5030&magazine_id=13

28. KLUG, Günter et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* [online]. 2010, 197(6), 463-467 [cit.4.4.2012]. ISSN 1472-1465. Dostupné z: <http://ebookbrowse.com/the-british-journal-of-psychiatry-2010-197-463-467-pdf-d77263687>
29. KOSOVÁ, Jiřina. Deprese s úzkostí a poruchami spánku. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, 7(6), 285-287 [cit.30.3.2012]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/06/06.pdf>
30. KRYL, Michal. Psychoterapie úzkostných stavů. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, 4(4), 184-185 [cit.30.3.2012]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/10.pdf>
31. KUBEŠOVÁ, Hana et al. Výskyt a související aspekty deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí. *Česká geriatrická revue* [online]. 2008, 6(4), 227-231 [cit.3.11.2011]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_08_04_04.pdf
32. KUBEŠOVÁ, Hana, WEBER, Pavel. Deprese ve vyšším věku. *Postgraduální medicína*. 2000, 2(5), 573-578. ISSN 1212-4184.
33. KUBÍNEK, Radim, PIDRMAN, Vladimír. Deprese seniorů. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2008, 9(1), 8-11 [cit.12.8.2011]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/02.pdf>
34. LIGHTBOTY, C. Elizabeth et al. Can Nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing* [online]. March 2007a, 57(5), 505-512 [cit.29.3.2012]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12&vid=7&hid=17>
35. LIGHTBOTY, C. Elizabeth et al. The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing* [online]. December 2007b, 60(6), 595-604 [cit.30.3.2012]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:

- <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=72&hid=19&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
36. LI-CHAN, Lin et al. Depressive symptoms in long-term care residents in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* [online]. Juli 2005, 51(1), 30-37 [cit.30.3.2012]. ISSN 03092402. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&hid=8&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
37. LLEWELLYN-JONES, Robert H., SNOWDON, John. Depression in Nursing Homes: Ensuring Adequate Treatment. *CNS Drugs* [online]. 2007, 21(8), 627-640 [cit.29.3.2012]. ISSN 11727047. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&hid=123&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
38. LÖFFELMANN, G., GÜNDEL, H. Bolest vyvolává depresi- deprese stupňuje bolest. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2003, 99(4), 236. ISSN 1212-0383.
39. LUPPA, Melanie et al. Direct costs associated with depression in old age in Germany. *Journal of Affective Disorders* [online]. January 2008, 105(1-3), 195-204 [cit.4.4.2012]. ISSN 0165-0327. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0165032707001802/1-s2.0-S0165032707001802-main.pdf?_tid=659a0e525d3250cb5105906e5f90b325&acdnat=1333549909_57f1da6a846190eb390ebe4e05024211
40. MÁCHOVÁ, Vendula, PRŮCHOVÁ, Dominika, VELEMÍNSKÝ, Miloš. Sebevraždy seniorů (Některé vnější vlivy a způsoby provedení sebevražd u seniorů). *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2010, 6(2), 154-161 [cit.22.9.2011]. ISSN 1801-0261. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/journals/prevence-urazu-otrav-a-nasili/jednotlivacisla-podle-rocniku/2010/2-2010/sebevrazdy-senioru/>
41. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
42. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. Možnosti ovlivnění poruch chování ve stáří. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009, 7 (3-4), 131-137

- [cit.3.11.2011]. ISSN 1801-8661. Dostupné z:
http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_03_06.pdf
43. MINARDI, Henry A., BLANCHARD, Martin. Issues and Innovations in Nursing Practice, Older people with depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing* [online]. April 2004, 46(1), 23-32 [cit.29.3.2012]. ISSN 03092402. Dostupné z:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=31&hid=122&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
44. MOHAMMADI, Ali Zadeh, SHAHABI, Tanaze, PANAHA, Fereshteh Moradi. An evaluation of the effect of group music therapy on stress, anxiety and depression levels in nursing home residents. *Canadian Journal of Music Therapy* [online]. January 2011, 17(1), 55-68 [cit.30.3.2012]. ISSN 11991054. Dostupné z:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=125&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
45. NAUERT, Richard, JOHNSON, Peggy. Adaptive Music/Dance Therapy: An Activity to Improve Quality of Life in Long Term Care Settings. *International Journal of Health & Wellness* [online]. 2011, 1(1), 91-105 [cit.29.3.2012]. ISSN 21569053. Dostupné z:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=17&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
46. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009, 7(1), 36-39 [cit.31.3.2012]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf
47. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Smysluplnost života ve stáří. *Česká geriatrická revue* [online]. 2010, 8(1-2), 50-55 [cit.3.11.2011]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_10_01_10.pdf
48. PAPEŽOVÁ, Hana, SKOPOVÁ, Jaroslava. Psychické poruchy v primární péči. *Medicína po promoci*. 2010, 11(S2), 28-32. ISSN 1212-9445.

49. PASTUCHA, Petr. Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, 8(5), 206-207 [cit.30.3.2012]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/05/03.pdf>
50. PIDRMAN, Vladimír. Deprese seniorů. *Česká geriatrická revue* [online]. 2005a, 3(2), 45-52 [cit.3.11.2011]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_05_02_08.pdf
51. PIDRMAN, Vladimír. Terapie deprese u seniorů. *Česká geriatrická revue* [online]. 2005b, 3(3), 37-43 [cit.3.11.2011]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_05_03_08.pdf
52. PNINA, Ron. Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation Among the Elderly: A Comparison Between Men and Women Living in Nursing Homes and in the Community. *Journal of Gerontological Social Work* [online]. 2004, 43(2-3), 97-116 [cit.30.3.2012]. ISSN 1540-4048. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&hid=125&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
53. PRAŠKO, Ján et al. Kognitivně behaviorální terapie v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2003, 99 (S2), 38-45. ISSN 1212-0383.
54. PRŮŠA, Igor. Deprese a úzkost v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, 3(3), 136-139 [cit.30.3.2012]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/03/08.pdf>
55. RAJ, Ashok. Deprese u starších osob. Přizpůsobení farmakoterapie jejich zvláštním potřebám. *Medicína pro praxi*. 2005, 6(2), 5-11. ISSN 1212-9445.
56. RAŠKA, Ivo. Interpersonální psychoterapie deprese (Klerman, Weissmanová). *Psychiatrie*. 2001, 5(4), 59-60, ISSN 1211-7579.
57. REKTOR, Juraj. Gestalt psychoterapie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2003, 99(S2), 57-61. ISSN 1212-0383.
58. ROJAS-FERNANDEZ, Carlos H. et al. Considerations in the Treatment of Geriatric Depression: Overview of Pharmacotherapeutic and

- Psychotherapeutic Treatment Interventions. *Gerontology And Geriatrics* [online]. 2010, 3(3), 176-186 [cit.23.3.2012]. ISSN 19404921. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/612681984/fulltextPDF/135BF24D326620DC40D/1?accountid=16730>
59. SANGON, Sopin. Predictors of Depression in Thai Women. *Medical Sciences- Nurses And Nursing* [online]. 2004, 18(2/3), 243-260 [cit.23.3.2012]. ISSN 15416577. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/207665035/fulltextPDF/135BF6BEB383658AB54/1?accountid=16730>
60. SHAPIRA, N., BARAK, A., GAL, I. Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health* [online]. September 2007, 11(5), 477-484 [cit.30.3.2012]. ISSN 1364-6915. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&hid=125&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
61. SMALBRUGGE, Martin et al. The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. April 2006, 21(4), 325-332 [cit.29.3.2012]. ISSN 1099-1166. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&hid=125&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
62. TIEMEIER, Henning et al. Vztah mezi aterosklerózou a depresí v pozdním věku. *Archives of general psychiatry*. 2004, 2(3), 171-178. ISSN 1214-1216.
63. TOPINKOVÁ, Eva, NEUWIRTH, Jiří. Depresivní syndrom u geriatrických pacientů v ústavní péči. *Česká a slovenská psychiatrie*. 1997, 93(4), 181-188. ISSN 1212-0383.
64. TŮMA, Ivan. Deprese v ordinaci všeobecného lékaře. *Medicína po promoci*, 2005, 6(1), 96-103. ISSN 1212-9445.
65. WINNINGHAM, R. G., PIKE, N. L. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support network and decrease

- loneliness. *Aging & Mental Health* [online]. November 2007, 11(6), 716-721 [cit.29.3.2012]. ISSN 1360-7863. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=17&sid=0ef205f5-2f7a-440c-8610-067b9b7d356f%40sessionmgr12>
66. ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, 10(12), 588-589 [cit.12.8.2011]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf>
67. ZAMMIT, Stanley et al. Longitudinální studie o vztahu premorbidního skóre IQ a rizika rozvoje schizofrenie, bipolární afektivní poruchy, těžké deprese a ostatních neafektivních psychóz. *Archives of general psychiatry*. 2004, 2(3), 160-167. ISSN 1214-1216.
68. ZRUBCOVÁ, Dana, SCHMIDTOVÁ, Zuzana. Podpora duševného zdravia u seniorov s deficitom sebeopatery. *Kontakt*. 2009, 11(1), 160-163. ISSN 1212-4117.