

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEPRESIVNÍM
SYNDROMEM**

Bakalářská práce

HLADIŠOVÁ IVA

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s.
Praha 5**

Vedoucí práce: PDHr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářkou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s použitím bakalářské práce ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Hladišová Iva

ABSTRAKT

HLADIŠOVÁ, Iva. *Ošetrovatelský proces u pacienta s depresivním syndromem.* (Bakalářská práce). Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PHDr. Andrea Pohlová, Praha 2009.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s depresivním syndromem. Dělí se na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část seznamuje s tím, co je depresivní syndrom, dělení, stádia depresí, dále zahrnuje terapii, diagnostiku a také prognózu deprese.

Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s depresí dle Marjory Gordon a následné vytyčení všech problémů podle NANDA domén. Na základě těchto problémů se stanoví ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán.

Klíčová slova: Depresivní syndrom, úzkost, strach, smutek, ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelský proces, ošetrovatelské diagnózy.

SUMMARY

HLADIŠOVÁ, Iva. The nursing proces in the patient by depressive syndrome. (Bachelor thesis) Vysoká škola zdravotnická o.p.s. in Prague. Degrese skilled kompetence: Bachelor in general nursing. Supervisit: PHDr. Andrea Pohlová

This bachelor thesis has in its main object to describe the nursing process of the patient with depressive in respect the basics and the higher human needs. This thesis is divided to two parts, theoretical and practical.

Theoretical part familiarizes us with depressive syndrome, dividing, therapy,bout of depression, diagnostis and prognosis depression.

Practical part is focused on nursing process of patient with colostomy according to Marjory Gordon and subsequent marking of all problems according to NANDA domains. On the basis of this problems is determined the nursing diagnose and nursing plan.

Keys words: depressive syndrome, anxiety, awe, gloom, nursing anamnesis, nursing process, nursing diagnoses,

PŘEDMLUVA

Depresivní syndrom patří ke skoro nejrozšířenějšímu psychiatrickému onemocnění naší populace. Významným způsobem ovlivňuje rodinné, manželské a partnerské, pracovní a společenské vztahy. Největším rizikem deprese je možnost suicidálních myšlenek, nebo v tom horším případě provedení sebevraždy.

Tato práce vznikla ve snaze více se seznámit s problematikou depresivního syndromu .

Výběr tématu, byl ovlivněn zájmem o psychiatrii. Deprese byla vybrána z důvodu velkého nárůstu tohoto onemocnění u populace mezi 20-30 let. Podklady pro práci jsem čerpala především z odborných časopisů, knižních a internetových zdrojů.

Práce je určena studentům zdravotnických škol, především oboru všeobecná sestra, ale také pro nezdravotníky, kteří se zajímají o toto onemocnění.

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce paní PHDr. Andree Pohlové za podnětné rady a vedení celé práce.

OBSAH:

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Definice a charakteristika.....	Chyba! Záložka není definována.
2 Etiologie, patofyziologie	Chyba! Záložka není definována.
3 Klinický obraz.....	Chyba! Záložka není definována.
4 Formy, jejich průběh a možné komplikace	14
5 Diagnostika.....	15
5.1 Subjektivní potíže.....	15
5.2 Základní příznaky.....	15
5.3 Stav spojený s výskytem deprese v rámci primární péče	16
5.4 Postup pro stanovení diagnózy deprese	17
6 Terapie.....	18
6.1 Medikamentozní léčba	18
6.2 Psychoterapie	21
6.2.1 Kognitivní terapie.....	21
6.2.2 Behaviorální terapie	21
6.2.3 Interpersonální terapie.....	22
6.2.4 Psychoanalýza	22
6.2.5 Podpůrná psychoterapie	22
6.2.6 Skupinová terapie.....	22
6.2.7 Rodinná léčba	22
6.3 Elektrokonvulze.....	23
7 Prognoza.....	24

PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
8 Ošetřovatelský proces u pacienta s depresivním syndromem	26
8.1 Možné ošetřovatelské diagnózy	26
8.2 Potencionální ošetřovatelská diagnóza.....	26
8.3 Identifikační údaje pacienta.....	27
8.4 Lékařská dokumentace	27
8.5 Fyzikální vyšetření sestrou	28
9 Ošetřovatelský proces	Chyba! Záložka není definována.
9.1 Posouzení potřeb pacienta dle NANDA domén.....	34
9.2 Stanovené ošetřovatelské problémy	35
10 Plán ošetřovatelského procesu	Chyba! Záložka není definována.
10.1 Ošetřovatelské diagnózy pacienta	Chyba! Záložka není definována.
10.2 Plán ošetřovatelského procesu	Chyba! Záložka není definována.
10.2.1 Strach.....	35
10.2.2 Úzkost.....	36
10.2.3 Únava.....	37
10.2.4 Spánek porušený.....	38
10.2.5 Obraz těla porušen.....	39
10.2.6 Společenská izolace.....	40
10.2.7 Péče o sebe sama nedostatečná	41
10.2.8 Společenská izolace.....	42
10.2.9 Péče o sebe sama nedostatečná	43
10.3 Zhodnocení ošetřovatelského procesu	Chyba! Záložka není definována.
Závěr.....	45
Použitá literatura:	46
Seznam zkratk	48
Přílohy.....	49

Úvod

„Deprese - absolutní soustředění bolesti, strachu a beznaděje.“

(neznámí autor)

Deprese je nezdravý stav psychiky projevující se dlouhodobě pokleslými náladami jedince. Má skličující charakter, jedinec upadá do trudnomyslných úvah a nazírání světa. Pociťuje často úzkost a osamocenosť, pocity bezcennosti nebo viny, malou sebedůvěru, únavu, zhoršené soustředění, problémy s pamětí a pozorností. Je téměř neschopen smysluplné činnosti a okolí se jeví jako lenoch. Jeho myšlení se zpomaluje a chřadne jeho reakce na radostné podněty. Ztrácí zájmy a chladně reaguje na podněty.

Cílem této práce je získat co nejvíce dostupných informací týkajících se deprese a jejího důkladného ošetřování tak, aby se co nejvíce minimalizovalo riziko suicidálních myšlenek. Nechtěla jsem jen číst z lékařské dokumentace, ale být a trávit čas s pacientem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice a charakteristika

Hlavním příznakem deprese je porucha nálady. Ovšem kromě nálady je zasaženo také myšlení, chování i tělesné fungování. Deprese je onemocnění celého těla i duše. Většina lidí v depresi cítí únavu, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Pocit ztráty energie může dojít do takového stupně, že člověk je schopen jen ležet. Intenzita obtíží může kolísat v průběhu dne. Někomu bývá nejhůře ráno, jinému naopak večer. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem. Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje.

Myšlenky jsou zpomalené, odbíhají od činnosti. Deprese je doprovázena výčitkami svědomí, pocity viny, znehodnocováním sebe sama. Pro depresi jsou charakteristické depresivní automatické myšlenky. Automatické myšlenky jsou takové, které člověku přicházejí na mysl a on nad nimi dále nehloubá. Automatické myšlenky člověk přijímá, aniž by uvažoval, zda jsou pravdivé, nebo ne. Má prostě pocit, že pravdivé jsou, a dále je logicky nerozebírá. V depresi převažují negativní automatické myšlenky, chybí vyvážení

konstruktivními myšlenkami, naopak se negativní automatické myšlenky řetězí: "To mám smůlu, zase se mi to nepovedlo - nikdy se mi to nepovede - nestojím vůbec za nic."

Typické depresivní automatické myšlenky zahrnují:

- negativní hodnocení sebe: "Nejsem k ničemu", "Nic neprožívám", "Všechno jsem to zavinil já",
- negativní hodnocení okolností: "Nikdo o mě nestojí", "Dostal jsem strašně moc úkolů", "Život je hrozný",
- negativní vize do budoucnosti: "Nic pěkného mě už nečeká", "Nikdy se nevyléčím", "Budu pořád sama".

Tyto myšlenky vesměs nejsou založeny na objektivních faktech, ale odrážejí skutečnost zkresleně, zveličeně, katastroficky a černě. Mohou člověku bránit v činnostech, které by mu pomohly, aby se cítil lépe. Výsledkem je, že se stále více oddává tvrdé sebekritice, např. že je líný, nezodpovědný, k ničemu, což způsobuje, že se cítí stále hůře. Depresivní lidé jsou méně aktivní, bez iniciativy, rezignovaní. Překážky jsou pro ně nepřekonatelné. I sebemenší rozhodnutí je obtížné. To se projevuje navenek v chování. Soustředění na aktivitu je zhoršené - pokud něco začnou, nevydrží u toho - pozornost je odváděna depresivními myšlenkami. Pociťují nadměrnou únavu a tíži - proto často nemají chuť činnost ani začít. Přestávají se zabývat tím, co by je zajímalo nebo těšilo, vykonávají jen to nejnnutnější. Depresivní chování zahrnuje celou řadu projevů. Od pláče přes nerozhodnost, odkládání činností, celkovou zpomalenost při nedostatku energie, nesoustředěnost a roztěkanost, netrpělivost, uzavírání do sebe, vyhýbání kontaktům, pasivitu až po monotónní depresivní řeči, naříkavost, sebelítost, neustálé stěžování na příznaky a po sebevražedné pokusy. Depresivní člověk mívá následně pocity viny a vzteku na sebe za své chování, což vede k dalšímu stupňování deprese. Někdy typický den depresivních osob sestává jen ze "sezení" a "nicnedělání", anebo z toho, že se zaobírají víceméně pasivními aktivitami, jako je sledování televize, jídlo nebo polehávání. Velmi typické je odkládání činností pod jakoukoliv záminkou. Pak následují sebevýtčky. Lidé trpící depresí se vyhýbají celé řadě aktivit. V první řadě jsou to aktivity rekreační a příjemné. Dále jsou to všechny nepříjemné činnosti, týkající se kontaktu s lidmi, větší úkoly, činnosti vyžadující námahu apod. Vyhýbavé chování se někdy objeví i u některých běžných činnostech, jako je nakupování, cestování dopravními prostředky, použití výtahu apod. Toto

vyhýbání souvisí většinou s nepříjemnými pocity v daných situacích (úzkost, stud, trapnost, bezradnost, pocity nedostatečnosti nebo záchvaty paniky). Pocity méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem, zpočátku jen cizím, postupně i nejbližším. Nedostatek kontaktů pak druhotně vede k pocitům osamělosti. Při vystupňovaných příznacích deprese ztrácí řada lidí naději na vyléčení. V zoufalství se objevují myšlenky na smrt, chuť uniknout z trápení, které se zdá být nekonečné.

Během deprese se často objeví tělesné příznaky, které mohou imitovat tělesnou nemoc. Někdy se ohlásí již před objevením depresivní nálady, jindy přetrvávají ještě nějakou dobu po jejím odeznění. Při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných potíží. Objevuje se únavnost, nevykonnost, napětí nebo slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, břicha, nespavost, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, hubnutí, pocení, zácpa, bolesti žaludku, zhoršuje se schopnost zapamatování i výbavnost paměti, závratě, bušení srdce, tlaky v hlavě, v krku, třes končetin, poruchy menstruace, nechť k sexu apod. Pro špatnou koncentraci mívá řada depresivních pocit, že si nic nepamatují. Dalším projevem deprese může být pocit

"prázdná v hlavě": Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje. Častým příznakem je bolestivý tlak na hrudi, pocit sevření, jako by se nešlo nadechnout. Dalším typickým projevem deprese je nespavost. Obtížné je zejména předčasné ranní probouzení a nemožnost již dále usnout. Může se však objevit i neschopnost usnout večer nebo lehký, přerušovaný spánek, který nepřináší pocit odpočinku. Méně často je deprese spojena s nadměrnou spavostí jak během noci, tak i během dne. Člověk jako by chtěl zaspát všechno trápení a sebevčítky. Většinou je však jeho spánek mělký a nevede k odpočinku, i když trvá déle než obvykle.

(MICHÁLKOVÁ, Veronika. a kol., 2004)

2 Etiologie, patofyziologie

Ačkoli o diagnostice a léčbě depresivních poruch je známo mnoho, jejich příčina zůstává stále nejasná a většina laboratorních nálezů je pozitivní pouze při akutní exacerbaci poruchy. Je zřejmé, že depresivní poruchy jsou spojeny s neurochemickými změnami, není však jasné, zda jejich role může být etiologická, nebo zda pouze doprovázejí určité známky či příznaky. Do současnosti bylo uvedeno již mnoho hypotéz o vzniku depresí. Z hlediska současného modelového pojetí duševních poruch (biopsychosociální model) lze tyto přístupy rozdělit do dvou základních skupin: faktory biologické a psychosociální. Psychosociální faktory tvoří významný rámec, který se může na vzniku depresivních stavů podílet a udržovat ho nebo zhoršovat, není-li vhodně léčebně ovlivněn.

Mnohá sledování se zabývala vlivem stresu a životních událostí na vznik a průběh poruch nálady. Ukazuje se, že životní stresory mají vliv nejen na rozvoj deprese, ale i na její závažnost. Na počátku vzniku depresivní epizody lze často identifikovat řadu stresorů, z nichž k nejčastějším patří skryté nebo otevřené konflikty v manželství. Nelze však opominout ani zátěžové události nebo trvající nepříznivé okolnosti (i katastrofického charakteru, jako např. nedávná situace při povodních), které se stávají vyvolávajícím faktorem, bez něhož by k

rozvoji deprese nedošlo. K rozvoji depresivních příznaků dochází jen ojediněle v průběhu samotných zátěžových situací, ale většinou až s určitým odstupem (symptomy se objevují s postupem času a kumulují se do depresivního syndromu). Z těchto důvodů je nezbytné při podobných událostech věnovat pozornost a péči všem postiženým, a to i v období již zdánlivě klidném.

3 Klinický obraz

Depresivní nálada bez dostatečných psychologicky pochopitelných důvodů, která má silný vliv na veškerou psychiku nemocného. Pacient je smutný, stísněný, plačtivý, úzkostný, někdy zcela apatický. Ztratil schopnost se radovat, je pesimistický, ztratil sebedůvěru a sebevědomí, je nerozhodný, náchylný k sebeponižování a sebeobviňování, je beznaděje do budoucna. Někdy má depersonalizační pocity (že nese své utrpení lhostejně, že se ostatní změnili atd.). Celkový vzhled nemocného odpovídá jeho utrpení. V tváři má beznaděj nebo úzkost, má ochablé držení těla. Motorická a mimická aktivita je snížena (někdy není schopen ani pláče), někdy dochází až ke stuporu. Je-li velká úzkost, může vést ke zvýšené aktivitě, až k agitaci.

Vrcholná úzkost může přejít v těžkou poruchu jednání, v němž se může nemocný dopustit agrese vůči sobě nebo okolí. Velké zoufalství a mikromanické bludy mohou skončit tzv. rozšířenou sebevraždou (nemocný zabije své nejbližší i sebe, aby je ušetřil hrozného osudu, který na ně v jeho představě čeká).

Řeč je tichá, pomalá, někdy až mutismus. Duševní pochody jsou utlumeny. Nemocný hůře chápe, pomalu vybavuje, myšlení je jednotvárné, týká se skoro výhradně vlastního utrpení. Někdy vzniká až dojem pseudodemence, zejména u starších lidí. Po vyléčení je intelektová aktivita opět intaktní. Patická nálada dá někdy vzniknout bludům, nejčastěji jde o bludy autoakuzační (je hříšník, lhář, vše zkazil, zničil apod.) Někdy jde až o bludy pseudomegalomaničké, např. ahasverismus (za trest bude věčně žít a trpět), nebo o bludy hypochondrické.

Mohou se objevit i persekční bludy (bude stíhán nebo popraven, přitom má vědomí zaslouženosti a viny), iluze a verbálně sluchové halucinace, jejichž obsah navazuje na motivaci primárně patické nálady. Mohou být přítomny i obsese a fobie. U drtivé většiny depresí jsou přítomny sebevražedné myšlenky a tendence. Nebezpečí realizace suicidia je značné a nemocní většinou tyto tendence disimulují.

Příznaky somatické a vegetativní. Dostavuje se ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze, dyspeptické potíže, zácpa, poruchy spánku, sucho v ústech, úbytek sexuální apetence.

(Časopis Sestra, 2001)

4 Formy, jejich průběh a možné komplikace

Nerozlišuje mezi endogenní a neurotickou depresí, ale bere v úvahu především rozsah a závažnost příznaků, které nemocného trápí. Dále zachycuje průběhové charakteristiky. Příznaky deprese mohou mít různou hloubku a intenzitu. Podle toho můžeme mluvit o mírné, středně těžké nebo těžké depresivní epizodě. Navíc se mohou nebo nemusí objevit psychotické příznaky.

Lehká depresivní epizoda - depresivní nálada, ztráta zájmu a radosti a zvýšená únavnost trvají nejméně 2 týdny. Jedinec s mírnou depresivní fází je obvykle příznaky obtěžován a má určité potíže s vykonáváním běžné práce a sociálních aktivit, ale pravděpodobně nepřestane fungovat úplně.

Středně těžká depresivní epizoda - porucha nálady je hlubší, jedinec je schopen fungovat ve společenských, pracovních a domácích aktivitách jen se značnými obtížemi.

Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků - porucha nálady je hluboká, prakticky neovlivnitelná vnějšími impulzy. Praktickou činnost již postižený nevykonává, nemá na ni energii, a ztratil pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity. Pacient obvykle projevuje značnou stísněnost nebo agitovanost, pokud není výrazným rysem zpomalení. V popředí bývá ztráta sebeúcty nebo pocitů užitečnosti, pocity viny. Bývá nebezpečí sebevraždy. U těžké depresivní fáze je vždy přítomen somatický syndrom.

Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky - jsou navíc přítomny bludy, halucinace nebo depresivní stupor. Bludy obvykle obsahují myšlenky na hřích, chudobu nebo hrozící katastrofu, za kterou se pacient cítí odpovědný. Sluchové halucinace se obvykle projevují pomlouvačnými nebo obviňujícími hlasy a čichovým vjemem hnilobné špíny nebo rozkládajícího se masa. Těžká psychomotorická retardace může progradovat až do stuporu.

(PRAŠKO, Ján. a kol., 2004)

5 Diagnostika

5.1 Subjektivní potíže

Zpočátku si nemocný může stěžovat na jeden nebo několik tělesných příznaků (únava, bolesti), případně projevuje podrážděnost, úzkost nebo nervozitu, a teprve podrobnější vyšetření odkryje pokles nálady neodpovídající okolnostem či přítomnost ztráty zájmů. Tyto změny jsou doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity, a většina dalších příznaků je druhotných nebo snadno srozumitelných v kontextu změn nálady a aktivity. Začátek jednotlivých epizod bývá většinou spojen se zátěžovými situacemi (porod, cévní mozková příhoda, přítomnost tělesné choroby - např. Parkinsonovy nemoci, roztroušené sklerózy).

5.2 Základní příznaky

Mezi základní příznaky patří depresivní nálada takového stupně, který je pro daného jedince naprosto nenormální, musí být přítomna po většinu dne a téměř každý den po dobu alespoň dvou týdnů, přičemž není ovlivnitelná okolnostmi. K dalším důležitým známkám patří ztráta zájmů a radosti z aktivit, které jedince obvykle těší, nebo je přítomen pocit snížené energie a zvýšená únavnost. K častým doprovodným příznakům patří: ztráta sebedůvěry a sebeúcty, neoprávněné sebevýčitky nebo přehnané a bezdůvodné pocity viny, nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď.

- vracející se myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoliv sebevražedné jednání;
- snížená schopnost myslet nebo se soustředit, jako je například nerozhodnost nebo váhavost;
- změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo retardací, pro niž máme objektivní důkaz (chování nemocného při vyšetření, popis chování jinými osobami);
- poruchy spánku jakéhokoliv druhu (nejčastěji ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou, často spojené s těžšími depresivními prožitky v ranních hodinách);
- změna chuti k jídlu (zvýšená nebo snížená, s odpovídající změnou hmotnosti);
- zřetelná ztráta libida.

5.3 Stav spojené s výskytem deprese v rámci primární péče

Při určitém zobecnění lze situace, kdy se praktický lékař může s depresivní problematikou setkat a rozdělit zhruba takto:

- Stanovená diagnóza je chybná, jedná se o projevy deprese (např. algické syndromy, úbytek tělesné hmotnosti, poruchy spánku, parestezie, vertigo, pseudodemence, parkinsonský syndrom). V dřívějším pojetí se tento typ označoval jako maskovaná, či larvové formy deprese.

- Deprese je doprovodným symptomem mnoha primárně somatických onemocnění (doprovází např. kardiovaskulární choroby v 16 - 23 %, cévní mozkové příhody ve 32 %, epilepsii ve 31 %, roztroušenou sklerózu mozkomíšni a jiné zánětlivé choroby CNS ve 37 %, Parkinsonovu nemoc a jiné nemoci bazálních ganglií ve 35 - 45 %, traumata mozku v 15 - 50 % a míchy ve 30-60%, demenci ve 20-80%).

- Deprese je vyvolána léčbou tělesného onemocnění (kortikosteroidy, ACTH, antagonisté H₂-receptorů, a-metyldopa, reserpin, clonidin, inhibitory ACE, b-blokátory, sedativní hypnotika a barbituráty, antipsychotika, blokátory kalciových kanálů, hormonální antikoncepce,

chemoterapie,

digoxin).

- Pacient přichází s obtížemi, které vyvolala antidepresivní nebo profylaktická léčba (tremor, cefalea, poruchy potence, porucha salivace, porucha akomodace). V této kategorii je nutné upozornit na existenci tzv. serotoninového syndromu, k jehož projevům patří myoklonus, tremor, dysartrie, inkoordinace, ataxie, průjem, manioformní stav, dezorientace, hyperpyrexie, pocení, zvýšení TK. V případě užití vyšších dávek nebo intoxikace tricyklickými antidepresivy nacházíme mydriázu, hyperreflexii, svalové záškuby, ataxii, epileptické paroxysmy, respirační útlum, excitovanost, zmatenost, kóma. U některých pacientů mohou již terapeutické dávky tricyklických antidepresiv vyvolat retenci moči, střevní paralýzu, hypertermii, suchost sliznic, zarudnutí obličeje, sinusovou tachykardii, hypotenzi, prodloužení komplexu QRS-na-elektrokardiogramu.

- Deprese je vedlejší diagnózou pacienta (zde je nutné zohlednit zejména interakce zvažované léčby se současně podávanou antidepresivní terapií, nebo u pacientů s anamnézou deprese vybrat k léčbě látku s minimálním depresiogenním potenciálem). Případně bychom měli uvážit, zda není deprese iniciálním příznakem jiného nastupujícího onemocnění.

5.4 Postup pro stanovení diagnózy deprese.

Jestliže lékař usoudí, že jde o depresi, musí rozhodnout, zda bude nemocného léčit sám, či zda ho odešle k psychiatrovi. Specialisté jiných oborů budou léčit především nemocné se somatickými příznaky (bolesti hlavy, v zádech nebo jinde, pocity tíže na prsou nebo v břiše, chronická únava, stížnosti na dlouhotrvající nespavost, stav výrazného napětí a deprese vázané na menstruační cyklus), kde nelze najít organickou příčinu. Dále by se měl spíše nepsychiatr věnovat léčbě nemocných s prokázaným organickým nálezem (ischemická choroba srdeční, vředová choroba gastroduodenální, hypertenzní nemoc, neurodegenerativní a jiná onemocnění CNS, onemocnění svalů a pojiva - revmatismus, nádorová onemocnění), u kterých figuruje deprese jako komorbidita. Velmi účelné také bývá, když si po zvážení stavu ponechá lékař v péči zejména ty pacienty, kteří přímo odmítají kontakt s psychiatrem a u nichž nepředpokládá, že specialistu na jejich doporučení navštíví (např. z obavy před "nálepkou duševní choroby".)

Léčbu je tedy možné uspokojivě vést i v rámci primární ambulantní péče. Jen někteří z pacientů budou vyžadovat konzultaci s psychiatrem nebo přímo předání do specializované péče.

6 Terapie

Většinu epizod, především lehčí a středně těžké deprese je možno dnes léčit úspěšně ambulantně. Těžší deprese a mánie je třeba hospitalizovat, kritériem je nebezpečí realizace suicidia u depresí a únosnost společenského chování u mánií.

V údobí těžké deprese nemocného uložíme, nenutíme jej ke kontaktům, rozptýlení, smutek, ev. bludy nevymlouváme. S jeho utrpením však musíme mít účast. Příbuzní a laici zpravidla nutí nemocného, “aby se s tím porval”, aby se vzchopil, že se musí vzchopit, že se musí snažit atd. Je třeba je poučit o neúčinnosti, ba škodlivosti takových rad u hlubších depresí. Teprve v období zlepšování doporučujeme mírnou činnost. Základ terapie depresivního onemocnění spočívá dnes v psychofarmakoterapii, eventuálně v kombinaci s elektrokonvulzní léčbou.

K léčbě depresivní fáze používáme především antidepressiva, některá neuroleptika, anxiolitika a dosud nejúčinnější elektrokonvulzní léčbu.

K léčbě manické fáze používáme neuroleptika, lithiové soli, případně elektrokonvulze.

6.1 Medikamentózní léčba

Léčba depresivní fáze

Začíná se obvykle tricyklickými antidepresivy (TA) (thymoleptiky): dothiepin = dosulepin (PROTHIADEN) zpočátku 75 mg/den p.o., po 3 dnech se stoupá na 150-225 mg/den. Zhruba po 2 týdnech se snižuje na udržovací dávku 25-75 mg/den, která se ponechá 2-3 měsíce. Imipramin (MELIPRAMIN) je tzv. širokospektré antidepresivum. Počáteční dávky 25-75 mg/den se zvyšují na 200, vyjímečně až na 300 mg/den. Po úpravě deprese snižujeme na udržovací dávku 50-100 mg/den, která se ponechá asi 3 měsíce po odeznění fáze. V posledním desetiletí se dostal do popředí clomipramin (ANAFRANIL, HYDIPHEN), který má rychlejší nástup účinku (pozor na riziko podávání u epilepsie). Je výhodný u inhibovaných depresí, panických stavů a v kombinaci s LUDIOMILEM (event. v infusi 1:2 či 1:3, oba celkem 75-100 mg/den) i k prolomení hluboké deprese. ANAFRANIL se nepodává večer, protože by mohl narušit spánek. Max. denní dávka je 250 mg. Není příliš vhodný u

agitovaných a úzkostných stavů (s výjimkou panických). Osvědčuje se u starých lidí s apaticko-abulický syndromem. Osvědčená bývá kombinace nortriptylinu (spíše povzbuzuje) s amitriptylinem (spíše tlumí) v zahajovací dávce NORTRIPTYLIN 2-1-0, AMITRIPTYLIN 0-1-2 tbl. 25 mg. Dávkování a poměr obou preparátů se dále mění podle stavu nemocného. Při agitovanosti se léčí pouze amitriptylinem. Max. denní dávky jsou 200 mg pro nortriptylin a 300 mg pro amitriptylin. Nevýhodou amitriptylinu jsou ovšem poměrně časté nežádoucí účinky, zejména anticholinergní, na které je třeba předem nemocného upozornit. Univerzálním TA je dibenzepin (NOVERIL). Během 3 dnů se vystoupá s dávkami až na 500 mg. Udržovací dávky jsou 120-240 mg/den. Léčí se celkem asi 6 měsíců.

Z hlediska užití obdobným preparátem, vhodným též k léčbě larvovaných depresí, psychosomatických projevů a depresí ve vyšším věku, je antidepresivum 2. generace maprotilin (LUDIOMIL). Solidním antidepresivem s mírnějším působením je mianserin (LERIVON). Z antidepresiv 2. generace je to také viloxacin (VIVALAN) v dávce 150-400 mg/den. Je vhodný tam, kde jsou ostatní přípravky relativně kontraindikovány: při záchvatové pohotovosti (snižuje ji), při glaukomu, hypertrofii prostaty, poruchách srdečního rytmu apod. Není inkompatibilní s požitím alkoholu, není však příliš efektivní.

Nyní se v první volbě stále častěji užívají specifické blokátory reuptake serotoninu (SSRI) do presynaptického zakončení: citalopram (SEROPRAM), fluoxetin (PROZAC),

fluvoxamin (FEVARIN), sertralin (ZOLOFT), paroxetin (PAXIL, SEROXAT). Osvědčují se nejen u depresí, ale též u panických stavů a osedantně - kompulzivních poruch. Měla by se jimi zahajovat léčba "zimních depresí", spojených s nadměrným příjmem glycidů a hmotnostním přírůstkem.

Nástup účinku thymoleptik je v průměru 1-2 týdny. Teprve po 3 týdnech lze zodpovědně hodnotit jejich účinek (tato latence se vysvětluje jako doba nutná k desenzibilizaci receptorů).

Významnou skupinou antidepresiv jsou thymoeretika (inhibitory monoaminoxidázy, IMAO): nialamid (NUREDAL), tranlycypromin (PERNATE), moclobemid (AURORIX) a selegilin (JUMEX), který jako inhibitor převážně IMAO_B má zvláštní význam zejména v geriatрии.

IMAO se většinou nesmí kombinovat s TA a s SSRI, je zákaz potravin obsahující větší množství tyraminu (arom. sýry, vnitřnosti), alkoholu, kávy apod.

Fytoterapie. Experimentálně se prokázal antidepresivní účinek extraktů z třezalky (HYPERICUM PERFORATUM L.) v dávkách 300-900 mg/den. Z účinných látek pouze flavon působí jako IMAO_A, zatímco mechanismus antidepresivního účinku hypericinu a xantonu není dostatečně prozkoumán.

U těžké deprese se suicidálními tendencemi se aplikují elektrokonvulze, které mají oproti antidepresivům promptní účinek.

U afektivních poruch dochází k desynchronizaci biologických rytmů. Mocným synchronizátorem je jasné bílé světlo o min. 2500-5000 lx, které aplikováno v časných ranních hodinách má též příznivý vliv na náladu. Tato fototerapie působí ihned, zejména u sezonních depresí, ale účinek nemá dlouhého trvání. Je vhodná k překlenutí latence nástupu účinku antidepresiv.

Léčba manické fáze

Akutní manický stav, kdy primárním požadavkem je zklidnění nemocného, se zvládá pomocí neuroleptik.

Chlorpromazin (PLEGOMAZIN) 100-200 mg/den, při spolupráci nemocného raději per os. V případě nutnosti lze vyjímečně podat 1000-2000 mg/den. Udržovací dávky jsou 50-200 mg/den, ty lze podávat jednou denně vždy před spaním. Výrazné extrapyramidové příznaky lze korigovat inj. atropinem s.c., PONALIDEM nebo tbl. TRIPHENIDYLU (1-3 x 2 mg pro die) pouze po nejnnutnější dobu. Levopromazin (TISERCIN) 50-100 mg hluboko i.m. jednorázově, podle účinku je možno po 30 min. připichovat až do celkové denní dávky

několika set miligramů, je však třeba zvážit nebezpečí výrazných nežádoucích příznaků. Zejména orthostatických kolapsů (hypotence) a obstrukce. Oba preparáty lze kombinovat jak mezi sebou, tak i s promethazinem (PROTHAZIN, PHENERGAN) v dávce 50-100 mg, který umocní sedativní účinek za současné částečné korekce parkinsonského syndromu. Rozšířeným v této indikaci je také haloperidol (HALOPERIDOL), který se podává p.o. či i.m. max. 50 mg/den. Podle některých zpráv je kombinace haloperidolu s lithiem nebezpečná a měli bychom se jí vyhnout. Užitečným se pro zlidnění manických a agresivních pacientů ukázal být zuclopenthixol (= zuclopenthixol, CISORDINOL) a zejména zuclopenthixol acetát v olejovém injekčním roztoku (CISORDINOL ACUTARD) s dobou působení 24-72 hodin, který se aplikuje jednou za 1-3 dny, sedativní působení se projeví 2-4 hodiny po aplikaci 50-100 mg i.m. Výhodou je pak následná aplikace ve formě tablet (CISORDINOL tbl.) a depotních injekcí (CISORDINOL DEPOT), neboť časná pozitivní terapeutická odpověď na zuclopenthixol acetát predikuje i úspěšnost následné dlouhodobé udržovací léčby tímtož neuroleptikem.

Ke zvládnání manického neklidu se dále užívají: prochlorperazin, perfenazin, zejména injekční (PERATSIN, TRILAFON), flufenazin (MODITEN, SEVINOL), oxyprothepin (MECLOPIN), clozapin (LEPONEX), trifluoperidol (TRISEDYL), clorotepin (CLOTEPIN) a další. U nezvládnutelných stavů se aplikují elektrokonvulze.

Za terapeutikem manie lze považovat lithium (LITHIUM CARBONICUM, CONTAMNOL, LITHIOFOR), jehož nástup účinku je však zvolný, než aby stačil ke zvládnutí akutního neklidu. Lithium je však především profylaktikem a jeho několikaleté užívání vede ke změně průběhu periodických afektivních poruch ve smyslu prodloužených remisí a snížení fází co do počtu, délky trvání i amplitudy (závažnosti). Lithium je účinné asi u 60% nemocných s afektivní poruchou. Jako profylaktikum afektivních poruch se dále zkouší rubidium, valproát (KONVULEX, EVERIDEN), valpromid (DÉPAMIN) a carbamazepin (TEGRETOL, BISTON).

(Časopis Sestra, 2001)

6.2 Psychoterapie

6.2.1 Kognitivní terapie

Jde o nápravu chronicky pokrouceného chápání, jež vedlo k depresi: pocitů bezmocnosti, sebepodceňování, negativní percepce minulosti i budoucnosti. Terapeut je aktivní, “zadává domácí úkoly”. Podobný je nácvik asertivity - trénuje se např. v Psychiatrickém Centru Praha.

6.2.2 Behaviorální terapie

Je založena na teorii učení, je krátkodobá, zaměřená na určité nežádoucí chování. Využívá techniky pozitivního posilování.

6.2.3 Interpersonální terapie

Hodí se jako krátkodobá léčba nepsychotických pacientů, ne-endogenních, ne-bipolárních ambulantních pacientů. Důraz se klade na současné aktuální interpersonální vztahy dotyčného.

6.2.4 Psychoanalýza

Neomezená v trvání, orientovaná na vytvoření vhledu a pochopení nevědomých konfliktů a motivací, které sytí a udržují depresi.

6.2.5 Podpůrná psychoterapie

Neomezená v trvání, orientovaná na vytvoření emoční podpory. Hodí se v akutních krizích, při zármutku, nebo při ústupu velké deprese, kdy pacient ještě není schopen náročnější interaktivní psychoterapie.

6.2.6 Skupinová psychoterapie

Někteří depresivní pacienti mohou zúžitkovat podporu, ventilaci problémů a pozitivní posilování ve skupině i kognitivní korekční prvky v mezilidské komunikaci ve skupině. Kontraindikována u akutních suicidálních pacientů.

6.2.7 Rodinná léčba

Indikována tam, kde afektivní poruchy souvisejí nápadně se vztahy v rodině, s pocity znehodnocení a frustrace v meziosobních vztazích uvnitř rodiny. Spočívá v práci s rodinou jako celkem.

6.3 Elektrokonvulze

Po dobu 0,1-1,3 s se zajistí průchod střídavého nebo modulovaného stejnosměrného proudu mozkem, nejlépe z bitempolárně či unilaterárně přiložených elektrod o napětí 80-130 V. V současné době se vyvíjejí také přístroje nízkovoltážní. ECT vyvolá klonicko-tonické křeče příčně pruhovaného svalstva celého těla a centrálně vyvolá změny s masivním antidepressivním a antipsychotickým účinkem. Před aplikací je nutná příprava a premedikace: Informovaný souhlas pacienta, žádné jídlo od půlnoci před aplikací, interní vyšetření a EKG. Půl hodiny před aplikací ECT premedikujeme atropinem 0,5 mg s.c. inj. k prevenci arytmií a aspirace. ECT se provádí za účasti anesteziologa v krátkodobé centrální anestezii s řízeným dýcháním přes masku. Použijeme krátkodobé anestetikum (THIOPENTAL 100-300 mg i.v.) a následně myorelaxaci succinylcholinem (40-80 mg i.v.)

Indikace: Velká deprese s melancholií, nebezpečná mánie, katatonie, život ohrožující psychotické stavy. ECT se aplikuje 2-4x týdně, do celkového počtu asi 6-10 sezení.

Kontraindikace: jsou relativní: arytmie, horečka, výrazná hypertenze, koronární ischemie, těžká osteoporóza, epilepsie.

Nežádoucí účinky: arytmie, přechodné poruchy paměti, cefalgie. Hypertonicí potřebují zvýšit přechodně dávku hypotenziva ke kompenzaci zvýšení TK po ECT.

7 Prognóza

Prognóza afektivních poruch je v celku dobrá. Nalézt spolehlivé predikční faktory se nepodařilo. Zvyšující se frekvence fází, hereditární zátěž a dysthymní rysy osobnosti se někdy považují za přitěžující faktory. Největším nebezpečím při endogenní depresi je suicidium. V tomto smyslu je deprese vážným medicínským a společenským problémem a závažným zdrojem mortality psychických poruch. Nebezpečí suicidia se snažíme předejít dispensarizací nemocných, profylaxí MD onemocnění, vhodnou a včasnou léčbou, správně indikovanou hospitalizací a spoluprací s okolím nemocného.

Nepříznivými prognostickými faktory jsou:

- suicidální pokusy v anamnéze
- suicidální hrozby
- omezená možnost úniku
- skutečný úmysl zemřít
- diagnóza velké deprese
- anamnéza závažného tělesného onemocnění
- přítomnost závažné stresující události
- nepříznivá životní situace
- osamocenost
- nezaměstnanost
- přítomnost suicidií v rodinné anamnéze
- imperativní halucinace popř. hypochondrické bludy

Opatření

Sebevražedné jednání patří mezi akutní psychiatrické příhody. Je-li třeba, musíme použít fyzického omezení. Zasahujeme farmaky, hospitalizujeme, provádíme krizovou intervenci: podpůrnou psychoterapii, manipulaci s prostředím, pracujeme s nejbližším okolím (partner, rodina).

Všeobecná strategie je zaměřena na :

- ochranu jedince
- předcházení násilí
- vyloučení organické duševní poruchy

- vyloučení aktivní psychózy

V zájmu ochrany jedince se snažíme dozvědět o něm co nejvíce, fyzické omezovací zákroky přenecháme těm, kteří jsou k tomu trénováni, nespolehneme nikdy na štěstí, odstraňujeme všechny předměty, které by mohly být použity jako sebevražedné nástroje, zajišťujeme stálý dozor, snažíme se rozvinout kontakt s pacientem a jeho okolím.

Dodatky

Sebevražda

Suicidium je jednou z nejzávažnějších komplikací depresivního onemocnění a činí z něj poruchu smrtelnou. Odhaduje se, že až čtvrtina sebevražd u nás může být důsledkem velké afektivní poruchy, která ve statistických výkazech figuruje v kategoriích “bez srozumitelné motivace, jiné motivace, jiné vnitřní osobní konflikty a problémy a bez zjištěné motivace”. Značná část zbývajících sebevražd je patrně důsledkem ostatních afektivních poruch. V 80. letech zhruba 40% sebevrahů u nás mělo určeno psychiatrickou diagnózu. Pouze u necelých 4% sebevrahů bylo pozitivně určeno, že žádnou psychiatrickou poruchu neměli. Sebevražda patří mezi 10 nejčastějších příčin smrti. Ke státům s vysokou sebevražedností se řadí Skandinávie, Švýcarsko, Německo, Rakousko, Maďarsko, Rumunsko a Japonsko, kde se sebevražednost pohybuje nad 25 na 100 000 obyvatel na rok. U nás je sebevražednost pod 20 a stále klesá. Na sebevražednosti se podílejí kulturní, religiozní, zdravotní, klimatické a jiné vlivy. Tak jako jinde, i u nás je poměr mužů a žen u dokonalých sebevražd 3:1, u sebevražedných pokusů zhruba obrácený. Nejčastější sebevražednost je ve věkové skupině nad 70 let. Nejčastějším způsobem dokonalé sebevraždy je oběšení, uškrcení či udušení (60%). 76% sebevražd se odehraje ve vlastním bytě. 15% sebevražd je pod vlivem alkoholu. Rizikovým obdobím u nás bývá jaro (duben), nejméně sebevražd bývá v prosinci (vánoce). Ze dnů v týdnu jsou nejrizikovější pondělí a úterý, nejméně rizikový je víkend. Ženy u nás páchají sebevraždu nejčastěji odpoledne, muži spíše v noci. Tyto údaje se však rok od roku mění. Sebevražedné pokusy mají největší četnost u žen ve věkové skupině 15-19 let, u mužů 20-29 let. Nejčastějším způsobem provedení sebevražedného pokusu je otrava pevnou nebo tekutou látkou (75%), na druhém místě je poranění řezným, sečným nebo bodným nástrojem (16%). Rizikovou skupinu tvoří vdovy.

(KŘIVOHLAVÝ, Jaro., 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Ošetrovatelský proces u pacienta s depresivním syndromem

8.1 Možné ošetrovatelské diagnózy

Možné ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie 1 specifické pro pacienty s depresí.

- Strach 00148
- Úzkost 00146
- Únava 00093
- Porušený spánek 00095
- Obraz těla porušený 00118
- Péče o sebe sama nedostatečná 00108
- Společenská izolace 00053

8.2 Potencionální ošetrovatelská diagnóza

- Riziko sebepoškození 00139
- Riziko sebevraždy 00150

8.3 Identifikační údaje pacienta

Pohlaví: muž

Rok narození: 1951

Sociální stav: důchodce, vdovec

Dříve pracoval jako výpravčí u ČD

Kontaktní osoba: syn

Bydliště: Tuchlovice

Váha: 60 kg

Výška: 176cm

BMI: 19,4

Iniciály: B.J

Věk: 58

Přijat dne: 21.11.2008 UVN Střešovice

Dny oš.péče: 28.11.2009 – 7.12.2008

Pojišťovna: 111

8.4 Lékařská dokumentace

Psychologická anamnéza (P.A.): depresivní potíže trvající 2 roky, začátek lze datovat od období, kdy se pacient staral o svou ženu léčenou pro Alzheimeru. Před smrtí manželky se to prohloubilo. Před rokem 1 pokus o sebevraždu- vypil kyselinu solnou. V zápětí byl hospitalizován na interně, kde se znovu pokusil o sebevraždu skokem z okna. Dlouhou dobu byl hospitalizován v Beřkovicích. Následně byl léčen ambulantně, kde se opětovně pokusil o 3 sebevraždu postřelením obou spánků svou vlastní vzduchovkou.

Osobní anamnéza (O.A.): art.hypertenze, úrazy-st.p.zlomenina P ruky v mládí

Rodinná anamnéza (R.A.): oba rodiče zemřeli stářím, měl 2 mladší sourozence-kterí již zemřeli, děti- syna (zdráv).

Farmakologická anamnéza (F.A.): Mirzaten 0-0-1, Zyprexa 1-0-0, Cipralex 1-1-1

Alergická anamnéza (A.A.): alergii neguje

Sociální anamnéza (S.A.): nemocný je vdovec, žije v rodinném domě sám

Pracovní anamnéza (P.A.): pracoval jako výpravčí u ČD, nyní důchodce

Abusus: nepije, exkuřák – ale 6 let už nekouří

Zájmy: dříve rybaření

Vita sexualis: heterosexuálně orientovaný

Status preasens:

Pacient je orientován bez dušnosti a cyanózy. Hlava: normocefalická, poklepově nebolestivá, uši a nos bez sekrece, bulby ve středním postavení, skléry bílé, spojivky růžové, jazyk vlhký plazí se středem. Hrudník: souměrný, dýchání čisté, akce srdeční pravidelná, 2 ozvy. Břicho: v úrovni hrudníku, měkké prohmatné bez defense, dýchá k třísům, játra a slezina nezvětšena, Tapott bilat. neg., poklep TIFF. Bubínek, peristaltika+, normální, šplíchy 0. Per rektum: cavum douglasi se nevyklenuje, na rukavici hnědá stolice, tonus svěračů přiměřený, prostata nezvětšena

Provedená vyšetření:

Psychologické+psychiatrické testy

Neurologické vyšetření(CT hlavy)

Rentgenové vyšetření (dále RTG)

Ultrasonografické břicha (dále UZ)

Laboratorně – zvýšené leukocyty a C-reaktivní protein (dále CRP)

Závěr při příjmu:

Period.depres.por., fáze těžká

8.5 Fyzikální vyšetření sestrou:

Provedené fyzikální vyšetření je odebráno 7. den hospitalizace pacienta. K tomuto účelu mi posloužila monografie Fyzikální vyšetření sestrou.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Krevní tlak (TK) : 140/90 mmHg

Pulz (P) : 85/minutu

Dech (D) : 26/minutu

Tělesná teplota (TT) : 37,3°C

Výška: 176 cm

Váha: 60 kg, BMI: 19,4

Tabulka č. 1 Celkový stav:

Vyšetřovaná oblast	Fyzikální vyšetření u pacienta
vědomí	orientovaný
dýchání	eupnoe,
poloha	pasivní
chůze	chůze bez obtíží
lebka - velikost	normocefalická
konstituce	normostenik
výška, BMI	eutrofický
kůže	růžová, bez ikteru, hematomy 0
kožní turgor	normální
vlasý	alopecie
motorika	pohyblivý
řeč	plynulá
hlas	bpn

Tabulka č. 2 Vyšetření hlavy:

Vyšetřovaná oblast	Fyzikální vyšetření u pacienta
lebka - tvar	mezocefalická
hlava - poklep	nebolestivá
držení hlavy	přirozené
víčka	bpn, edém 0
oční bulby	ve středním postavení
spojivky	růžové
skléry	bílé
boltec	bpn, edém 0
sluch	dobře slyší
nos	bez výtoků
rty - barva	růžové
rty - tvar	souměrné
jazyk	plazí ve střední čáře
jazyk povrch	růžový, vlhký, mírně povleklý
tonzily	malé hladké růžové

chrup	vlastní: sanován
-------	------------------

Tabulka č. 3 Vyšetření hrudníku a srdce:

Vyšetřovaná oblast	Fyzikální vyšetření sestrou
hrudník	atletický
prsy	symetrické, rezistence 0
příce - poklep	plný, jasný
dýchání	čisté, sklípkové kolik?/min
srdeční krajina	bez vyklenutí
akce srdeční	pravidelná 75

Tabulka č. 4 Vyšetření břicha:

Vyšetřovaná oblast	Fyzikální vyšetření sestrou
břicho	V úrovni hrudníku
šíření dechové vlny	šíří se až k tříslům
břicho - kůže	hladká, beze změn
břicho - barva kůže	světlá, do růžova
břicho - pohmat	Měkké
rezistence	bez hmatné rezistence
břicho - poslech	borborygmy
bolestivost	nekuje
tapotement	oboustranně negativní

Tab. atd Vyšetření dolních končetin:

Vyšetřovaná oblast	Fyzikální vyšetření sestrou
edémy	0
prsty	symetrické, růžové
kůže končetin	teplá, pružná
periferní pulzace	hmatné
žíly DK	varixy 0, lýtka nebolestivá

9 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je metoda systematického plánování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je zhodnocení efektivity ošetrovatelské péče a dosažení všech stanovených cílů. Ošetrovatelský proces se dělí na pět fází, a to posouzení celkového stavu nemocného, při němž si stanovíme ošetrovatelské problémy, následně diagnózy, plán, realizace a hodnocení.

9.1 Posouzení potřeb pacienta podle NANDA domén

K vytyčení všech ošetrovatelských problémů u pacienta mi posloužila ošetrovatelská dokumentace dle Marjory Gordon. Dále jsem jednotlivé položky zpracovala podle NANDA domén.

1. PODPORA ZDRAVÍ

Pacient dodržuje léčebný režim

Bez ošetrovatelského problému

2. VÝŽIVA

Výška – 176cm, váha – 60Kg, BMI – 19,4. Pacientovi během 4 měsíců klesla váha o 5 kilo. Pacient nemá chuť k jídlu. Pacient jí obvykle na snídani jogurt a k obědu polévku a večer nevečeří. Denně vypije 2l tekutin.

Ošetrovatelský problém- PORUŠENÝ TĚLESNÝ OBRAZ

3. VYLUČOVÁNÍ VÝMĚNA

Mikce bez obtíží, spontánně bez příměsí. Stolice pravidelná, formovaná. Projímadla neužívá. Pacient je často unavený a na pravidelnou hygienu musí sestra dohlížet. Zde byl proveden Barthelův test. (závislost střední 50 bodů.)

Ošetrovatelský problém- PÉČE O SEBE SAMA NEDOSTATEČNÁ

4. AKTIVITA - ODPOČINEK

Pacient udává, problémy se spánkovou aktivitou. Denní aktivity pacient nezvládá, je často vyčerpaný a unavený. Skoro celý den polehává v posteli.

Ošetrovatelský problém- PORUŠENÝ SPÁNEK, ÚNAVA

5. VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ

Pacient nosí brýle na čtení, které mu nečiní problémy. Pacient je orientována místem, časem. Komunikuje uzavřeně, o svých problémech nerad mluví.

Ošetrovatelský problém- SPOLEČENSKÁ IZOLACE

6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacient je spíše pesimista. Řešení problémů mu činí obtíže, má z toho strach. Cítí se pořád smutný ze ztráty své manželky.

Ošetrovatelský problém- STRACH

7. VZTAHY

Pacient si se svým synem velmi dobře rozumí. Sousedské vztahy má víc než dobré.

Bez ošetrovatelského problému

8. SEXUALITA

Na urologii nebyl, protože nemá žádné potíže, tak to nepovažuje za nutné. Pacient neudává žádné obtíže v této oblasti.

Bez ošetrovatelského problému

9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

Pacient nezvládá zátěžové situace. Cítí se být na vše sám. Má strach z budoucna.

Ošetrovatelský problém: STRACH

10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Pacient není žádného vyznání.

Bez ošetrovatelského problému

11. BEZPEČNOST - OCHRANA

Pacient se cítí často sám. Dává si za vinu smrt jeho manželky. Smutek řeší suicidou.

Ošetrovatelský problém: RIZIKO SEBEPOŠKOZENÍ

12. KOMFORT

Pacient byl přijat pro pokus o sebevraždu. Nyní se cítí lépe.

Bez ošetrovatelského problému

13. RŮST/VÝVOJ

Fyziologický věku

9.2 Stanovené ošetrovatelské problémy:

- strach 00148

- úzkost 00146

- únava 00093

- spánek porušený 00095

- obraz těla porušen 00118

- péče o sebe sama nedostatečná 00108

- společenská izolace 00053

- riziko sebepoškození 00139

- riziko sebevraždy 00150

10 Plán ošetrovatelského procesu

V této části převedu všechny stanovené ošetrovatelské problémy pacienta do ošetrovatelských diagnóz, jak základních, tak potencionálních. Tyto diagnózy seřadím dle priority pacienta a celkového stavu. Stanovím vhodné ošetrovatelské cíle, kritéria, intervence pro realizaci ošetrovatelské péče. Nakonec zhodnotím efektivitu péče, a to, zda se dosáhlo vytyčených cílů.

10.1 Ošetrovatelské diagnózy pacienta

1) ZÁKLADNÍ DIAGNÓZY aktuální

- strach 00148
- úzkost 00146
- únava 00093
- porušený spánek 00095
- obraz těla porušen 00118
- péče o sebe sama nedostatečná 00108
- společenská izolace 00053

2) POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY

- riziko sebepoškození 00139
- riziko sebevraždy 00150

10.2 Plán ošetrovatelského procesu

10.2.1 STRACH 00148 z důvodu samoty a ztráty smyslu žít, projevující se verbalizací .

Cíl - pacient nepociťuje strach do konce propuštění

Priorita - střední

Výsledná kritéria:

- Pacient je informován o jeho stavu do 4 hodin.
- Pacient budí optimistický dojem v maximální možné míře do jednoho týdne.
- Pacient mluví o svém strachu do měsíce.
- Pacient pociťuje snížení strachu v maximální možné míře do 3 dní

Ošetrovatelské intervence:

- Bud stále na blízku. (oš.personál,vždy)
- Naslouchej pacientovi a jeho obavám. (oš.personál,vždy)
- Podej léky dle ordinace lékaře ihned. (sestra,vždy)
- Sleduj účinky léků podaných. (sestra,vždy)
- Zjisti možné příčiny strachu. (oš.personál,vždy)
- Povzbud' pacienta ke komunikaci s ostatními. (oš.personál,vždy)
- Sleduj pacienta, úroveň dohledu 3. (oš.personál,vždy)
- Zapoj do procesu rodinu. (sestra,ihned)

Realizace

Pacient byl smutný, plačtivý celý den. Aktivizovali jsme jej do denních činností, které vykonával, ale velmi rychle se unavil a potřeboval více odpočinku než ostatní.

Hodnocení:

Pacient dodržoval po celou dobu hospitalizace léčebný režim. Pacient se aktivně zapojoval do denních činností. Velice si oblíbil čtení časopisů .

10.2.2 ÚZKOST 00146 z důvodu samoty a ztráty své manželky, projevující se verbalizací .

Cíl - pacient nepocítuje úzkost do konce propuštění

Priorita - střední

Výsledná kritéria:

- Pacient je informován o technikách zmírnění úzkosti do 4 hodin.
- Pacient budí optimistický dojem v maximální možné míře do jednoho týdne.
- Pacient zná techniky zmírnění úzkosti do 5 hodin.
- Pacient pocítuje snížení úzkosti v maximální možné míře do 3 dní

Ošetrovatelské intervence:

- Bud stále na blízku. (oš.personál,vždy)
- Naslouchej pacientovi a jeho obavám. (oš.personál,vždy)
- Podej léky dle ordinace lékaře ihned. (sestra,vždy)
- Sleduj účinky léků podaných. (sestra,vždy)
- Povzbud' pacienta ke komunikaci s ostatními. (oš.personál,vždy)
- Sleduj pacienta, úroveň dohledu 3. (oš.personál,vždy)
- Zapoj do procesu rodinu. (sestra,ihned)

Realizace

Pacient byl smutný, plačtivý celý den. Aktivizovali jsme jej do denních činností, které vykonával, ale velmi rychle se unavil a potřeboval více odpočinku než ostatní.

Hodnocení:

Pacient dodržoval po celou dobu hospitalizace léčebný režim. Pacient se aktivně zapojoval do denních činností. Velice si oblíbil čtení časopisů .

10.2.3 ÚNAVA 00093 z důvodu depresivního onemocnění projevující se verbalizací, poleháváním během dne.

Cíl – pacient se necítí unaveně do 1 týdne

Priorita - střední

Výsledná kritéria:

- Pacient má zajištěnou činnost během dne 24 hodin.
- Pacient během dne odpočívá co nejméně do 2 dnů.
- Pacient chápe důvody únavy do 4 hodin.
- Pacient si vyhledává aktivity během dne do 2 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj průměrnou dobu spánku během dne. (sestra, vždy)
- Seznam pacienta se možnými aktivitami na oddělení . (do 4 hodin, sestra)
- Seznam pacienta s důvody únavy. (oš.personál, vždy)
- Aktivizuj pacienta během dne. (oš.personál, vždy)
- Analyzuj časové období, kdy pacient pociťuje největší únavu. (do 2 dnů, sestra)

Realizace

Pacient je aktivizován do denních činností. Pacient je seznámen s pojmem spánková hygiena a z důvodem, proč je důležitá. Pacient se obeznámen s možností léků na spaní.

Hodnocení

Pacient se budí méně.

10.2.4 SPÁNEK PORUŠENÝ 00095 z důvodu depresivního onemocnění projevující se verbalizací.

Cíl – pacient má fyziologický spánek do 1 týdne

Priorita - střední

Výsledná kritéria:

- Pacient má zajištěnou činnost během dne 24 hodin.
- Pacient během dne odpočívá co nejméně.
- Pacient chápe důvody únavy do 4 hodin.
- Pacient chápe pojem spánkové hygieny 1 dne.
- Pacient si umí říct o medikaci na spaní vždy.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj průměrnou dobu spánku. (sestra,vždy)
- Sleduj účinnost a efektivnost léků na spaní. (vždy,sestra)
- Seznam pacienta se spánkovou hygienou. (do 1 dne,sestra)
- Doporuč omezení příjmu kofeinu,čokolády před spaním. (do 3 hodin,sestra)
- Neruš zbytečně pacientův spánek. (oš.personál,vždy)
- Vyvětrej pokoj před spaním. (oš.personál,vždy)
- Aktivizuj pacienta během dne. (oš.personál,vždy)

Realizace

Pacient je aktivizován do denních činností. Pacient je seznámen s pojmem spánková hygiena a z důvodem, proč je důležitá. Pacient se obeznámen s možností léků na spaní.

Hodnocení

Pacient se budí méně.

10.2.5 PORUŠENÝ OBRAZ TĚLA 00118 z důvodu depresivního onemocnění projevující se snížením hmotnosti a nechutenstvím. BMI-19,4

Cíl - pacient má zvýšenou svou hmotnost o 2 kila do propuštění

Priorita - střední

Výsledná kritéria:

- Pacient je dostatečně edukován o možných komplikacích do 2 dnů.
- Pacient dodržuje pravidelný příjem jídla do 24 hodin.
- Pacient si umí sestavit jídelníček na celý den do 4 dnů.
- Pacient zná důvody nechutenství a snížení hmotnosti do 5 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Seznam pacienta o vhodném jídelníčku. (edukační sestra, do 2 dnů)
- Seznam s pacienta s možnými komplikacemi větší snížené hodnoty. (sestra, do 5 hodin)
- Sleduj a zapisuj pacientovo stravování. (oš. personál, vždy)
- Zapoj rodinu do péče o pacienta. (sestra, do 2 dnů)
- Naslouchej pacientovi a přístupuj vlídně. (oš. personál, vždy)

Realizace

Pacient je poučen o jídelníčku a pravidelném stravování. Rodina byla aktivizována do péče.

Hodnocení

Pacient se snaží jíst pravidelně, ale bohužel zatím toho moc nesní.

10.2.6 PÉČE O SEBE SAMA NEDOSTATEČNÁ 00108 z důvodu únavy projevující se vnějším vzhledem.

Cíl – pacient zvládá péči sama o sebe

Priorita - střední

Výsledná kritéria:

- Pacient se snaží zvládat každodenní hygienu sám do tří dnů.
- Pacient se snaží upravovat svůj vzhled do týdne .
- Pacient verbalizuje pochopení aktivizace do každodenní hygieny.

Ošetrovatelské intervence:

- Aktivizuj pacienta. (oš.personál,vždy)
- Pomož pacientovi na požádání. (oš.personál,vždy)
- Dodávej optimismus. (oš.personál,vždy)
- Poskytni pacientovi dostatek času. (oš.personál,vždy)
- Zajisti pacientovi potřebné pomůcky. (oš.personál,vždy)

Realizace

Pacient je aktivizován do péče o sebe sama. Pacientovi je částečně pomáháno s ranní hygienou a oblékáním.

Hodnocení

U pacienta nelze říci dostatečné iniciace péče. Pacient se snaží jen občas. Často kvůli aktivizaci bývá podrážděný.

10.2.7 SOCIÁLNÍ IZOLACE 00053 z důvodu ztráty chuti žít projevující se nekomunikativností a uzavřeností

Cíl- pacient navazuje kontakty s okolním prostředím.

Priorita - střední

Výsledná kritéria:

- Pacient se jeví optimistickým dojmem do 1 týdne.
- Pacient navazuje nové přátelství do 1 týdne.
- Pacient se zajímá o okolí do 2 týdnů.
- Pacient se neuzavírá do sebe.

Ošetrovatelské intervence:

- Zapoj syna do péče. (sestra, do 2 dnů)
- Komunikuj s pacientem. (vždy, oš. personál)
- Ved' pacienta ke komunikaci. (vždy, oš. personál)
- Seznam pacienta na oddělení s jeho dalšími spolupacienty. (sestra, do 2 dnů)
- Nabídní pacientovi časopis nebo knihu. (oš. personál, do 1 dne)
- Naslouchej a vyjádři pocity porozumění. (vždy, oš. personál)

Realizace

Při ranní hygieně se komunikovalo s pacientem. Během dne je pacient aktivizován v komunikaci na skupinách. Pacientovi je nabídnuta četba. Pacient je vyslechnut v obavách a svých trápeních.

Hodnocení

Efekt – úplný. U pacienta lze vidět mnohem větší snaha komunikace

10.2.8 RIZIKO SEBEPOŠKOZENÍ 00139 z důvodu depresivního onemocnění projevující se verbalizací.

Cíl - pacient je bez myšlenek na sebepoškození do konce hospitalizace

Priorita - vysoká

Ošetrovatelské intervence

- Naslouchej pacientovi. (vždy, oš.personál)
- Dodávej pacientovi optimismus. (vždy, oš.personál)
- Ved' pacienta k pozitivnímu myšlení. (vždy, oš.personál)
- Seznam pacienta na oddělení s jeho dalšími spolupacienty. (vždy, oš.personál) technikami.
- Upozorni pacienta, že si vždy nablízku a seznam ho s relaxačními technikami. (vždy, oš.personál)
- Sleduj pacienta, úroveň dohledu 3. (oš.personál,vždy)

Realizace

Pacient byl upozorněn, že jsme tu vždy pro něj. Pacient byl seznámen s technikami odvádění myšlenek od sebepoškození.

Hodnocení

Pacient se snaží najít vhodnou činnost, která by ho měla odvádět od myšlenek na sebepoškození.

10.2.9 RIZIKO SEBEVRAŽDY 00150 z důvodu depresivního onemocnění
projevující se verbalizací.

Cíl - pacient je bez suicidálních myšlenek do konce propuštění

Priorita - vysoká

Ošetrovatelské intervence

- Naslouchej pacientovi. (vždy, oš.personál)
- Dodávej pacientovi optimismus. (vždy, oš.personál)
- Ved' pacienta k pozitivnímu myšlení. (vždy, oš.personál)
- Seznam pacienta na oddělení s jeho dalšími spolupacienty. (vždy, oš.personál)
technikami.
- Upozorni pacienta, že si vždy nablízku a seznam ho s relaxačními technikami. (vždy, oš.personál)
- Sleduj pacienta, úroveň dohledu 3. (oš.personál,vždy)

Realizace

Pacient byl upozorněn, že jsme tu vždy pro něj. Pacient byl seznámen s technikami odvádění myšlenek na sebevraždu.

Hodnocení

Pacient se snaží najít vhodnou činnost, která by ho měla odvádět od myšlenek na sebevraždu.

PACIENT A JEHO RODINA BYLA EDUKOVÁNA PSYCH.SESTROU A DOKTOREM
28.12.2008.

10.3 Zhodnocení ošetrovatelského procesu

Zhodnocení pacientem

Pacient bere celou ošetrovatelskou péči za téměř pozitivní. Každá pomoc, empatie a vlídné slovo hned pozvedne náladu a odhodlání do dalších kroků v určité možné míře.

Zhodnocení sestrou

Pacient byl ze začátku odměřený, nekomunikativní. Postupem péče vyjádřil částečnou ochotu zlepšit svůj zdravotní stav. Po pár dnech jsem si získala pacientovu důvěru. Povídal mi o své manželce, synovi a rybaření. Postupně se mi pacient otevíral a začal mluvit o svém strachu, pocitech.

Dospěla sem k názoru ,že pacient je schopný si zlepšit zdravotní stav,aby ho mohli propustit do ambulantní péče.Pořád se u pacienta projevují suicidální myšlenky a pocity viny, zbytečnosti.Edukace doktorem, pomohla především synovi v komunikaci s otcem .

Celkově mi to dalo nové poznatky o této diagnóze, o které jsem ani netušila jak dokáže změnit pacientův život a jeho pohled na svět.Byla to velmi zajímavá zkušenost.

Závěr

V České republice žije hodně lidí onemocněných depresivním syndromem. Často je velmi těžké rozpoznat depresi, ale pokud se ocitnete v těžké situaci nebo stresovém období, tak není žádný stud si o tom promluvit s odborníkem. Vždy je lepší podchytit začátek nemoci, jelikož léčba deprese je velmi úspěšná, ale trvá několik let.

V této práci sem chtěla objasnit, především potřeby nemocného, týkající se komunikace, naslouchání, pocitů chápání. Tyto potřeby jsou to nejdůležitější v psychiatrii, a tím by jsme se měli především řídit mi zdravotníci, ale i okolí. Touto prací jsem získala mnoho zajímavých poznatků a informací ohledně psychiatrické ošetrovatelské péče.

Psát a věnovat se této práci pro mě bylo velkou zkušeností a vlastně i zážitkem. Jen se někdy zamyslete, jaké máte štěstí, že se můžete radovat, smát se a né se strachovat a bát se.

Cílem této práce bylo především ukázat na důležitou komunikaci při péči o nemocné s depresí. Myslím si, že cíl byl splněn.

Použitá literatura:

Seznam odborných časopisů a literatury

- 1) NEJDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření sestrou*. Praha : Grada publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1150-8
- 2) MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada publishing, a.s., 2006 ISBN 80-274-1399-3
- 3) DORNER, Klaus. PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. Praha : Grada publishing a.s., 1999, ISBN 80-7169-628-5
- 4) PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději*. Praha : Grada publishing a.s., 1998, ISBN 80-7169-446-0
- 5) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. Praha : Grada publishing a.s., 2003, ISBN 80-247-0575-3
- 6) VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1262-8
- 7) HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha : Galén a.s., 2005, ISBN 80-7262-367-2
- 8) PRAŠKO, Ján. a kol. *Postupy v léčbě psychiatrických poruch*. Praha : Academia Medica Pragensis a.s., 2004, ISBN 80-86694-06-2
- 9) RABOCH, Jan. a kol. *Doporučené postupy psychiatrické péče*. Praha : Infopharm a.s., 2006, ISBN 80-239-8501-9
- 10) MICHÁLKOVÁ, Veronika. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. Praha : Nucleus Hk a.s., 2004, ISBN 80-86225-51-8
- 11) MARKOVÁ, Eva. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1151-6
- 12) Péče o pacienta s depresí. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 8. ISSN 1214-7389
- 13) Komplikace v ošetrovatelské péči. *Sestra*, 2001, roč. 11, č. 10, s. 15. ISSN 1210-0404

Internetové zdroje

- 14) Výpočet: Body mass index [online]. [cit. 2009-02-1] Dostupné na WWW:
< <http://www.vypocet.cz/bmi> >
- 15) Ošetrovatelství: Bartelův test běžných denních činností [online]. [cit. 2009-02-1] Dostupné na WWW:
< <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php> >
- 16) Deprese [online]. [cit. 2009-02-12] Dostupné na WWW:
< <http://www.arara.cz/product/143851>>
- 18) Depresivní stavy [online]. [cit. 2009-02-2] Dostupné na WWW:
<[http://www.knizniweb.cz/jnp/cz/katalog/vyhledavani/index\\$284597.html?titleVar=deprese&titleField=all&x=0&y=0](http://www.knizniweb.cz/jnp/cz/katalog/vyhledavani/index$284597.html?titleVar=deprese&titleField=all&x=0&y=0)>
- 19) Psychiatrické odborné knížky [online]. [cit. 2009-02-2] Dostupné na WWW:
< <http://www.odborneknihy.cz/zbozi/deprese-u-schizofrenie.html>>
- 20) Beckova stupnice pro hodnocení deprese [online]. [cit. 2009-02-2] Dostupné na WWW:
< <http://www.help24.cz/index.php?page=beckova-stupnice>>

Seznam zkratek

RTG – rentgenové záření

EKG – elektrokardiografie

CT – počítačová tomografie

UZ – ultrazvuk

TK – krevní tlak

D – dech

TT – tělesná teplota

Oš. – ošetrovatelský

Přílohy

Příloha 1: **Tabulka 1** – Hodnocení body mass indexu

< <http://www.vypocet.cz/bmi> >

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méně než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Příloha 2: **Tabulka 2** - Bartlův test běžných denních činností

< <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php> >

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10x
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10x
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10x
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	5x
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10x
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10x
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10x
	s pomocí	5

	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15x
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15x
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10x
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ: Vysoce závislý – 0 – 40 bodů

Závislost středního stupně – 45 – 60 bodů

Lehká závislost – 65 – 95 bodů

Nezávislí – 96 – 100 bodů

Příloha 3: - Beckova stupnice pro hodnocení deprese

<<http://www.help24.cz/index.php?page=beckova-stupnice>>

Beckova posuzovací škála deprese je dotazník, který se vyhodnocuje **1x za týden**. Ukazuje celkovou míru deprese. Sami si můžete porovnat, jak se mění intenzita deprese v průběhu doby a její jednotlivé příznaky.

Instrukce: Máte před sebou dotazník obsahující skupiny tvrzení. Nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a označte to, které Vás nejlépe charakterizuje v tento den. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení, zvolte to, které Vás charakterizuje nejlépe.

Pro správný výpočet pečlivě označte všechny odpovědi (celkem tedy 21)!

1.

~ necítím _____ se _____ smutný(-á)
~ cítím _____ se _____ posmutnělý(-á), _____ sklíčený(á)
~ jsem stále smutný(-á) a smutku se nedokážu zbavit
~ jsem tak nešťastný(-á), že to nemohu snést

2.

~ příliš _____ se _____ budoucnosti _____ neobávám
~ budoucnosti _____ se _____ obávám
~ vidím, že se už nemám na co těšit
~ vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit

3.

~ nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
~ v životě jsem měl(-a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé
~ vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
~ vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel(-ka)) plně selhal(-a), zklamal(-a)

4.

~ nejsem _____ nijak _____ zvlášť _____ nespokojený(-a)
~ věci mě už tak netěší jako dříve
~ nic mi již nepřináší _____ uspokojení
~ ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení

5.

~ netrpím _____ pocity _____ viny
~ často _____ mívám _____ pocity _____ viny

hodně mívám pocity viny

stále trpím pocity viny

6.

nemám pocit, že budu za něco potrestán(-a)

mám pocit, že bych mohl být potrestán(-a)

očekávám, že budu nějak potrestán(-a)

vím, že budu nějak potrestán(-a)

7.

necítím se příliš zklamán sám sebou

zklamal(-a) jsem se v sobě

jsem dosti znechucen(-a) sám(-a) sebou

nenávidím sebe sama

8.

necítím se horší než kdokoli jiný

mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb

stále si vyčítám všechny své chyby

za všechno špatné mohu já

9.

nepřemýšlím o sebevraždě

někdy pomýšlím na sebevraždu

často přemýšlím o sebevraždě

kdybych měl(-a) příležitost, tak bych si vzal(-a) život

10.

nepláču více než obyčejně

pláču nyní častěji než předtím

pláču nyní stále, nedokážu přestat

předtím jsem mohl(-a) plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl

11.

nejsem nyní podrážděný (-á) více než obvykle

jsem často podrážděný(-á) a rozladěný(-á)

jsem stále podrážděný(-á) a rozladěný(-á)

nemohu se již rozčlít ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly

12.

neztratil(-a) jsem zájem o ostatní lidi

mám menší zájem o ostatní lidi

ztratil(-a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi

ztratil(-a) jsem všechnen zájem o ostatní lidi

13.

dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích

odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve

mám značné potíže v rozhodování

vůbec se nedokážu rozhodnout

14.

◌ nemám větší starosti se vzhledem než dříve
◌ mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
◌ mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
◌ mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě

15.

◌ práce mi jde jako dříve
◌ musím se nutit když chci začít něco dělat
◌ dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(-a)
◌ nejsem schopen(-a) jakékoli práce

16.

◌ spím stejně dobře jako dříve
◌ nespím již tak dobře jako dříve
◌ probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
◌ denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin

17.

◌ necítím se více unaven(-a) než obvykle
◌ unavím se snáze než dříve
◌ téměř všechno mě unavuje
◌ únava mi zabraňuje cokoli dělat

18.

◌ mám svou obvyklou chuť k jídlu
◌ nemám takovou chuť k jídlu jakou jsem míval(-a)

mám _____ mnohem _____ menší _____ chuť _____ k _____ jídlu

zcela jsem ztratil(-a) chuť k jídlu

19.

v _____ poslední _____ době _____ jsem _____ nezhubnul(-a)

ztratil(-a) jsem v poslední době více než 2,5 kg

ztratil(-a) jsem v poslední době více než 5 kg

ztratil(-a) jsem v poslední době více než 7,5 kg

20.

nestarám se o své zdraví více než obvykle

dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.

velice často myslím na své tělesné obtíže

moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají

21.

nepozoruji snížení zájmu o sex

mám menší zájem o sex než dříve

mám o hodně menší zájem o sex než dříve

ztratil(-a) jsem úplně zájem o sex