

## ÚVOD

Depresivní porucha je závažnou a relativně často se vyskytující afektivní poruchou. Pro depresi je charakteristická dlouhodobě zhoršená nálada, pocity beznaděje a bezvýchodnosti a mnoho dalších příznaků. Podle statistik se depresivní porucha objeví alespoň jedenkrát v životě u každého pátého člověka. Celoživotní prevalence deprese činí přibližně 15% (ženy 5 - 20% a muži 2 - 12 %). Vrchol výskytu deprese je u mužů i u žen mezi 25 - 44 lety. Bohužel mnoho lidí, kteří trpí depresí nehledají pomoc. To může být spojeno s tím, že se stydí si to přiznat a doufají, že depresi sami přemohou. Životy pacientů s touto poruchou nejsou jednoduché, zvláště právě pokud je depresivní porucha neléčená. Je zde totiž nebezpečí sebevraždy. Deprese působí na všechny oblasti pacientova života. Zasahuje nejen toho kdo jí onemocněl, ale také celou jeho rodinu. Deprese se dá naštěstí léčit a moderní doba přináší účinné způsoby léčby. Toto onemocnění mě velmi zaujalo, proto jsem si ho vybrala jako téma bakalářské práce.

Pro vypracování empirické části bakalářské práce jsem si vybrala Psychiatrickou kliniku VFN a 1.LF UK konkrétně oddělení číslo 2. Klinika poskytuje komplexní diagnostickou a léčebnou péči pro psychiatricky nemocné pacienty. Psychiatrická klinika má vybudovaná následující centra: Centrum pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy demence, Centrum pro dorostovou a vývojovou psychiatrii, Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, Centrum pro klinickou psychoterapii a psychosomatiku, Centrum pro profylaxi afektivních poruch, Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu a Centrum pro adiktologii. Cílem mé práce je přiblížit problematiku depresivního onemocnění a poukázat na ošetrovatelskou péči u pacienta s tímto onemocněním.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Depresivní porucha

Dříve se toto onemocnění nazývalo také melancholie to však nahradil v prvních letech 20. století psychiatr Adolf Meyer výrazem deprese (BAŠTĚCKÁ, 2003).

Deprese je závažné psychické onemocnění projevující se patologicky skleslou náladou provázenou snížením aktivity, nedostatkem energie a ztrátou sebedůvěry (ANDERS, 2005). Deprese pochází z latinského slova deprimio neboli stlačovat. Vyjadřuje stisknutí, snížení, stlačení např: výkonu nebo nálady (KŘIVOHLAVÝ, 2003). Je to nemoc, která postihuje celý organismus. V žádném případě se nejedná o slabost, nedostatek vůle nebo sebekázně, ale o duševní poruchu, která není ovlivnitelná vůlí (DOUBEK, 2009). Pro depresi je charakteristické opakování epizod chorobného smutku, beznaděje, ztráty energie, sebedůvěry a radosti ze života. Každý smutek však nepředstavuje depresi, přestože lidé mluví někdy o tom, že mají „depku“. Tento pojem představuje spíše to, že jsou nespokojeni se svým životem. Deprese je intenzivní a hlubší smutek, trvá déle a narušuje fungování každodenního života. Ženy trpí depresí dvakrát častěji než muži. Vyskytuje se i u dětí, ale častější je u dospělých. Deprese je léčitelná, ale bez léčby mohou příznaky onemocnění trvat i léta. Pokud se deprese neléčí vede ke ztrátě výkonnosti a k izolaci pacienta (PRAŠKO, 2003; DOUBEK, 2009; SCHOU, 2009).

### 1.1 Historie

Výraz „melancholie“ vymyslel Hippokrates. Stalo se tak 400 let před Kristovým narozením. Dle Hippokrata za neduhy mohly tělesné šťávy (krev, hlen, žluč a černá žluč); proto se o jeho teorii hovoří jako o humorální. Melancholie je podle této teorie „černožlučivost“. Neduh měl svůj původ v břiše. Lékaři přísahali na černou žluč celá dvě tisíciletí. Anatomové, ani chemici ji však nenalezli. Z medicíny se ztratila až před dvěma stoletími.

V 11. století šlechtična Hildegarda von Bingen sepsala velké pojednání, v němž tvrdí, že začalo všechno už v ráji. Adam Stvořiteli vzdoroval, a tak mu Satan „srazil melancholii v krevi“. Stal se z něj prý zapšklý zoufalec. V tomto leží základ dědičného

hříchu a je odpovědný i za melancholii. Přesto lze melancholii léčit, použitím lupení z boží přírody.

Na konci 11. století se vyjádřil o melancholii Constantinus Africanus. K Hippokratově černé žluči přidal něco od arabských doktorů a vyhnul se nadpřirozenu. Jeho léčebné metody spočívaly v trochu muziky, lehkého bílé vína a oholení hlavy, na bleskovku lehké mateřské mléko, v nouzi případně i oslí. Jídelníček melancholiků musí být zvláště vybraný: čerstvé ovoce a ryby, z masa jen kuřecí nebo jehněčí. Po staletí se doporučovalo černou žluč z břicha vypuzovat projímadly, což melancholikům nijak zvláště ublížit nemohlo, protože zácpu má skoro každý z nich.

Paracelsus (1493 - 1541) pohlížel na melancholii ve spise *O nemocech, jež člověka připravují o rozum* jinak. Jako člověk renesance nezapojoval do toho pána boha, ani ďábla, ani dědičný hřích a na projímadla nevěřil. Přebytku černé žluči zbavit nemocné prý stejně nemůžou. Doporučil tedy chemické substance, které způsobují smích. Mezi tyto chemické substance patřilo také zlato podávané v malých dávkách. Jeho recepty byly ale spíše potrhlé.

Nejslavnější spis o melancholii napsal farář a polyhistor Robert Burton (1577 - 1640). Spis *Anatomie melancholie* psal několik let a byl vydán 1621. Burton neměl pochybnost o tom, že má melancholii na svědomí ďábel, který kazí tělesné šťávy. Léčení je bojem na dvou frontách, proti pokaženým tělesným šťávám a proti ďáblovi. Na ďábla lze vyzrát nošením amuletů. Pověry o melancholii vzaly za své až v 19. století (VACEK, 1996).

## 1.2 Příčiny deprese

Je celá řada domněnek o příčinách deprese. Deprese může být sebepoškozující reakcí na ztrátu osobně významné hodnoty nebo blízké osoby, případně projevem nedostatku pozitivního zpevnování nebo naučené bezmocnosti.

Zastánci evoluční teorie považují smutek za stejně důležitý signál jako je bolest a úzkost. Má nám oznámit, že jsme se rozhodli špatně v životě nebo se špatně zařadili a poskytnout nám čas na uvážlivou změnu.

Stvořitelé interpersonální psychoterapie pro léčbu depresí M. Weissmanová a G. Klerman zařazují změny a události, které předcházely vzniku deprese, do čtyř okruhů: smutek ze ztráty, změny v rolích, nedostatky v sociálních dovednostech a interpersonální konflikty ( BAŠTECKÁ, 2003).

### **Mezi příčiny deprese patří:**

- ***Genetický faktor***

Geny, které jsme zdělili po svých rodičích a které jsou v chromozomech každé buňky v našem těle, mohou ovlivnit naši náchylnost k depresi. Deprese se u vás však nemusí rozvinout, protože jimi trpí někdo z vašich rodičů nebo sourozenců, zvýší se pouze vaše riziko.

- ***Osobnost***

Vyšším rizikům jsou vystaveni lidé s obsedantním, dogmatickým a rigorózním myšlením, kteří skrývají své city a to co snadno propadají úzkostem. Ale většina lidí, kteří mají deprese, nepatří k žádnému z těchto typů.

- ***Rodinné prostředí***

Předpokládá se, že některé traumatické události z dětství zvyšují pravděpodobnost výskytu deprese např: ztráta jednoho z rodičů v dětství, tělesné nebo pohlavní zneužívání v dětství.

- ***Pohlaví***

U žen jsou deprese dvakrát častější než u mužů. Mohou to způsobovat hormonální změny související s menstruačním cyklem, těhotenstvím a porodem, které mohou dělat ženy náchylnějšími k depresím nebo spouštět cyklus depresivní choroby.

- ***Modely myšlení***

Americký psychiatr Aaron Beck popsal model myšlení, který se běžně vyskytuje v depresi a který pokládal za příčinu sklonu k depresím. Myslel si, že mnohem náchylnější k depresím jsou lidé, kteří o sobě přemýšlejí velmi negativně.

- ***Dlouhodobé invalidizující choroby***

Nepohodlí, neschopnost, nejistota a závislost mohou rovněž zvýšit pravděpodobnost, že člověk upadne do deprese (MCKENZIE, 2001).

### **1.3 Příznaky deprese**

Deprese je onemocnění celého těla i duše. Základním příznakem deprese je porucha nálady - chorobně smutná nálada. Kromě nálady je, ale deprese zasazeno také myšlení, chování i tělesné funkce organismu.

Problémem deprese je skutečnost, že bývá obtížné ji rychle a správně diagnostikovat. Není možné rozpoznat ji stejně snadno jako neštovice nebo zlomenou ruku. V těchto případech existují zřetelné tělesné projevy, které na nemoc upozorňují. Deprese sice může mít také určité fyzické projevy, ty ale nejsou mnohdy příliš spolehlivé (PRAŠKO, 2003; HOUSE, 2002).

- ***Duševní příznaky***

- přetrvávající smutná nebo „prázdná“ nálada
- úzkost a tísnivé myšlenky
- podstatné snížení až vymizení toho co člověka bavilo, obvyklých zájmů a koníčků
- sebeobviňování a pocity vlastní méněcennosti
- negativní pohled na sebe a sebedoceňující myšlenky
- pocity bezmoci a citové vyprahlosti nebo beznaděje, pesimismu
- nadměrné starosti a obavy, časté pocity napětí
- bludy, halucinace (u nejtěžších forem)

- myšlenky na smrt nebo sebevraždu, sebevražedné sklony

- ***Tělesné příznaky***

- snížená nebo úplná ztráta zájmu o sexuální život
  - přejídání se a přibývání hmotnosti nebo naopak ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení hmotnosti
  - nadměrná spavost i během dne nebo naopak nespavost, předčasné ranní probouzení
  - pohybový neklid u nemocných s úzkostí nebo naopak zpomalení pohybů
  - pokles energie, ospalost, únava, malátnost (jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu)
  - nadměrné posedávání nebo polehávání, neschopnost přinutit se k činnosti a její odkládání
  - neklid, nadměrná podrážděnost, nervozita
  - přetrvávající tělesné příznaky, jako je bolest hlavy a zad, poruchy trávení, zácpa, suchost v ústech a u žen menstruační obtíže jako třeba nepravidelnosti cyklu
  - tíha na hrudi, snadná unavitelnost, ztuhlost nebo ochablost svalstva
  - potíže se soustředěním, zapamatováním si, rozpomínáním se
  - pomalost jednání a myšlení a problémy s rozhodováním
- (DOUBEK, 2009; MCKENZIE, 2001; HOSÁKOVÁ, 2007)

## **1.4 Diagnostika**

Diagnostika se opírá o typický klinický obraz, anamnestické údaje a objektivní informace získané od pacientových blízkých. Pro stanovení diagnózy se vyžaduje trvání potíží po dobu alespoň dvou týdnů (ANDERS, 2005). Deprese může přepadnout člověka v odlišných podobách a odlišné síle. Projevuje se širokou škálou příznaků. Podle povahy deprese rozlišujeme několik hlavních typů. Depresi rozlišujeme na takzvanou unipolární poruchy afektivity a bipolární poruchy afektivity (HOUSE, 2002).

## **Depresivní fáze se dělí:**

- ***F32.0 Mírná depresivní fáze***

Pro stanovení této diagnózy by měly být přítomny alespoň dva až tři základní příznaky spolu se zmíněnou smutnou pokleslou náladou. Žádný z příznaků by neměl být intenzivní. Nemocný je ale doposud schopen se s určitým přemáháním účastnit běžných denních činností.

- **F32.00 Bez somatických příznaků**

Jsou splněna kritéria pro mírnou depresivní fázi a vyskytuje se jen málo nebo vůbec žádný somatický příznak.

- **F32.01 Se somatickými příznaky**

Jsou splněna kritéria pro mírnou depresivní fázi a jsou přítomny čtyři nebo více somatických příznaků.

- ***F32.1 Středně těžká depresivní fáze***

Měly by být přítomny čtyři a více z uvedených hlavních příznaků deprese, spolu se smutnou náladou. Nemocný má větší potíže s obvyklou denní činností.

- **F32.10 Bez somatických příznaků**

Jsou splněna kritéria pro středně těžkou depresivní fázi a vyskytuje se jen málo nebo vůbec žádný somatický příznak.

- **F32.11 Se somatickými příznaky**

Jsou splněna kritéria pro středně těžkou depresivní fázi a zároveň jsou přítomny čtyři nebo více somatických příznaků nebo jsou přítomny pouze dva nebo tři, ale jsou neobvykle závažné.

- ***F32.2 Těžká depresivní epizoda bez psychických příznaků***

Pro tuto diagnózu by měly být přítomny všechny hlavní příznaky deprese, některé by měly být závažné. V popředí budou pravděpodobně pocity viny nebo ztráta sebeúcty.

Jsou zde pravděpodobné sebevražedné myšlenky a riziko sebevraždy. Očekává se, že u těžké depresivní fáze je téměř vždy přítomen somatický syndrom.

- **F.32.3 Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky**

Splňuje kritéria těžké depresivní fáze a navíc jsou u ní přítomny halucinace, bludy nebo depresivní stupor. Bludy se většinou týkají vlastní viny, hříchu, hrozící katastrofy a sluchové halucinace bývají obviňující nebo pomlouvačné (DOUBEK, 2009; ANDERS, 2005; MKN – 10, 2000).

## **1.5 Komplikace deprese - sebevražda**

„Sebevražda je trvalé vyřešení dočasného problému.“ (DOUBEK, 2009, s. 12)

Slovo sebevražda se v lékařské hantýrce nahrazuje latinským pojmem suicidium (suus, sui svůj, caedo zabít) . Sebevražda je vymezována jako úmyslné a vědomé ukončení vlastního života. Sebevražednému jednání předcházejí sebevražedné myšlenky, které se postupně zpřesňují až k představám kdy, kde a jak čin uskuteční. Sebevražedné jednání se dělí do dvou skupin na dokonané sebevraždy a nedokonané sebevraždy neboli sebevražedné pokusy. Vyskytují se až u dvou třetin depresivních pacientů. Léčba riziko sebevraždy snižuje, ale nevylučuje (BAŠTECKÁ, 2003; DOUBEK, 2009; PRAŠKO, 2003).

Důležité je sledovat u pacienta projevy, které mohou naznačovat zvýšené riziko sebevraždy. Pacient verbálně opakovaně vyjadřuje přání zemřít, zabít se. Signály můžeme také nalézt v písemných a výtvarných pracích. Pacient prociťuje nezvladatelnou úzkost, nedaří se mu ji zvládat a smrt vidí jako jediné východisko. Důležité je věnovat pozornost i údajům z minulosti dotyčného pacienta (MARKOVÁ, 2006). Málokdy dochází k sebevraždě bez předchozích varovných známek, proto u lidí trpících depresí, je velká opatrnost opravdu na místě. Bohužel panuje rozšířený, ale zcela falešný názor, že člověk který o sebevraždě mluví, se k ní nikdy neodhodlá. Další falešný mýtus prohlašuje, že lidé, kteří mají za sebou jeden nebo více neúspěšných pokusů o sebevraždu, si nakonec život nikdy nevezmou. Pravda je, že 40 % úspěšných sebevrahů má za sebou více neúspěšných pokusů (HOUSE, 2002).



## 2 Léčba deprese

Průběh a úspěšnost léčby deprese závisí do určité míry na její povaze a hloubce. Cílem komplexní léčby depresivních poruch je odstranit příznaky onemocnění, obnovit původní kvalitu života a zabránit relapsu. K léčbě se používají léky, biologická léčba a psychoterapie. Předností léků je rychlejší kontrola příznaků a snadné podávání. Nevýhodou je výskyt možných nežádoucích příznaků. U lehčích forem může pomoci samotná psychoterapie, která pomáhá zvládat problémy pacienta. (HOUSE, 2002; MARKOVÁ, 2006; PRAŠKO, 2003).

### 2.1 Farmakoterapie

#### **Náležitosti vhodně vedené farmakoterapie:**

- pacienta před léčbou poučit
- pravidelné sledování depresivních symptomů a jejich závažnosti
- pravidelné sledování nežádoucích účinků farmakoterapie
- změna či přizpůsobení léčby při nedostatečné reakci pacienta
- při selhání 1 - 2 úvodních léků je stav vhodné konzultovat s psychiatrem

#### **Terapie depresivní epizody se dělí do tří fází:**

- léčba akutní (6 - 12 týdnů) je zaměřená na remisi a úpravu příznaků. Neúplná remise je spojovaná s horší prognózou.
- léčba pokračovací (4 - 9 měsíců) je zaměřená na prevenci relapsu. Léky se podávají v plné dávce, někteří pacienti navíc podstupují psychoterapii.
- léčba udržovací (profylaktická) je zaměřená na prevence recidiv. Tato terapie recidivám často zabrání či alespoň odsune další depresivní epizodu (ANDERS, 2005).

### 2.1.1 Antidepresiva

Dělíme je do několika skupin podle chemické struktury a mechanismu účinku na různé neurotransmiterové systémy (systémy chemické komunikace nervových buněk uskutečňované vždy jednou látkou).

- ***Tricyklická a tetracyklická antidepresiva (TCA a TeCA)***

Patří mezi nejstarší skupinu antidepresiv. Působí nejvíce na noradrenalinový a serotoninový systém mozku. Mají řadu nežádoucích účinků jako suchost sliznic, porucha močení, zácpa, zrychlený puls, ospalost, snížení krevního tlaku a závratě. Patří sem imipramin, amitriptylin, dibenzepin, dosulepin, klomipramin, maprotilin a další.

- ***Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO)***

Podílí se na odbourávání serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Nevýhodou je, že při užívání je nutné dodržovat přísnou dietu. Je nutné vyhnout se všem potravinám, které obsahují tyramin např: aromatické sýry, červené víno, banány a kuřecí játra. Kontraindikace je i s léky jiných skupin jako jiná antidepresiva, léky na srdce a řada neurologických léků a další. Při nedodržení kontraindikace hrozí prudký vzestup krevního tlaku.

- ***Reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy (RIMA)***

Tato skupina léků je podobná mechanismem účinku IMAO, ale bez potřeby držet dietu. Jediný preparát této skupiny je moclobemid. Nemá téměř žádné vedlejší účinky a zlepšuje sexuální fungování.

- ***Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)***

Patří sem fluoxetin, paroxetin, sertralin, citalopram, fluvoxamin a escitalopram. Tato antidepresiva jsou nejpoužívanějšími léky a jsou účinné na všechny formy depresí. Mnohokrát jsou podávána jako první léky při zjištění deprese. Na počátku podávání se mohou objevit bolesti hlavy a zažívací potíže. Při dlouhodobém podávání se mohou vyskytnout potíže v sexuálním životě (ztráta touhy), méně často i přírůstek hmotnosti (BOUČEK, 2005; DOUBEK, 2009; PIDRMAN, 2006; PRAŠKO, 2003).

## 2.1.2 Psychofarmaka působící příznivě u depresivní poruchy

- ***Lithium***

Působí jako účinné thymoprofylaktikum. Lithium působí také jako prevence u pacientů, kteří trpí těžkou recidivující depresí. Zmírňuje a zkracuje recidivy, brání jim a prodlužuje období mezi nimi.

- ***Anxiolytika***

Působí ústup napětí, úzkosti a předrážděnosti. Účinná jsou anxiolytika II. generace mezi které patří alprazol (Neurol, Xanax) a mírné antidepresivní účinky má také bromazepam (Lexaurin, Lexotanin). Oba preparáty působí také příznivě na somatické příznaky provázející depresivní poruchy (HONZÁK, 1999; MCKENZIE, 2001).

## 2.2 Jiné biologické terapie

K ostatním biologickým postupům léčby depresí různých typů a závažnosti patří elektrokonvulzivní terapie, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, spánková deprivace a fototerapie. Za prokázaný je také považován efekt tělesného cvičení. Pro rezistentní formy depresivních poruch se ve světě s dobrými výsledky používají stimulace nervus vagus a ojediněle jsou užívány neurochirurgické stereotaktické výkony (ANDERS, 2005; RABOCH, 2006).

- ***Elektrokonvulzivní terapie (dále již EKT)***

Elektrokonvulzivní terapie (lidově elektrošoky) představuje u určitých skupin závažně nemocných bezpečnou a velmi účinnou léčbu. Elektrokonvulzivní terapie se nabízí těm pacientům, u nichž antidepresiva nezabrala nebo jimž není možno antidepresiva podávat, případně těm, jejichž deprese je tak hluboká, že je ohrožen jejich život. Někteří lékaři EKT nabízejí ženám, které trpí těžkou poporodní depresí, protože účinkují přímo a umožňují návrat k vazbě s dítětem.

Její provádění je vyhrazeno psychiatrickým pracovištím a je u některých pacientů metodou zcela nepostradatelnou, doprovázenou minimem komplikací a rizik. Elektrokonvulzivní terapie spočívá v aplikaci elektrického stimulu a vyvolání terapeutického generalizovaného epileptiformního záchvatu. Výkon je prováděn v celkové anestézii a myorelaxaci, která snižuje riziko nežádoucích účinků a zvyšuje přijatelnost metody. Aplikace se provádí unilaterálně (jedna z elektrod je umístěna nad nedominantní hemisférou temporálně, druhá se přikládá okcipitálně) nebo bilaterálně (elektrody jsou přiloženy na spánkové oblasti). Elektrokonvulzivní terapie je dobře tolerovanou metodou a nežádoucí účinky se vyskytují u 0,4 % takto léčených. Elektrokonvulzivní terapie může přechodně zvýšit, krevní tlak a intrakraniální tlak a tepovou frekvenci. Ke vzácným nežádoucím účinkům patří, bolesti hlavy přechodné či perzistentní svalové bolesti nebo svalová poranění, nauzea, fraktury zubů, lacerace sliznice dutiny ústní.

- ***Repetitivní transkraniální magnetická stimulace***

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (dále pouze RTMS) je novou, neinvazivní technologií, při které jsou stimulovány neurony kůry mozkové principem magnetické indukce za použití krátkodobých pulsů silného magnetického pole. Má významný terapeutický potenciál, protože ji lze provádět ambulantně, není třeba anestézie nebo sedace, neovlivňuje rozpoznávací a paměťové funkce. Využití metody je zejména u nemocných, u nichž je léčba deprese nebo obsedantně - kompulzivní poruchy obtížná, protože z nějakého důvodu nelze použít psychofarmaka (netolerance farmakologické léčby, závažné tělesné nemoci vylučující podávání antidepressiv, těhotenství), nebo dosavadní léčba přináší malý efekt. Metoda je kontraindikována u nemocných, u kterých byla zjištěna přítomnost kovových předmětů v hlavě (svorky po operacích cév atp.), kardiostimulátoru, kochleárního implantátu, zvýšeného intrakraniálního tlaku, epilepsie či nález elektroencefalografických abnormalit, svědčících pro zvýšenou záchvatovou pohotovost. Metoda je dobře tolerována, k nejčastějším a však přechodným vedlejším účinkům patří nepříjemné pocity v místě stimulace a mírné bolesti hlavy.

- ***Stimulace nervus vagus***

Stimulace nervus vagus patří mezi nové postupy v léčbě depresivních poruch. Principem této metody je nepřímá stimulace centrálního nervového systému (dále CNS).

- ***Psychochirurgie***

Mezi moderní psychochirurgické operace, také nazývané limbická chirurgie, patří stereotaktické neurochirurgické zásahy CNS, které tvoří izolované léze v mozku. Moderní neurochirurgický program má přísná pravidla a způsob vyhledávání nemocných. Psychochirurgie je určena nemocným, kteří trpí neustupujícím, sužujícím onemocněním a mají sebevražedné pohnutky nebo jsou chronicky poškozeni depresí (ANDERS, 2005; MCKENZIE, 2001).

- ***Spánková deprivace***

Spánková deprivace je způsob kdy je pacient probouzen v časnější hodinu, než by obvykle dospal. Samotná spánková deprivace bez adekvátní farmakologické léčby má většinou pouze krátkodobý účinek.

- ***Fototerapie***

Fototerapie spočívá v léčbě jasným světlem. Je to účinná a bezpečná biologická léčba, která je u indikovaných pacientů jednou z možností volby oproti užití antidepresiv. Opravdu účinná je u sezónní afektivní poruchy (dále SAD), ale má i dobrý přídavný účinek v kombinaci s antidepresivy jak u SAD, tak i u nesezónních depresivních poruch. Ovlivňuje denní změny hladin monoaminových neurotransmiterů, které regulují náladu. Fototerapie je dobře tolerovaná a vedlejší účinky nevedou k přerušení léčby (DOUBEK, 2009).

- ***Tělesné cvičení***

Nedostatek pohybu způsobuje, že ve vegetativním nervovém systému začne převládat sympatikus, a to znamená, že tělo bez pohybu začne prožívat stres.

Pravidelný pohyb je tedy základním prostředkem proti stresu. Při tělesné námaze se spaluje nadbytečný adrenalin, dochází postupně k zvýšení tonu parasympatiku, zpomaluje se srdeční akce, stoupá pocit síly, zlepšuje se držení těla, pružnost, zdraví a klid. Na náš psychický život působí příznivě zejména aerobní cvičení. Aerobní cvičení trvá nejméně 20 minut je plynulé (bez přestávky) v přiměřeném tempu procvičuje svaly dolní poloviny těla. Typickým příkladem je jízda na rotopedu nebo vytrvalostní běh. Na náš duševní život působí aerobní cvičení tak, že uvolňuje endorfiny, které přivádějí mozek do stavu klidu a relaxované bdělosti. Endorfiny působí významně proti depresivní náladě. Dále aerobní cvičení podporuje růst nervových spojení a zrychluje vybavování paměťových dat. Ke zlepšení nálady dochází poměrně rychle, většinou do čtrnácti dnů. Zařazení cvičení do léčebného programu má výhody jak v oblasti nežádoucích účinků tak zároveň může být účinnou preventivní strategií v zabránění relapsů (DOUBEK, 2009; ANDERS, 2005).

### **2.3 Psychoterapie**

Podmínkou účinné psychoterapie je navázání bazálního, spolehlivého, převážně pozitivního terapeutického vztahu tak i pracovního vztahu. Pouze psychoterapie může pomoci jen u lehčích forem deprese. U hlubší deprese nestačí, ale její kombinace s léky zvyšuje výrazně účinnost léčby. Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět člověku v depresi co se s ním děje. Učí jakým způsobem zacházet s jednotlivými příznaky a problémy v životě a trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové depresivní epizody (DOUBEK, 2009; PONĚŠICKÝ, 2004).

- ***Skupinová psychoterapie***

Pomáhá v tom, že si člověk uvědomuje, že druzí prožívají mnohdy podobné věci, učí se od nich jak se s onemocněním vyrovnat i jak řešit každodenní problémy. Skupinová psychoterapie nemá velký efekt při hluboké depresi a nemocného může zasytit vnějšími podněty a přehnaně ho zatížit. Lehčí depresi nebo v době po odeznění akutních příznaků může podpůrně vedená skupinová psychoterapie pomoci v začlenění se mezi lidi, ujasnění si problémů v životě a také při hledání jejich řešení. Skupinová psychoterapie probíhá ve skupině 8 - 12 osob a vede ji jeden nebo dva psychoterapeuti. Jednotlivá sezení trvají obvykle 1,5 hodiny. Otevírání se jednotlivých členů při

skupinové terapii má za následek vznik atmosféry důvěry, otevřenosti, spoluúčasti a sympatie (DOUBEK, 2009).

- ***Kognitivní (poznávací) psychoterapie***

Terapie pracuje speciálně s depresivními myšlenkovými modely. Pacient je požádán, aby si zaznamenával své negativní myšlenky a sledoval, jak myslí. Pomoc spočívá ve vyvolávání myšlenek nerealisticky negativních. Setkání se konají jednou týdně, po dobu dvou až pěti měsíců. Terapeut se snaží, aby pacienti přestali depresivně myslet. Tato terapie zabírá i u mírně obtížné deprese.

- ***Behaviorální psychoterapie***

Tato léčba se soustřeďuje spíše na to, co pacient dělá, než na to, jak myslí. Dbá víc na to, aby pacient méně depresivně jednal. Program pro změnu chování způsobí, že bude lépe spát, více o sebe dbát a lépe se stravovat. Zastaví jeho „odmítání“ (MCKENZIE, 2001).

- ***Kognitivně - behaviorální psychoterapie***

Kognitivně - behaviorální terapie je zaměřená na celkové zklidnění přijetím nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, úpravu vzorců maladaptivního chování, zlepšení komunikace s okolím a relaxaci. Kognitivně - behaviorální terapie se soustředí zejména na nemocné s mírnou a středně těžkou depresí.

**Základní postup je:**

- porozumění depresivní poruše a příznakům
- vytvořit vyrovnanější způsob myšlení
- účelně plánovat aktivity
- nacvičení komunikace a sociálních dovedností
- nácvik relaxace
- řešit problémy v životě
- monitorování časných varovných příznaků a prevence relapsu

- ***Rodinná psychoterapie***

Tato terapie se snaží pomoci zklidnit vztahy v rodině, nalézt rovnováhu pro všechny příslušníky rodiny. Nejvíce jde o porozumění a kontakt mezi jednotlivými členy rodiny. Nemocný potřebuje, aby v rodině bylo vytvořeno příznivé klima bez prudkých emocí, výčitek nebo hádek (DOUBEK, 2009). Rodinná psychoterapie je indikována u léčby deprese, protože manželský rozvrat nebo konflikt je nepříznivou, stresující událostí, která obvykle předchází nástupu depresivní epizody.

- ***Interpersonální psychoterapie***

Interpersonální terapie objasňuje a řeší střety a změny rolí jedince, sociální izolace nebo prodloužené truchlení spojené také s určitými změnami role. Pacient s terapeutem definují podstatu interpersonálních problémů a hledají cestu k jejich vyřešení. Interpersonální obtíže jsou brány jako faktory, které depresi přímo způsobují, doprovázejí, anebo se podílejí na jejím opakovaném vyvolání či udržování. Tato terapie není vhodná pro nemocné trpící těžšími depresemi (ANDERS, 2005).

- ***Podpůrná psychoterapie***

Spočívá v laskavém a spíše direktivním vedení nemocného, aby se nepokoušel depresi překonat, ale aby období do nástupu léčebného účinku antidepresiv vydržel (HONZÁK, 1999).



# EMPIRICKÁ ČÁST

## 3 Ošetrovatelská péče o pacienta s depresivní poruchou

V roce 1984 Kanadské sdružení sester zveřejnilo definici, která slouží jako odborná norma. „Ošetrovatel'stvo či ošetrovatel'ská prax znamená identifikáciu a spracovanie odpovedí ľudí na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy a zahŕňa vlastný výkon starostlivosti a dohľad nad úlohami a službami, ktoré – či už priamo alebo nepriamo - v spolupráci s pacientom alebo osobami poskytujúcimi zdravotnú starostlivosť okrem sester majú za cieľ zlepšovanie zdravia, prevenciu chorôb, úľavu pri utrpení, navrátenie zdravia a optimálny vývoj zdravotného potenciálu, zahrnujúci všetky aspekty procesu ošetrovatel'stva (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995, s. 3).

### 3.1 Komunikace s depresivním pacientem

Depresivní stavy mají z hlediska komunikace některé společné rysy. Depresivní ladění nálady ve velké většině případů bývá doprovázeno poklesem veškeré aktivity, tedy i komunikační aktivity. Pacient ztrácí potěšení z komunikace, zpravidla komunikaci omezí a ztrácí zájem s někým komunikovat. Může to mít různé subjektivní stimuly: rozhovor mu může připadat příliš obtížný, má pocit, že zhloupnul, že na rozhovor nestačí, že ztratil vyjadřovací schopnosti a nemá žádné myšlenky. Má pocit, že vše je beznadějně, marné a nemá smysl o ničem mluvit.

Rozhovor může rozhodnout, do jaké míry bude nemocný důvěřovat léčbě a jak bude spolupracovat. Aby nedošlo k narušení vztahu, je potřebné vyhnout se řadě projevů.

- *Neverbálně*
  - Sestra by měla být chápat, mít povzbudivý a vstřícný pohled.
  - Mluvit by měla volnějším tempem a jasně artikulovat, aby jí pacient mohl dobře rozumět.

- Neměla by spěchat, udělat si na pacienta dostatek času, vyslechnout ho a být trpělivá.

- **Verbálně**

- Sestra by měla projevovat zájem, úctu, pochopení. Dávat najevo pochopení pro stav i situaci nemocného, empatizovat s jeho pocity a vyjadřovat naději na zlepšení v budoucnosti.
- Měla by pacientovi pomoci přijmout depresi jako nemoc, která se dá léčit, pomoci mu orientovat se v dané situaci a zabránit „ocejchování“ pacienta jako duševně nemocného a snížit jeho pocity viny.
- Měla by u pacienta podporovat, případně vytvořit naději na vyléčení a edukovat pacienta (CHODURA, 2000 ; PIDRMAN, 2007).

### **3.2 Terapie na psychiatrickém oddělení**

Na psychiatrickém oddělení pacienti navštěvují arteterapii, ergoterapii, léčebné pohybové aktivity, relaxaci a psychoterapii.

- **Arteterapie**

Arteterapie zahrnuje tvůrčí činnosti s výtvarným materiálem, jako je kámen, hlína, dřevo, papír, barvy, kreslicí materiál, plátno apod.

Tvorba s materiálem nás nejen přivádí do kontaktu se světem a seznámení se zákonitostmi materiálu a techniky, ale také do kontaktu se sebou a vnímání vlastních pocitů a reakcí. Výsledné dílo co pacient vytvoří na arteterapii se nazývá artefakt. Artefakt se nehodnotí v estetických ani výtvarných parametrech, ale nabývá na důležitosti na vztahu ke svému tvůrci, jeho životu a léčebnému procesu. Intervence v arteterapii vznikají nabídkou témat a materiálů. Arteterapeutická práce také u pacientů rozvíjí soustředěnost a zručnost, přestože to není její hlavní těžiště.

## - **Struktura a cíle práce v arteterapii**

Témata v arteterapii jsou často důvěra, sebeúcta, afektivita, psychotická zkušenost, vztah mezi vnitřním a vnějším světem, reparace dětských traumat, zpracování minulosti, atd.

## - **Osnova práce:**

Dohoda s pacientem o cílech, tématech a nakládáním s artefaktem.

### **Setting** (příprava a organizace materiálu)

- Prostor (kde se pracuje, jaká je atmosféra, pracujeme-li u stolu, ve stoje, atd.)
- Časový rámec (většinou mezi 30 - 90 minut)
- Forma (individuální či skupinová práce, atd.)
- Materiál (závisí na finančních možnostech)

### **Hlavní část** (proces sám o sobě) **práce terapeuta**

- Motivace k procesu
- Intervence během procesu
- Překonání výtvarné krize
- Vznik tvorby
- Ukončení tvorby

Reflexe procesu a tvorby.

Ukončení, rozloučení, archivování artefaktů, úklid (PĚC, 2009; CAMPBELL, 1998).

## • ***Ergoterapie***

Ergoterapie znamená léčbu prací. Je to lékařem předepsaná léčebná činnost pro duševně, tělesně a smyslově postižené osoby. Ergoterapii vede ergoterapeutka. Léčebný program se tvoří pro každého nemocného individuálně. V ergoterapii se používá místo slova pacient výraz rehabilitant. Rehabilitant je člověk, opět získává schopnosti. Ergoterapie má velmi povzbudivý účinek na zachování nebo znovuzískání ztracených schopností a sebedůvěry, odpoutává pozornost od nemoci a zbavuje

nemocného pesimistických myšlenek. Ergoterapie také pomáhá nalézt způsob jak se co nejlépe znovu zapojit do plnohodnotného života (PFEIFFER, 1990).

- ***Pacientka a absolvované terapie***

Pacientka na terapie chodila nepravidelně. V případě, že nešla na terapii, ležela pacientka na lůžku. „Promítají se mi v hlavě různé vtíravé myšlenky, obrazy a vzpomínky na traumatické dětství, které neumím zastavit“. Pacientka tedy dochází na terapie, proto aby se vyhnula nepříjemným vtíravým myšlenkám.

**Arteterapie** pacientku nebaví. „Když vidím jak ostatní krásně kreslí, tak mi není moc dobře.“ Když před pacientku položí terapeutka bílý papír, tak jí nenapadá nic co má kreslit, ani když jí terapeutka zadá téma. Pacientce trvá delší dobu než začne kreslit. „Vadí mi, že mi to nejde, že se na nic nezmůžu.“

**Ergoterapie** pacientku baví, pokud může vyrábět věci, které jsou užitečné např: svícen. Pacientka si stěžovala na konflikt s ergoterapeutkou. „ Nestihla jsem dokončit práci, kterou jsem měla zadanou, ani na druhé a třetí hodině ergoterapie.“ Ergoterapeutka pacientce sdělila, že by se měla naučit organizovat čas, soustředit se a vnímat co dělá. Pacientka řekla: „Nejde mi se soustředit, rozbíhají se mi myšlenky.“ Po rozhovoru s ergoterapeutkou se pacientka necítila dobře a začala se dočasně ergoterapii vyhýbat.

**Činnosti, které pacientka dělala na terapiích:** práce s keramikou, glazování, seznámení s materiálem a postupem práce. Trénink dlouhodobé paměti, pozornosti, komunikace a spolupráce ve skupině při hře „Země, město.“ Trénink kognitivních funkcí, poslech a poznávání filmových ukázek - trénink sluchové paměti, koncentrace, komunikace ve skupině. Trénink kognitivních funkcí při hře „Aktivity“ trénink pozornosti, slovní zásoby a vyjadřování, komunikace a spolupráce ve skupině, dodržování pravidel a pohovor. Trénink kognitivních funkcí - pozornosti, soustředěnosti, logické myšlení při hře „Bingo“ přiřazování objevů a objevitelů a rébusy. Na léčebné tělesné výchově (dále LTV) pacientka prováděla kondiční cvičení a hry, posilování, dechová cvičení, vertebro terapie, protahovací cviky.

## 4 Ošetřovatelský proces u pacienta

Název ošetřovatelský proces byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces vyžaduje naučit se shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech, rozpoznat problém, plánovat, realizovat a hodnotit.

Sestra musí brát v úvahu, že pacient je lidskou bytostí. Základní lidské potřeby musí být vždy plněny. Pacient má právo na kvalitní medicínskou a ošetřovatelskou péči. Důležitou součástí procesu je také terapeutický vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem (DOENGES, 2001).

### 4.1 Identifikační údaje

**Jméno a příjmení:** Z. J.

**Věk:** 45let

**Pohlaví:** žena

**Datum narození:** 28.6.1964

**Stav:** svobodná

**Vzdělání:** vysokoškolské

**Zaměstnání:** plný invalidní důchod

**Adresa bydliště:** Praha 10

**Zdravotní pojištění:** Všeobecná zdravotní pojišťovna

**Státní příslušenství:** Česká republika

**Datum přijetí:** 24.11.2009 v 11. hodin

**Oddělení:** Psychiatrická klinika VFN a 1.LF UK oddělení číslo 2.

**Typ přijetí:** léčebný a plánovaný

**Důvod přijetí:** doporučení ambulantního psychiatra pacientky

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** „Najít tady něco co by mi pomohlo“

**Kontaktní osoba:** paní doktorka z psychiatrické ambulance

**Medicínská diagnóza hlavní:** F32.1 Středně těžká depresivní fáze

**Medicínské diagnózy vedlejší:** F60.9 Porucha osobnosti nespecifikována

## 4.2 Vitální funkce

**TK:** 112/74 mmHg

**Puls:** 72' pravidelný

**D:** 16' pravidelný

**TT:** 36,8 °C

**Výška:** 170 cm

**Hmotnost:** 61 kg

**BMI:** 21,1

## 4.3 Výňatek z dokumentace

- *Psychologické vyšetření*

Pacientka se jeví jako méně adaptovatelná na zátěž se smíšenou frustrační tolerancí. Ve vztahu k druhým u ní dominují pocity méněcennosti, infantilility, nejistoty, nerozhodnosti a mírné paranoidní ostražitosti. Bylo u ní zaznamenáno oslabení některých kognitivních funkcí jako krátkodobé paměti, pozornosti a vizuo - motorické koordinace, které se nejeví jako organicky podmíněné. Vyplívající znaky z testů, potvrzují hypotézu o histriónském rysu u emočně nestabilní, přecitlivělé, egocentrické a nezralé osobnosti. Projevujícím obranným mechanismem se jeví regrese. Pacientka je rozumově v průměru 106 IQ.

## 4.4 Anamnéza

- *Rodinná anamnéza*

Pacientka měla s rodinou problémové vztahy, již se s ní nestýká. Byla nechtěné dítě. Od raného dětství byla psychicky a fyzicky týraná. Má o tři roky starší sestru. Od dětství je introvertní. Vnímala rozdílný přístup rodičů k ní a k starší sestře. Byl v ní posilován pocit vlastní nedostatečnosti, přestože měla lepší výsledky ve škole než její sestra. Bylo jí zdůrazňováno, že na některé věci nestačí a nezvládne je. Měla pocit, že je neschopná, špatná a nese vinu, za kterou má tendenci se trestat. Byly na ní

kladeny vysoké nároky. Byla trestána za maličkosti a věci, které neudělala. Bála se říci, že jí je špatně, aby nebyla bita. Opakovaly se konflikty kvůli jídlu, nechtěla jíst maso, ale byla mase krmena násilím. Otec jí často nazýval místo jména různými nadávkami a posměšnými jmény. Matka jí vše zakazovala a přikazovala jí co má dělat. Neměla žádnou svobodu. Matka jí ponižovala a vyhrožovala. Jako dcery se jí zřekla. Sestra se vždy chovala majetnický. Vztah mezi nimi byl nebyl dobrý, nikdy se neměly rádi.

– **Otec**

Pracoval jako bibliograf. Měl lupénku a rakovinu (nespecifikováno).  
Údajně v 64 letech spáchal sebevraždu. Otcova sestra spáchala sebevraždu ve 40 letech.

– **Matka**

Pracovala jako knihovnice, nyní je v důchodu.  
Měla problémy se štítnou žlázou (nespecifikováno).

– **Sestra**

Nemá žádné závažné onemocnění.

– **Děti**

Pacientka je bezdětná.

• **Osobní anamnéza**

– **Překonané a chronické onemocnění**

V dětství běžné infekční onemocnění a časté infekce močových cest. Již od dětství sledována psychiatrem pro deprese.  
Hypersekrece žaludečních šťáv  
Lymfská borelióza

– **Hospitalizace a operace**

03.2002 - hospitalizace na psychiatrii  
01.2004 - hospitalizace na psychiatrii  
02.2007 - hospitalizace na psychiatrii  
rok 2004 - laparoskopická gynekologická operace

- **Urazy**  
Vyražené zuby
  
- **Abúzy**
  - Alkohol:** příležitostně
  - Kouření:** nekouří
  - Káva:** příležitostně
  - Léky:** ne
  - Jiné drogy:** ne

- ***Sociální anamnéza***

Žije v panelovém bytě po babičce, sama pouze s domácím zvířetem (kočkou) o které se stará. Pokud nemusí, nevychází z domu, není schopná se k tomu odhodlat. Není schopná si uklidit byt. Vaří většinou na několik dní dopředu. Doma celou noc nespí usíná většinou až k ránu a spí přes dopoledne. Doma prakticky neopustí postel. Je si vědoma své nedostatečnosti což sekundárně představuje další zátěž. Pacientka mluví o příteli, ale vztah blíže nespecifikuje.

- ***Pracovní anamnéza***

Chtěla jít na Sklářskou umělecko - průmyslovou školu, ale byla jí rozmluvena rodiči, že nemá talent. Šla na gymnázium. Po gymnáziu chtěla jít na Matematicko - fyzikální fakultu, ale pragmaticky jí bylo vybráno České vysoké učení technické (dále ČVUT). Přestože odešla na vysokou školu matka jí manipulovala na dálku, nedokázala se jí vzepřít. Studium na ČVUT dokončila a absolvovala kurz počítačového grafika. Pracovala jako technik a programátor v telefonní ústředně v nemocnici. V práci byla přetěžována nadměrnými úkoly. Její vedoucí s ní manipuloval. Nemohla se projevat byla jen „loutka“. Byla pomalá a nevýkonná.

Od roku 2002 je v plném invalidním důchodu z psychiatrické indikace. Není schopná realizovat ani brigádu.



- **Farmakologická anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Mictonetten	tbl.	5mg	2 - 0 - 0 - 2	anticholinergikum spasmolytikum
Trittico AC 150	tbl.	150mg	0 - 0 - 0 - 1	antidepressivum
Nalgesin S	tbl.	275mg	podle potřeby	analgetikum, antipyretikum nesteroidní antiflogistika a revmatika

- **Alergologická anamnéza**

**Léky :** Erytromycin, Deoxymykoin

**Jiné :** prach a roztoči

- **Gynekologická anamnéza**

První menstruaci měla pacientka ve 12 letech, nyní má menstruaci nepravidelnou, silnou a bolestivou. Neměla žádné porody ani umělé a spontánní přerušování těhotenství. Antikoncepci nebere. Má opakované výtoky a svědění. Pacientka nechodí na preventivní gynekologické prohlídky.

- **Nynější onemocnění**

Již po čtvrté hospitalizována na psychiatrické klinice. Naposledy hospitalizována v roce 2007 pod dobu 51. dnů od té doby léčena na psychiatrické ambulanci.

Má sebevražedné myšlenky, nikdy se o sebevraždu nepokusila, ale jednou si vědomě vzala více Neurolu. Sebe by prý zabít nedokázala má silný pud sebezáchovy. Věří v reinkarnaci a musela by si to odtrpět znova od začátku. Líbilo by se jí třeba jít spát a už se neprobudiv. Od dětství si představuje, že dostane rakovinu, která by vyřešila její trápení. Necítí situace kdy by jí bavil život. Dominantní pocity méněcennosti.

Myslí si, že její život nemá smysl. Má dojem, že je snadno manipulovatelnou osobou, což okolí rychle zjistí a pak toho využívá. Snadno se nechává citově vydírat. Hlavní symptomy jsou únava a ztráta energie, nemá z ničeho radost, depresivní nálada, nemůže se k ničemu odhodlat, zanedbává zdraví, neřeší např: prevence u gynekologa a zubaře apod. Sebevražedné úvahy bez tendence k realizaci, ztráta zájmu, apatie. Pacientka má pocit, že „jí to nemyslí“. Někdy jí v hlavě běží obrazy jako film a má děsivé sny.

Při předchozím pobytu měla poruchy soustředění, vnímání, paměti (krátkodobé). Pacientka nebyla schopná udržet naplánovaný režim. Pacientka nálada reaguje na okolní situace a má tendenci se sama sobě vymlouvat. Sebevědomí má oslabené a sebehodnocení je nízké.

Informační zdroje: dokumentace pacienta, rozhovor s pacientem a všeobecnými sestrami.

## 4.5 Fyzikální vyšetření

- *Vyšetření celkového stavu*

**Vědomí** - orientovaná

**Myšlení** - zpomalené myšlení

**Nálada** - chorobně snižená (depresivní), anhedonie - nemocný nedokáže prožívat radost.

**Paměť** - poškozená (krátkodobá)

**Dýchání** - eupnoe

**Poloha** - aktivní

**Chůze** - bez obtíží

**Hybnost** - pohyblivá

**Konstituce** - astenický (štíhlý typ člověka)

**Kůže** - růžová

**Kožní turgor** - normální

**Výraz tváře** - hypomimie (snižovaná mimika)

**Vlasy** - husté

**Nehty** - hladké

**Výživa** - eutrofická

**Řeč** - plynulá , bez poruch.

**Puls** - pravidelný

**Teplota** - norma

- ***Vyšetření hlavy a krku***

**Lebka** - normocefalická (střední velikost lebky), mezocefalická.

**Oči** - *zornice* jsou okrouhlé, izokorické, *oční bulvy* ve středním postavení, ve všech směrech volně pohyblivé, *spojivky* vlhké, růžové, *skléry* bílé, *rohovka* průhledná.

**Uši** - bez výtoků, *sluch* v pořádku.

**Nos** - sekrece z nosu (vodnatá).

**Rty** - růžové, souměrné.

**Dutina ústní** - *jazyk* je růžový, vlhký, mírně povleklý, *chrup* je vlastní, kariézní (zubní kazy neléčené).

**Krk** - krční páteř pohyblivá.

**Štítná žláza** - nezvětšená

- ***Vyšetření hrudníku***

**Hrudník** - astenický, *dechové vlny* se šíří symetricky.

**Srdce** - *akce* pravidelná , *ozvy* ohraničené.

**Plíce** - *poklep* plný jasný , *dýchání* čisté sklípkové.

- ***Vyšetření břicha***

**Břicho** - měkké, nebolestivé, *poklep* bubínkový, *slezina* nenaráží, *játra* nepřesahují pravý oblouk žeberní , *ledviny* nehmatné.

- ***Vyšetření končetin***

**Končetiny** - bez otoků, symetrické, dobře pohyblivé, bez kožních změn, *klouby* ušlechtilé, volně pohyblivé, *svaly a šlachy* pohmatově nebolestivé.

- ***Vyšetření páteře***

**Páteř** - fyziologicky zakřivená, pohyblivá.

(NEJEDLÁ, 2006)

- ***Subjektivní pocity udávané pacientem***

„Teď jsem trochu nachlazená. Mám trochu problémy s pamětí, všechno si raději píšu do mobilu, abych na to nezapomněla. Většinou mám smutnou náladu. Mám strach, že mi vezmou plný invalidní důchod, nebudu mít peníze (nevydělám si na sebe) a budu muset jít na pracák.“

## **4.6 Aktivity denního života**

- ***Výživa***

Pacientka je vegetariánka, doma většinou vaří na více dnů dopředu, často jí ovoce, zeleninu a luštěniny. Nejí kyselé potraviny (pomeranče, citrony, atd.) a smažená a mastná jídla. Pokud pacientka sní kyselé nebo mastné a smažené potraviny má žaludeční obtíže. Doma pacientka nedodrží režim jídla, jí nepravidelně. Většinou jednou nebo dvakrát za den, větší porce jídla.

V nemocnici pacientce strava nevyhovuje. Pacientka udává problémy s hypersekrecí žaludku. Dříve užívala Helicid, ale nyní ho již nebere.

- ***Příjem tekutin***

Pacientka denně pije dva litry tekutin. Pije vlažné nápoje. „Na zuby nemůžu pít studené nebo příliš teplé nápoje, protože mě pak bolí.“

- ***Vylučování moče***

Pacientka má problémy s močením „Chodím často na záchod, ale už je to lepší, protože na to beru léky“. Pacientka užívá Mictonetten.

- ***Vylučování stolice***

Pacientka nemá problémy s vylučováním stolice. Stolice je pravidelná.

- ***Bolest a nepohodlí***

„Doma mě občas bolí krční páteř, ale jen když si jí přeležím.“ Pacientka si v nemocnici stěžuje na tupou bolest hlavy.

- ***Dýchání***

Pacientka nepocítuje žádné problémy s dýcháním.

- ***Spánek a bdění***

Doma pacientka měla problémy se spánkem. „Většinou se mi nedařilo usnout. Uspnula jsem až k ránu. Když se mi někdy usnout podařilo, tak jsem se zase brzo k ránu probudila.“ Pacientka nedodrжуje režim spánku. Spí nekvalitně a střídavě.

V nemocnici se pacientce spí lépe. Spí 5 až 7 hodin. Spánek má, ale přerušovaný a probouzí se předčasně, před spaním má vtíravé myšlenky. Pacientka neužívá žádné léky na spaní.

- ***Aktivita a odpočinek***

„Doma mi někdy dělá problémy vůbec si opatřit jídlo a umýt nádobí. Přes den většinou ležím v posteli nebo sedím v křesle a koukám do prázdna. Občas si hraji s mim domácím mazlíčkem. Někdy koukám na televizi, ale funguje mi pouze jeden program. Televizi vnímám spíše jako kulisu. Někdy řeším sudoku trénuji tak paměť.“ Režim dne má posunut, přes den pospává, večer trochu ožívá.

V nemocnici se pacientka zúčastňuje předepsaných terapií, ale nepravidelně. Ve svém osobním volnu většinou leží v posteli. Je unavená, cítí se tělesně slabá a vyčerpaná.

- **Hygiena**

„Zuby si čistím po každém jídle. Každý den si myji ruce a když musím mezi lidi tak se celá vykoupu.“

V nemocnici se pacientka myje každé ráno před tělocvikem a zuby si čistí po každém jídle.

- **Samostatnost**

Doma pacientka běžné činnosti vykonává samostatně i když někdy s obtížemi. „Někdy se mi nechce vůbec nic udělat, ale nakonec se k tomu odhodlám. Musím, nikdo jiný to za mě neudělá.“

V nemocnici je pacientka samostatná. Vítá režim na oddělení neví, zda by ho zvládla sama doma, protože to není v souladu s její volnomyšlenkářskou povahou. Pacientka se dobře adaptuje na oddělení.

- **Sexualita**

Sexuální potíže pacientka neudává. Menstruace nepravidelná, silná a bolestivá.

## **4.7 Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

- **Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

1. Bolest akutní z důvodu psychologických projevující se slovním vyjádřením a bolestným výrazem v obličeji.

2. Spánek porušený z důvodu přemítání vtíravých myšlenek před spaním projevující se stížností na neuspokojivý spánek.
3. Strach z důvodu špatných sociální podmínek projevující se ustaraností a snížením sebejistoty.
4. Únava z důvodu zhoršené kvality spánku projevující se stížností pacienta na nedostatek energie a sníženou výkonností.
5. Aktivita intolerance z důvodu celkové slabosti projevující se stížností na únavu.
6. Močení porušené z důvodů psychologických projevující se častějším močením.
7. Sebeúcta, chronicky nízká z důvodů psychologických projevující se hodnocením sama sebe jako neschopnou poradit si s různými případy.
8. Chrup poškozený z důvodu zanedbání preventivních prohlídek u stomatologa projevující se zubním kazem.
9. Myšlení porušené z důvodů psychologických projevující se poruchou soustředění a krátkodobé paměti.
10. Paměť porušena z důvodů psychologických projevující se stížností na zapamatování a zapomínáním na různé činnosti podle rozvrhu.

- ***Potenciální ošetřovatelské diagnózy***

- 1 Sebeпоškození hrozící z důvodu negativního sebehodnocení.  
(DOENGES, 2001)

## 4.8 Rozebrání ošetrovatelských diagnóz

1. **Bolest akutní z důvodu psychologických projevující se slovním vyjádřením a bolestným výrazem v obličeji.**

**Cíl krátkodobý:** zmírnění bolesti do 2 hodin

**Priorita :** střední

**Výsledné kritéria:** Pacientka nemá neverbální příznaky bolesti do 1 hodiny.

Pacientka pociťuje úlevu do 1 hodiny.

Pacientka udává zlepšení pohody do 2 hodin.

Pacientka pokračuje v předepsaných aktivitách do 2 hodin.

**Plán intervencí :**

Proveď důkladné posouzení bolesti - (všeobecná sestra)

Posuď bolest pomocí stupnice od 0 - 10 , nakolik je pacientka schopna bolest akceptovat - (všeobecná sestra)

Posuď příčiny bolesti - (všeobecná sestra)

Posuď vnímavost pacientky a její postoj k bolesti - (všeobecná sestra)

Pozoruj neverbální projevy a akceptuj líčení bolesti - (všeobecná sestra)

Sleduj základní fyzické parametry, které lze při akutní bolesti obvykle vykazují změny - (všeobecná sestra)

Pomoz najít způsob, jak zvládat bolest - (všeobecná sestra)

Pečuj o klidné prostředí a pohodlí pacientky - (všeobecná sestra)

Podej analgetika dle indikace lékaře - (všeobecná sestra)

Sleduj účinky analgetik - (všeobecná sestra)



## **Realizace:**

07:10 – 07:30 Provedla jsem důkladné posouzení bolesti pomocí stupnice od 0 - 10 , nakolik je pacientka schopná bolest akceptovat. Posoudila jsem příčiny bolesti, vnímavost pacientky a její postoj k bolesti. Posoudila jsem neverbální projevy a akceptovala jsem lícení bolesti. Sledovala jsem základní fyzické parametry, které akutní bolesti obvykle vykazují změny a pomohla jsem pacientce najít způsob, jak zvládat bolest. Pečovala jsem o klidné prostředí a pohodlí pacientky (všeobecná sestra).

08:00 Podala jsem analgetika ( Nalgesin S) dle indikace lékaře (všeobecná sestra).

08:45 Sledovala jsem účinky podaných analgetik (všeobecná sestra).

## **Hodnocení:**

Pacientka po podání analgetik udává zmírnění bolesti. Již nemá neverbální příznaky bolesti a zúčastňuje se předepsaných aktivitách. Stanovený cíl byl splněn (všeobecná sestra)

## **2. Spánek porušený z důvodu přemítání vtíravých myšlenek před spaním projevující se stížností na neuspokojivý spánek.**

**Cíl krátkodobý:** Zlepšení spánku a odpočinku do 2 dnů

**Priorita :** střední

**Výsledné kritéria :** Pacientka je aktivní během dne do 2 dnů

Pacientka nespává během dne do 2 dnů

Pacientka usne do 30 minut po uložení do postele do 2dnů

Pacientka spí nejméně 6. hodin bez probuzení do 2 dnů

## **Plán intervencí :**

Posud' souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním – (všeobecná sestra)

Seznam se s psychologickým posudkem, zejména si všimni individuálních a osobnostních charakteristik - (všeobecná sestra)

Zjistí představu pacienta jak má vypadat přiměřený spánek - (všeobecná sestra)

Před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort - (všeobecná sestra)

Omez příjem tekutin večer, aby klesla potřeba močení v noci - (všeobecná sestra)

Vyzkoušej různé způsoby, jak zlepšit spaní - (všeobecná sestra)

Omez pospávání pacientky během dne - (všeobecná sestra)

Pobízej pacientku k aktivitě během dne - (všeobecná sestra)

## **Realizace:**

### **První den**

14:00- 15:00 Posoudila jsem souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním a seznámila jsem se s psychologickým posudkem pacientky (všeobecná sestra).

17:00- 19:00 Zjistila jsem představu pacientky jak má vypadat přiměřený spánek a omezila jsem pacientky příjem tekutin večer, aby klesla potřeba močení v noci (všeobecná sestra).

21:00 Před spaním jsem se postarala o klidné prostředí a přiměřený komfort (všeobecná sestra).

## **Druhý den**

07:00- 19:00 Vyzkoušela jsem různé způsoby, jak zlepšit spaní a omezila jsem pospávání pacientky během dne. Pobízela jsem pacientku k aktivitě během dne (všeobecná sestra).

## **Hodnocení:**

Pacientka pociťuje zlepšení spánku. Přes den je aktivní a nespává. Lépe se jí usíná a v noci se neprobouzí. Stanovený cíl byl splněn (všeobecná sestra).

### **3. Strach z důvod špatných sociální podmínek projevující se ustaraností a snížením sebejistoty.**

**Cíl krátkodobý:** Pochopí strachu a diskutovat o něm do 1 dne.

**Priorita:** střední

**Výsledné kritéria:** Pacientka hovoří o svém strachu do 12 hodin.

Pacientka je klidnější do 1 dne.

Pacientka pochopí svůj strach do 1 dne.

## **Plán intervencí :**

Povšimni si stupně ohromení strachem (všeobecná sestra).

Všimni si nakolik je pacientka soustředěná a kam upírá pozornost - (všeobecná sestra).

Buď ve střehu a vždy pečlivě zkoumej, zda nehrozí násilné chování - (všeobecná sestra).

Analyzuj subjektivní prožitky líčené pacientkou - (všeobecná sestra).

Buď pacientce nablízku. Pocit opuštění může exacerbovat strach - (všeobecná sestra).

Naslouchej pacientce, aktivně naslouchej jejím obavám - (všeobecná sestra).

Vysvětlí pacientce potřebné postupy na takové úrovni, aby byla schopna je pochopit a realizovat - (všeobecná sestra).

Dej příležitost k otázkám a upřímně je zodpověz - (všeobecná sestra).

### **Realizace:**

12:00 - 12:30 Povšimla jsem si stupně ohromení strachem a všímala jsem si nakolik je pacientka soustředěná a kam upírá svojí pozornost (všeobecná sestra).

13.00 – 19:00 Byla jsem ve střehu a vždy pečlivě zkoumala, zda nehrozí násilné chování. Analyzovala jsem subjektivní prožitky líčené pacientkou .Byla jsem pacientce nablízku. Aktivně jsem naslouchala pacientčíným obavám. Vysvětlila jsem pacientce potřebné postupy na takové úrovni, aby byla schopna pochopit a realizovat (všeobecná sestra).

### **Hodnocení:**

Pacientka pochopil svůj strach a otevřeně o něm hovoří. Stanovený cíl byl splněn (všeobecná sestra).

(DOENGES, 2001)

## **5 Doporučení pro praxi**

### **Doporučení pro nelékařský zdravotní personál :**

Všeobecná sestra, která pracuje na psychiatrickém oddělení by se měla snažit získat důvěru u pacienta, aby pacient sestře věřil a nebál se jí svěřit se svými problémy. Měla by si najít čas na každého pacienta zvlášť a s každým z nich si během dne promluvit o samotě, protože někteří pacienti se stydí mluvit o svých problémech před ostatními pacienty. Měla by se ptát, zda pacienta něco netrápí, jak vnímá pobyt na oddělení a léčbu. Měla by být vstřícná a laskavá a projevovat zájem o pacienta a motivovat ho. Měla by vést pacienta k samostatnosti a zpříjemnit mu pobyt na oddělení.

### **Doporučení pro pacienta:**

Pacient by se měl snažit aktivně zapojovat do terapeutického plánu. Měl by se snažit, řešit své problémy se sestrou a nenechávat si je pro sebe. Měl by si uvědomit, že sestra je na oddělení, proto aby pacientovi pomohla a že to nedělá z povinnosti, ale protože chce pacientovi pomáhat.

## **ZÁVĚR**

Toto onemocnění postihuje čím dál více lidí. Deprese je onemocnění dlouhodobé a uzdravování je pozvolné. Může však postihnout každého z nás. Pracovat na této práci pro mě bylo příjemnou zkušeností a velkým přínosem neboť jsem se seznámila blíže s tímto onemocněním a dozvěděla se mnoho nových informací. Komplexní ošetrovatelská péče byla realizována na Psychiatrické klinice VFN v Praze. S pacientkou se mi dobře spolupracovalo. Byla ochotná mi podat veškeré podrobné informace, které jsem k vypracování ošetrovatelského procesu potřebovala. Při realizaci ošetrovatelského procesu jsem se setkala se vstřícným přístupem a ochotnou spoluprací ze strany zdravotnického nelékařského personálu. Cílem mé práce bylo přiblížit problematiku depresivního onemocnění a poukázat na ošetrovatelskou péči o pacienta s tímto onemocněním. Cíle, které byly stanoveny se podařilo splnit. Jsem se vědoma, že tato práce je pouhým nahlédnutím do problematiky depresivního onemocnění, avšak doufám, že bude pro ostatní přínosem.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANDERS, M.; UHROVÁ, T.; ROTH, J. et al. 2005. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vydání Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání Praha : Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-735-3
3. BOUČEK, Jaroslav; PIDRMAN, Vladimír. 2005. *Psychofarmaka v medicíně*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1136-2
4. CAMPBELLOVÁ, Jean. 1998. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Z angl. orig. přel. Michaela Šárová. Praha : Portál ,s. r. o., 1998. ISBN 80-7178-428-1
5. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. MUDr. Ivana Suchardová. 2. přepracované a rozšířené vydání Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8
6. DOUBEK, Pavel. aj. 2009. *Deprese a její léčba*. Praha : Maxdorf s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7345-186-8
7. HONZÁK, Radkin. 1999. *Deprese : depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vydání Praha : Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7
8. HOSÁKOVÁ, Jiřina a kol. 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vydání. Opava : Slezská univerzita, Filozoficko – přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3
9. HOUSE, D. D. 2002. *Deprese : klíč ke zdraví*. Z angl. orig. přel. Štěpán Kovařík. 1. vydání. Havlíčkův Brod : Fragment, 2002. ISBN 80-7200-686-X

10. CHODURA, Vladimír. 2000. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vydání České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zemědělská fakulta, 2000. ISBN 80-7040-409-4
11. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Osveta: Martin, 2005. ISBN 80-217-0528-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2003. *Jak zvládat depresi*. 2. rozšířené vydání Praha : Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0575-3
13. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6
14. MCKENZIE, Kwame. 2001. *Deprese : informace a rady lékaře*. Z angl. orig. přel. PhDr. Jaromír A. Máša. 1. vydání Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247- 0093-X
15. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE. 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1
16. NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1 . vydání Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80- 274-1150-8
17. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací : text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0
18. PEČ, Ondřej; PROBSTOVÁ, Václava. 2009. *Psychózy : psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha : Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3
19. PFEIFFER, Jan. 1990. *Ergoterapie 2 : učebnice pro zdravotnické školy*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1990. ISBN 80-201-0004-0



20. PIDRMAN, Vladimír. 2006. *Ženy a poruchy nálad*. 1. vydání Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-462-8
21. PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Deprese z různých úhlů pohledu 2*. 1. vydání Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-474-4
22. PONĚŠICKÝ, Jan. 2004. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterpie*. Praha : Triton, 2004. ISBN 80-7254-459-4
23. PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKOVÁ, J. 2003. *Deprese a jak ji zvládat : stop zoufalství a beznaději*. 1. vydání Praha : Portál s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-809-0
24. RABOCH, Jiří. aj. 2006. *Psychiatrie*. 1. vydání Praha : Infopharm, a.s., 2006. ISBN 80-239-8501-9
25. SCHOU, Mogens. 2009. *Lithium v léčbě poruch nálad : praktický průvodce*. Z angl. orig. přel. Milan Šárek. 1. vydání Praha : Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-205-2
26. VACEK, Jaroslav. 1996. *O nemocech duše : kapitoly z psychiatrie*. 1. vydání Praha : Mladá fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6