

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S DEPRESIVNÍM SYNDROMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKOLA ŠTUCKOVÁ

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S DEPRESIVNÍM SYNDROMEM**

Bakalářská práce

NIKOLA ŠTUCKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Štucková Nikola
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

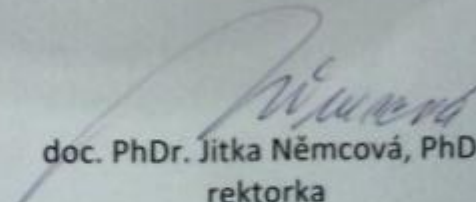
Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 11. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s depresivním syndromem

Nursing Process in a Patient with Depressive Disorder

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně po konzultacích s mým vedoucím, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D., za její pomoc, cenné rady a ochotu při vedení mé bakalářské práce. V neposlední řadě pak děkuji celé mé rodině za trpělivost a podporu, kterou mi poskytovali během celé doby psaní mé práce i během studia.

ABSTRAKT

ŠTUCKOVÁ, Nikola. *Ošetrovatelský proces u pacienta s depresivním syndromem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2017. 47 s.

Bakalářská práce se zabývá depresivním onemocněním a péčí o pacienty s touto nemocí. Je zpracována formou ošetrovatelského procesu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Obsahem teoretické části jsou obecné informace jako definice, výskyt, příznaky a projevy, diagnostika a léčba deprese. Praktická část obsahuje vypracovaný ošetrovatelský proces vybraného pacienta s depresí a vytyčení všech problémů podle NANDA domén, na základě kterých jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy a vypracován ošetrovatelský plán.

Klíčová slova

Deprese. Depresivní onemocnění. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský proces. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

ŠTUCKOVÁ, Nikola. *Nursing Process in a Patient with Depressive Disorder*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2017. 47 pages.

This bachelor thesis deals with depressive disorder and with a patient care suffering from depression. The thesis is worked in a way of nursing process and it is divided into theoretical and practical part. Theoretical part contains general information such as definitions, signs, symptoms, diagnoses and the treatment of a patient. Practical part consists of exact nursing process of a patient with depression and specifying the problem according to NANDA domain, based on which the diagnoses and nursing plans are build on.

Keywords

Depression. Depressive disorders. General nurse. Nursing diagnosis. Nursing process. Patient.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	13
1 DEPRESE	15
1.1 VÝSKYT DEPRESE	16
1.2 DEPRESÍVNI ONEMOCNĚNÍ Z POHLEDU HISTORIE	17
1.3 PŘÍČINY DEPRESE	18
1.4 PROJEVY DEPRESE	21
1.5 RIZIKA DEPRESE	23
1.6 FORMY DEPRESE A JEJÍ TRVÁNÍ	26
2 DIAGNOSTIKA	29
2.1 PROGNÓZA	31
3 TERAPIE	32
3.1 FARMAKOTERAPIE	32
3.2 PSYCHOTERAPIE	36
3.3 FOTOTERAPIE	37
3.4 ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA	38
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S DEPRESIVNÍM SYNDROMEM	39
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEPRESIVNÍM SYNDROMEM	40

5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA.....	40
5.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	41
5.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	43
5.4 POSOUZENÍ POTŘEB PACIENTA PODLE NANDA DOMÉN	
44	
5.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	47
5.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 03. 01. 2017	48
5.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH	
USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT	48
5.8 ROZHOVOR S PACIENTKOU	56
5.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
PŘÍLOHY	

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK

Obrázek 1 Průběh depresivní poruchy	16
Obrázek 2 Počet sebevražd na sto tisíc obyvatel daného věku	25
Tabulka 1 Průměrný roční počet sebevražd.....	25
Tabulka 2 Základní vyšetření sestrou	43
Tabulka 3 Medikamentózní léčba.....	48

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AD – Antidepresiva

BMI – BodyMass Index

CBT – Kognitivně-behaviorální terapie

CKI – Centrum krizové intervence

Cm – Centimetr

D – Dech

ECT – Elektrokonvulzivní terapie

Gtt – Kapka

KO – Krevní obraz

Mg – Miligram

MKN – Mezinárodní klasifikace nemoci

MmHg – Jednotka pro tlak krve

NANDA – Severoamerická asociace pro ošetrovatelské diagnózy

P – Pulz

SSRI – Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

Tbl – Tableta

TK – Krevní tlak

TT – Tělesná teplota

QUICK – Koagulační vyšetření

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Antidepressiva – léky tlumící klinické deprese

Blud – chorobné přesvědčení člověka, že je na dálku kontrolován či ovlivňován člověkem, společností nebo nadpřirozenou silou

Depresogén – látka vyvolávající deprese

Depresogenní – napomáhající vzniku deprese

Edukace – poučení, informování

Farmakoterapie – léčba pomocí léků a infuzních roztoků

Halucinace – smyslový klam

Hospitalizace – umístění nemocného do léčebného zařízení

Hypertenze – vysoký tlak

Per os – ústy

Per rektum – fyzikální vyšetření přes konečník

Suicidum – sebevražda

(VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

„Zda na tom někdy budu lépe, netuším.“

(Abraham Lincoln)

Základním projevem depresivní poruchy je změna nálady, obvykle také ztráta zájmu a radosti z aktivit dosud přinášejících potěšení. Narušení života jedince je značné, relativně stálé a spojené s dalšími symptomy depresivního syndromu, jako jsou pesimistické myšlenky, pokles energie a psychomotorická zpomalenost nebo agitace. Depresivní nálada bývá většinou, ale ne vždy, dominujícím příznakem. Zejména v primární péči si pacient často stěžuje na tělesné potíže, únavu, nespavost (PRAŠKO a kol., 2011, str. 235).

Bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s depresivním syndromem v nemocničním prostředí. Definice psychiatrické ošetrovatelské péče je specifická tím, že zahrnuje ošetřování duševně nemocných, jejich péči, pozorování a především zaměstnávání různými aktivitami, činnostmi. Těžiště práce sestry na psychiatrii je zcela odlišné od práce na jiných odděleních. K její denní práci patří navázání vztahu, kontaktu s pacientem, jeho doprovod v těžkých obdobích, vytváření nových bezpečnostních struktur denního života. Osobnost sestry více než jinde ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. **Prvním cílem teoretické části** je zpracovat a předložit aktuální poznatky o depresivním onemocnění. Budu se zde zabývat definicí deprese a její charakteristikou, základními informacemi o výskytu, vzniku, příčinách deprese a v neposlední řadě i diagnostikou a léčbou depresivního onemocnění. **Druhým cílem** je popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s depresivním syndromem.

V praktické části bude vypracován a popsán ošetrovatelský proces u pacienta s depresivní poruchou: jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu, k posouzení zdravotního stavu pacienta bude využita struktura funkčních typů zdraví, ošetrovatelské diagnózy budou stanoveny podle taxonomie II NANDA I 2015–2017. K hlubšímu poznání života pacienta s depresivním syndromem bude použita technika rozhovoru.

Získané údaje budou dále zpracovány metodou analýzy kvalitativních dat. **Prvním cílem praktické části** je sběr dat o pacientovi, vypracování ošetrovatelského procesu a také zhodnocení realizace ošetrovatelského procesu. **Druhým cílem praktické části** je vytvoření doporučení pro praxi.

Vstupní literatura:

1. DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch.*
2. HERDMAN, KAMITSURU, 2015-2017. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace*
3. KŘIVOHLAVÝ, 2013. *Jak zvládat depresi.*
4. PRAŠKO a kol., 2011. *Klinická psychiatrie.*
5. ŠLAISOVÁ a kol., 2004. *Ošetrovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium.*

Popis rešeršní strategie

Pomocí rešerše z Národní lékařské knihovny byly vyhledány odborné publikace pro tvorbu bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta s depresivním syndromem“. Vyhledávání proběhlo v časovém rozmezí od listopadu 2016 do února 2017. Zvolená klíčová slova k rešerši v českém jazyce: depresivní poruchy, depresivní syndrom, deprese, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces. Zvolená klíčová slova v anglickém jazyce: Depressive Disorder, Depressive Syndrome, Depression, Nursing.

1 DEPRESE

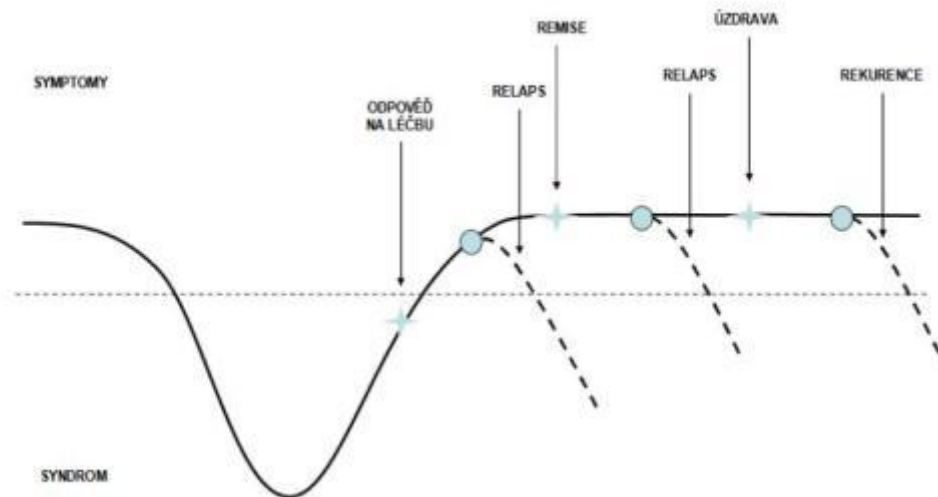
Deprese je závažná duševní afektivní porucha. Je to nemoc postihující celý organismus. Toto onemocnění může mít lehkou, středně těžkou a těžkou závažnost. Deprese je onemocnění, kvůli kterému může být člověk hospitalizován. Není vadou charakteru, která by se dala měnit silou vůle, je to nemoc. Nemoc, která může být cílenou léčbou efektivně zmírněna nebo vyléčena. Obecně lze deprese označit za poruchy nálady. Typickým příznakem je skleslá nálada, nižší motivace pro jakoukoliv činnost, ztráta sebevědomí, beznaděj. Provázejí ji také tělesné obtíže jako nespavost, snížená chuť do jídla, ztráta sexuální touhy. Celkově je to onemocnění celého organismu, které narušuje každodenní fungování. U dvou třetin depresivních pacientů jsou přítomny úvahy o ukončení života (CANTOPHER, 2012), (DOUBEK a kol., 2007).

Příznaky klinické deprese:

- málo spánku,
- ztráta chuti k jídlu,
- slabá energie,
- vymizelo nadšení,
- nízká sebedůvěra,
- demotivace,
- ztráta trpělivosti, citů, lásky.

Klinická deprese je nemoc těla stejně jako zápal plic. Není to metafora, je to fakt. V mozku se nacházejí určité látky ve velkém množství, a to v jistých strukturách, které se nacházejí v různých částech mozku a jsou přepojeny. Tato přepojení tvoří jakýsi okruh. Tento okruh se nazývá limbický systém, který řídí mnoho procesů v těle. Řídí cyklus bdění a spánku, tělesnou teplotu, náladu a udržuje je ve vzájemné rovnováze. Limbický systém je uzavřený obvod. Jeho nejdůležitější funkcí je řízení již vzpomínané nálady. Nálada není ovlivněna událostmi ze života, nýbrž limbickým systémem. Jako každý orgán i limbický systém má svá omezení a jeho poruchy mají spoustu příčin. Patří sem virové infekce, hormonální vlivy, drogy, některé léky, mnoho změn a ztrát v životě, hlavním spouštěčem je také stres. Pokud je limbický systém

poškozen a je za hranicemi jeho možností, přestane správně fungovat (CANTOPHER, 2012).



Obrázek 1 Průběh depresivní poruchy

Zdroj: Seifertová, Praško, Höschl, 2004

1.1 VÝSKYT DEPRESE

„Deprese postihuje na světě ročně asi sto milionů lidí.“

(Gotlib a kol., 1993)

Deprese je pravděpodobně jedním z nejčastějších psychiatrických onemocnění, dříve byla považována za onemocnění starších lidí. Doba se však změnila, nemoc narůstá u stále mladších lidí, proto můžeme konstatovat, že tato nemoc již postihuje téměř všechny věkové kategorie populace. Postihuje dokonce i děti, dále si vyskytuje v pubertě, dospělosti a ve starobě, nejčastěji však mezi 25. až 35. rokem života. Počet lidí trpících depresemi nesmírně vzrůstá a tento vývoj se stává stále větší hrozbou. Aktuálně trpí depresí 6 až 7 % obyvatelstva. Každoročně onemocní depresí 5 % obyvatelstva nezávisle na věku. Je nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. Uvádí se, že výskyt deprese je u žen dvakrát častější než u mužů. Výskyt deprese ovlivňují také sociální a kulturní rozdíly. Daleko častější je u lidí rozvedených, lidí z disharmonických

rodin, lidí svobodných. Zároveň se deprese vyskytuje spíše u lidí z nižších sociokulturních poměrů (KŘIVOHLAVÝ, 2013).

1.2 DEPRESÍVNI ONEMOCNĚNÍ Z POHLEDU HISTORIE

Klinická deprese je nejčastějším onemocněním, o kterém existuje velké množství mýtů. Rané zmínky popisují lidi, kteří byli posedlí démony a žili v zavržení. Přitom mnoho z nich pravděpodobně trpělo klinickou depresí. Římské a hebrejské zdroje také uvádějí posedlost d'áblem jako příčinu duševních nemocí. Několikrát je o nich zmínka i v Bibli (CANTOPHER, 2012).

Ve středověku byla deprese považována za důsledek zvýšené činnosti jater. Významný lékař Hippokrates již ve 4. století před naším letopočtem rozpoznal a označil tuto duševní chorobu jako melancholii a předpokládal, že postiženým orgánem je mozek, ve kterém se hromadí nadměrné množství tzv. černé žluče. Lékaři na černou žluč věřili dva tisíce let. Hippokrates s dalšími lékaři popsali jako první hysterii a došli k závěru, že příznaky takového chování mohou být odrazem psychologických procesů. Do konce osmnáctého století nenajdeme v literatuře téměř žádné informace o léčbě psychologických problémů, kromě mučení (CANTOPHER, 2012).

Na konci devatenáctého století se situace zlepšila pro ty, kteří byli léčeni v ústavech. Avšak péče byla poskytnuta pouze těm, kteří byli považováni za nebezpečné pro společnost. Teprve na počátku dvacátého století německý profesor psychiatrie Emil Kraepelin zavedl „medicínský model“ psychologických problémů. Jeho názor byl, že deprese, schizofrenie, mánie mají tělesnou příčinu. Byl to obrovský pokrok, hlavně pro lidi, kteří byli označováni za degenerované a nemohli se společensky uplatnit. Už nebyli špatní, ale nemocní (CANTOPHER, 2012).

Krátce po publikaci práce E. Keaeplina dal o sobě vědět Freud a jeho spolupracovníci. Konečně někdo, kdo přišel s určitými koncepty, ze kterých se dal odvodit způsob léčby. Freud věřil, že jednou bude v mozku objevena tělesná příčina všech duševních chorob. Zaměřil se na lidské chování a zjistil, že se při něm uplatňuje víc než pouhé vědomí. Začal tedy pracovat na té části duševních funkcí pacientů, která byla nevědomá a souvisela se základními pudů. Celkově byl posun v myšlení, který Freud vyvolal, obrovský (CANTOPHER, 2012).

V období mezi válkami se používaly metody, které z dnešního pohledu můžeme označit za zvláštní. Například pacient byl uveden do kómatu injekcí inzulinu. V dalším případě byla pacientovi vyvolána malárie (CANTOPHER, 2012).

Významný pokrok nastal až po druhé světové válce. Elektrokonvulzivní terapie (ECT) vznikla na základě pozorování, kdy bylo u pacientů trpících epilepsií a depresí po období obzvláště častých záchvatů zaznamenáno výrazné zlepšení nálady. Z čeho vyplývalo, že je potřeba vyvolat záchvaty u lidí, kteří by je jinak neměli. Jako nejúčinnější se ukázala léčba elektrickými šoky. ECT fungovala. Byla to první metoda, při které docházelo k výraznému zlepšení u většiny pacientů, kteří nebyli schopní podstoupit terapii rozhovorem (CANTOPHER, 2012).

Větší pokrok však zaznamenal vývoj antidepressiv. První z nich, iproniazid, byl oblíbený, protože navozoval stavy euforie. U pacientů s depresí vykazoval působivé účinky. Nástup imipraminu, což bylo první bicyklické antidepressivum, změnil život mnoha lidem trpícím klinickou depresí dříve i dnes. Léky vyvinuté později mají sice méně nežádoucích vedlejších účinků, žádný z nich však není tak efektivní. Nedávno byly vyvinuty léky, které jsou bezpečnější. Nejznámější jsou SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), ke kterým patří Prozac (CANTOPHER, 2012).

Mezitím nastal pokrok v psychoterapii. V sedmdesátých letech minulého století se rozvinula behaviorální psychoterapie. Je založena na principech navykání si. Behaviorální techniky jsou velmi účinné nejen při léčbě lidí s úzkostí, ale také při léčbě deprese, a to z důvodu, že se tyto stavy vyskytují současně. Psychologové pozorovali, že lidé s depresí často myslí negativně, a tak vytvořili hypotézu. Pokud by šlo změnit způsob myšlení, byla by ovlivněna také nemoc. V současné době nazýváme tuto terapii kognitivně-behaviorální terapií (CANTOPHER, 2012).

1.3 PŘÍČINY DEPRESE

V současnosti je příčin deprese velké množství. Je nemožné určit, co přesně stojí za depresí konkrétního člověka. Depresi lze charakterizovat jako obecnou reakci našeho mozku na řadu nepříznivých vlivů. U mnoha lidí hraje roli hlavně dědičnost, u jiných různé situace v rodině, v práci, stres, ale i užíváním některých léků může vést

ke vzniku deprese. Mnohými příčinami jsou smrt blízkého, osobní problémy, závažná onemocnění, zneužívání návykových látek (NEDLEY, 2007).

Vrozené predispozice samy o sobě nejsou zodpovědné za vznik deprese, ale vliv dědičnosti je dost významný. Asi třetina nemocných s depresí má v rodině také někoho s depresivní poruchou. Není dokázáno, že by existoval gen zodpovědný za sklony k depresi, ale většina odborníků se shoduje v tom, že výskyt deprese v rodině, hlavně u příbuzných prvního stupně, jako jsou rodiče, sourozenci, je faktorem, který nemůžeme podceňovat. Pokud je zaznamenán výskyt deprese v rodině, můžeme to pokládat za varovný signál, že psychické onemocnění někdo zdědí (NEDLEY, 2007).

Deprese je **u žen dvakrát častější než u mužů**. Mohou za to hlavně hormonální vlivy, a to tehdy, když dochází k výrazným změnám pohlavních hormonů. Děje se tak v těhotenství, období po porodu a klimakteriu (NEDLEY, 2007).

Těžké dětství a vlivy výchovy nejčastěji souvisí s rozvojem deprese v dospělosti. Zanedbaní péče, absence či ztráta důležité pečující osoby je podstatným zásahem do vývoje dítěte. Dalším podstatným faktorem spojeným s vyšším výskytem deprese je zneužívání. Ať již zneužívání psychické, fyzické nebo sexuální (NEDLEY, 2007).

Stravování výrazně ovlivňuje metabolismus, a proto nacházíme souvislost mezi tím, co jíme, a vznikem deprese. Na vzniku deprese se podílí nízká hladina serotoninu v mozku. Serotonin se tvoří jenom v těle a k jeho tvorbě jsou potřebné určité „suroviny“. Patří mezi ně aminokyselina tryptofan, která optimalizuje produkci serotoninu. Deprese může způsobit i nedostatek kyseliny listové. Proto léky, které jsou dostupné, antidepresiva, depresi způsobenou nedostatkem kyseliny listové nemírní (NEDLEY, 2007).

Vliv životních událostí a sociální faktory

Stresové životní události jsou často spouštěči deprese. Faktory, které zvyšují riziko vzniku deprese, jsou:

- rozvod či rozchod rodičů,
- ztráta partnera nebo jeho odchod,

- změna role: přechod ze školy do zaměstnání, příchod dítěte do rodiny, změna zaměstnání,

-prarodiče vychovávající vnoučata (Nezvyšuje se jen riziko vzniku deprese u dětí, ale má to i další následky. Statistiky ukazují, že u prarodičů, kteří se starají o svá vnoučata, je riziko deprese dvojnásobné.)

-sexuální zneužívání,

-nižší sociální postavení,

-žádná či nedostatečná sociální opora,

-negativní, stresující události,

-pracovní přetížení.

(NEDLEY, 2007)

Deprese může být také spojena se souvisejícím **tělesným onemocněním**. Zdravotní potíže lze považovat za nezměnitelný rizikový faktor. Platí to zejména pro starší populace. Objevuje se u lidí po infarktu myokardu a celkově nemoci srdce, cévní mozkové příhodě. Dále u nemocných s roztroušenou sklerózou, cukrovkou, u osob s epilepsií, Parkinsonovou nemocí. Deprese může také průběh těchto nemocí zhoršovat (NEDLEY, 2007).

Existuje dlouhý seznam **léků**, které mohou zvýšit riziko deprese. Proto vzniká dilema, zda je lépe nebrat léky proti vysokému krevnímu tlaku, nebo riskovat vznik deprese. Mezi léky, které mohou vyvolat depresi, patří léky na srdce a krevní tlak, hormonální léky, protizánětlivé léky, protiinfekční léky a léky používané při střevních potížích (NEDLEY, 2007).

Alkohol, nikotin, kofein taky přispívají ke zvýšenému riziku deprese. Především alkohol je znám jako „depresogen“, což je látka vyvolávající depresi. Mezi alkoholem, kouřením a depresí vzniká úzká souvislost, a člověk se tak ocitá v začarovaném kruhu. Příklad: Kouření zvyšuje riziko vzniku deprese. Lidé s depresí častěji kouří (NEDLEY, 2007).

V pozadí deprese stojí nejčastěji **stres**. V současném moderním životě plném přetížení, stres v podobě tlaku narůstá a s tím narůstá i počet pacientů s depresemi. Podle výsledků studií je příčinou 75% návštěv lékařů stres. Při bližším pohledu na onemocnění je zjištěno, že stres a deprese spolu skutečně souvisejí. Ke stresu dochází tedy, pokud se člověk setká s událostmi v životě, které vnímá jako ohrožení tělesného nebo duševního blaha. V těžké depresi jen potřeba na záchod může představovat obrovskou zátěž, takže stres (NEDLEY, 2007), (DAHLKE, 2012). *Z faktu, že se syndrom stresu stal již typickým syndromem celé naší společnosti, vyplývají i další důsledky. Stále více lidí se cítí v moderní společnosti přetěžováno, k čemuž zásadním způsobem přispívá pokračující globalizace se svou tendencí zatěžovat čím dál méně lidí čím dál většími požadavky a čím dál vyššími výkony a zvyšující se hrozbou nezaměstnanosti* (DAHLKE, 2012, str. 133).

Prevence stresu a duševní hygiena:

- vytváření a udržování dobrých mezilidských vztahů,
- dobré vnímání sebe sama na tělesné a duševní úrovni,
- dávat si reálné nároky,
- dávat si dosažitelné cíle,
- věnovat se zálibám,
- naučit se zvládat negativní emoce,
- snažit se vložit mezi denní aktivity tělesné cvičení,
- optimalizovat svůj životní styl,
- projevovat kladné emoce,
- aplikace relaxačních technik,
- kladný postoj k sobě samému.

(HERMAN, DOUBEK, 2008)

1.4 PROJEVY DEPRESE

Pod pojmem projevy deprese rozumíme to, jak se člověk v depresi chová. Především se deprese projevuje v myšlení. Člověk je obklopený negativními myšlenkami a pocitem beznaděje. Ovládají ho pocity ztráty smyslu života, podceňování, pesimistické názory. Nemocný ztrácí zájem o sebe, práci, rodinu a jiné každodenní

aktivity. Často se také vyskytuje nesoustředěnost, špatná paměť, výčitky svědomí, pocity viny.

V depresi se objevuje charakteristický typ automatické negativní myšlenky. Jsou to myšlenky, které automaticky přicházejí, a člověk se nad nimi nijak nezamýšlí. Přijímá je a nerozmyslí, zda jsou pravdivé, nebo ne, a tak je dále logicky nerozebírá. Tyhle myšlenky mají tendenci tvořit řetězce. Obsah automatických myšlenek zahrnuje negativní hodnocení sebe samého („Za všechno si můžu sama.“ „Jsem hloupá.“), negativní hodnocení okolí („Nikdo se o mne nezajímá.“)(PRAŠKO a kol., 2011).

Deprese se dále projevuje v chování. Mezi depresivní emoce patří: skleslá nálada, úzkost, podrážděnost. Depresivního člověka často poznáme již od pohledu. Je unavený, rezignuje na činnosti, chybí aktivita, je celkově zpomalený. Nemocný se vyhýbá kontaktům a uzavírá se do sebe. Deprese ho pohlcuje. Skleslá nálada se mění během dne, nejhorší bývá ráno, během dne se možná zlepší. U hluboké deprese může být nálada monotónní a neměnná po celý den. Pacient podléhá pesimistickým myšlenkám. Myslí si, že selhává ve všem, co dělá. Že všichni okolo si myslí, že je k ničemu. Do budoucna očekává to nejhorší a nevidí v ničem smysl. Proto si myslí, že smrt by byla vykoupením (PRAŠKO a kol., 2011).

Depresi provázejí i tělesné projevy. U pacientů se objevují poruchy spánku, ať již problémy s usínáním nebo brzké buzení. Z toho dále vyplývá unavenost, nevykonnost, slabost ve svalech. Také se často vyskytují bolestivé stavy jako bolesti hlavy, páteře, třes končetin, bolesti na hrudi, zažívací obtíže. V neposlední řadě mezi další projevy patří snížení, až ztráta zájmu o sexuální život. U některého typu depresí dochází ke ztrátě chuti k jídlu a u jiného k nadměrné chuti k jídlu (PRAŠKO a kol., 2011).

U deprese se mohou projevit ještě jiné psychiatrické příznaky. Patří sem depersonalizace- jsou to velmi nepříjemné stavy, kdy se dotyčný cítí oddělený od vlastního JÁ. Takoví lidé bojují s pocitem vlastní neexistence. Dále sem patří obsese, které označujeme jako vtíravé myšlenky. Dokonce dochází ke ztrátě motorické funkce či citlivosti (PRAŠKO a kol., 2011).

Popis depresivního pacienta: pacienti s depresí jsou málomluvní, mimika je chudá, odpovědi na otázky jsou krátké nebo zcela vůbec. Taký pacient, který zcela nemluví, se

nazývá nemluvný neboli mutistický. Bojuje s pocitem bezradnosti, není schopen řešit situaci, nemá chuť do života, trpí sníženou vitalitou. V případě výskytu úzkosti může být pacient neklidný až agresivní. Významným projevem je nechutenství, úbytek váhy. Při nechutenství se objevuje porucha trávení nebo potíže se stolicí. Dále se u pacientů vyskytují problémy v oblasti hrudníku, například bušení srdce, píchání u srdce, potíže s polykáním (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010).

1.5 RIZIKA DEPRESE

Duševní a tělesné aspekty zdraví a nemoci jsou neoddělitelné, a to z hlediska příčiny i následku, protože fakta ukazují, že vlivem deprese se komplikují i jiné nemoci.

Následky deprese:

- zvýšená hladina stresových hormonů,
- vysoký krevní tlak,
- bolesti hlavy,
- neplodnost,
- snížení hladiny pohlavního hormonu,
- invalidita
- bolesti kloubů, končetin,
- bolesti páteře.

Náhlá cévní mozková příhoda patří mezi první z tělesných onemocnění, která se mohou vlivem deprese zhoršit. Příčinou cévní mozkové příhody je arterioskleróza, což je kornatění cév následkem tvorby usazenin na stěnách tepen zásobujících mozek. Deprese mění krevní destičky a způsobuje jejich sražení, čímž zvyšuje riziko, že tepna s usazeným cholesterolem se zablokuje. Dále se riziko náhle mozkové příhody zvyšuje uvolňováním stresového hormonu z nadledvinek (NEDLEY,2007).

Velmi závažným případem je, pokud se deprese vyvine u pacienta, který se zotavuje po infarktu myokardu. V tomto případě deprese ohrožuje jeho úspěšné vyléčení. Pacienti, který trpí depresí, mají v porovnání s pacienty bez deprese o 150 % vyšší pravděpodobnost, že v průběhu dvou následujících let zemřou. Léčba deprese je naprosto nezbytná. Jiná další studie dokonce tvrdí, že deprese znásobuje riziko vzniku srdečních onemocnění u lidí, kteří nikdy tyto problémy neměli. Můžeme se domnívat, zda je to pravda, ale také to vyvrátit nemůžeme (NEDLEY,2007).

Podle vědců existuje zásadní spojitost mezi depresí a vysokým krevním tlakem. Hypertenze postihuje každého šestého člověka. Ukazuje se, že deprese a stres jsou velice jasné příčiny hypertenze. Každý lékař potvrdí, že léčba a kompenzace vysokého krevního tlaku u pacienta s depresí je vždy těžší a komplikovanější.

Osteoporóza znamená řídnutí kostí. Výzkumy prokázaly souvislost mezi depresí a osteoporózou porovnáváním skupin žen s depresí a bez deprese. Hustota a pevnost kostí u žen, které trpěly depresí, byla výrazně nižší (NEDLEY,2007).

Dalším jednoznačně největším rizikem a také následkem deprese je **suicidium**. Je to vědomé a úmyslné ukončení života. Sebevražedné chování se objevuje v několika formách:

- sebevražedné myšlenky,
- sebevražedné tendence,
- pokus o sebevraždu,
- dokonaná sebevražda.

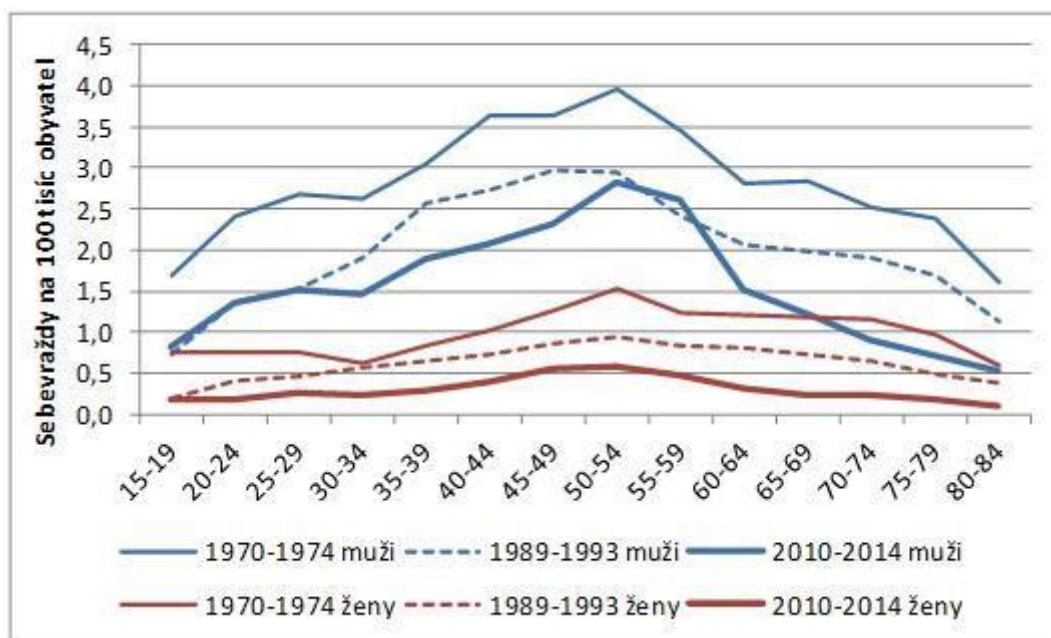
Myšlenky na sebevraždu jsou velmi často jedním z příznaků deprese. Nejsou projevem slabé vůle, mravní zkaženosti nebo nekázně, ale vyplývají z biologických a genetických mechanismů vzniku deprese. Souvisejí, stejně jako ostatní příznaky deprese, s narušením rovnováhy neurotransmiterů v mozku. Asi polovina z depresivních nemocných učiní v průběhu života jeden sebevražedný pokus (DOUBEK a kol., 2007, str. 12).

Podle posledních dostupných statistik stoupá sebevražda v žebříčku nejčastějších příčin úmrtí po celém světě. Nejrizikovější skupinou jsou přitom lidé s těžkou a hlavně neléčenou depresí, ale riziko sebevraždy ovlivňují i jiné faktory, jakými je i věk (u nás nejčastěji starší lidé od 50 do 59 let nebo mladí od 20 do 30 let) či pohlaví -muži si sahají na život častěji než ženy (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2015).

Tabulka 1 Průměrný roční počet sebevražd

Období	Průměrný roční počet sebevražd			Počet sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy	Podíl celku (%)	
	Celkem	Muži	Ženy		muži	Ženy
2000-2004	1622	1292	330	3,9	79,7	20,3
2005-2009	1436	1183	254	4,7	82,4	17,7
2010-2014	1560	1288	272	4,7	82,6	17,4

Zdroj: Český statistický úřad, 2015



Obrázek 2 Počet sebevražd na sto tisíc obyvatel daného věku

Zdroj: Český statistický úřad, 2015

V případě velké deprese, která vyžaduje hospitalizaci, není vyloučeno, že až patnáct procent sebevražedných pokusů skončí smrtí. Není-li deprese léčena přiměřeně, riziko roste a je zřejmé, že má většina pacientů sebevražedné sklony.

Rizikové faktory sebevražd kromě deprese:

- jiné duševní nemoci,
- častější u mužského pohlaví,

- alkohol, drogy,
- sebevražda v rodině,
- stresující zážitek,
- vážná tělesná nemoc,
- homosexualita.

1.6 FORMY DEPRESE A JEJÍ TRVÁNÍ

Depresi můžeme dělit podle závažnosti, podle trvání příznaků a podle charakteru převládajících příznaků.

1. Typy deprese podle závažnosti (MKN-10):

Lehká deprese F32.0 se vyznačuje poklesem nálady, za přítomnosti alespoň 2-3 příznaků, nemocný je schopný se zúčastnit běžných denních aktivit, ale musí se k činnostem přemáhat. Léčba zde probíhá ambulantní formou.

Středně těžká F32.1- přítomné jsou 4 a více příznaků, během nichž již dochází k těžším stavům smutku a beznaděje, které přímo ovlivňují běžné denní aktivity. Člověk není schopný dále pracovat. Léčba zde probíhá ambulantní formou, ale někdy je také vhodnější hospitalizace.

Těžká deprese bez psychotonických příznaků F32.2- přítomná je většina příznaků, typické jsou hlavně beznaděj, hluboký pokles sebedůvěry. Nemocný není schopen provést ani základní povinnosti spojené s péčí o sebe samého. Dále dochází k vážným následkům, a to sebevražedným myšlenkám.

Těžká deprese s psychotonickými příznaky F32.3- je to úplně nejtěžší forma deprese, kde navíc dochází i k výskytům halucinací (slyšení hlasů), stejně se mohou objevovat bludy. Blud je nevyvratitelné a mylné přesvědčení, které si pacient udržuje i přesto, že okolí jeho představy nesdílí. V této formě u pacienta dochází k přesvědčení o vlastní vině, kterou nespáchal, a následném trestu, o potřebě skoncovat se sebou samým, naprostým nezájmem o okolí spolu s odmítáním jídla (WHO, ÚZIS ČR, 2014).

Periodická depresivní porucha F33: opakovaný výskyt poruchy nálady (fázemi deprese)

Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká F33.0

Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká F33.1

Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů F33.2

Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky F33.3

Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi F33.4

(WHO, ÚZIS ČR, 2014)

2. Typy deprese podle trvání příznaků

Útlumová- vyznačuje se celkovým zpomalením myšlení, řeči, zpomalením odpovědí, psychickým i pohybovým útlumem, celkově opožděnými reakcemi v návaznosti na zpomalené myšlení.

Agitovaná- jinak neklidná. Vyznačuje se neklidem a vnitřním napětím. Častým projevem zoufalství jsou nářikání a pláč. Je zde zvýšené riziko sebevraždy.

Atypická- dá se považovat za opak běžné formy deprese. Charakteristickým příznakem je zvýšená spavost, a také zvýšená chuť do jídla, což se odrazí na přírůstku hmotnosti.

Larvovaná- jinak skrytá. Je to zvláštní typ deprese, neboť u tohoto typu převládají tělesné obtíže. Nejčastějšími jsou migrény, bolesti hlavy, zad, svírání na hrudi a v hrdle, únava, nechutenství a pokles váhy, nespavost.

(DOUBEK a kol., 2007)

3. Typy deprese podle charakteru převládajících příznaků

Krátká periodická- nově vydělujeme krátkou periodickou fází deprese, která se projevuje příznaky trvajících po dobu 2-3 dnů, následně příznaky pominou a zopakují se po několika týdnech. Může se opakovat téměř každý měsíc. Této formě deprese předcházíme jen preventivně dlouhodobým podáváním léků.

Chronická- tento typ deprese je vzácný, a to kvůli včasné a rychlé léčbě, postihuje asi 10-20% depresivních nemocných. Deprese trvá déle než dva roky.

Dystymie- patří mezi chronické afektivní poruchy. V současnosti pojem dystymie popisuje chronickou, nejméně dva roky trvající depresivní poruchu mírného charakteru. Obvykle začíná pozvolně, plíživě. Projevuje se převážně poklesem energie, snížením aktivity, nulovým zájmem a různými pocity beznaděje, neschopnosti. (DOUBEK a kol., 2007)

2 DIAGNOSTIKA

Diagnostika v psychiatrii je poměrně obtížná, protože klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé. Deprese se projevuje jako závažné onemocnění. Může se rozvinout zcela bez psychologicky srozumitelné příčiny. S depresí se můžeme setkat u různě organicky podmíněných emočních poruch, které vznikají například jako důsledek různých somatických onemocnění a také jako důsledek užívání některých léků. Na depresivní obtíže si také stěžují jedinci závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách působících neurotoxicity. Většina pacientů se se svými potížemi obrací nejprve na svého praktického lékaře a na něm záleží, zda se pacientovi dostane účinné pomoci. V praxi se lékaři setkávají s různými typy depresivních pacientů. Nejsnadnější je provádět diagnostiku pacienta s typickými příznaky jako smutná nálada, ztráta zájmu o dění v okolí, chybějící schopnost se těšit. Praktický lékař určí, zdá jde o depresi, a dále musí rozhodnout, zda bude nemocného léčit sám, nebo ho odešle k psychiatrovi. Záleží od typu depresí a závažnosti, zda pacient bude léčen v rámci primární ambulantní péče, nebo bude potřebná hospitalizace. O hospitalizaci depresivního pacienta rozhodne psychiatr (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ 2010).

Diagnostika zahrnuje:

- anamnézu,
- nynější onemocnění,
- vyšetření tělesného stavu,
- laboratorní a pomocné vyšetření,
- vyšetření duševního stavu,
- psychologické vyšetření,
- psychometrické hodnotící škály.

Psychiatrická diagnóza je založena především na údajích získaných při rozhovoru s nemocným a jeho pozorováním. Velký význam má získání údajů z okolí nemocného: rodiny, pracoviště apod. Pozorování je také důležitou součástí. Již od příchodu a prvním kontaktu pozorujeme chování nemocného, oblečení, upravenost.

U někoho je jeho mimika a pantomimika velmi živá, u jiného naopak (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ 2010).

V průběhu 19. a 20. století vzniklo mnoho diagnostických systémů, které vycházely z různých modelů psychických poruch:

Psychosociální model: později rozpracován Freudem a nazývaný psychodynamický, následně na základě učení Pavlova J. B. Watsnem nazývaný jako behaviorální. V zkratce šlo o odmítání medicínského modelu duševní poruchy.

Organický model: zaveden v polovině 19. století a později rozpracován T. Meynertem, C. Wernickem a K. Kleistem.

Agnostický model: Zaveden v polovině 19. století H. Neumanem, který nevěřil jakékoli diferenciální diagnostice v psychiatrii a doporučoval jednotné psychózy. Do této skupiny se řadí i klasifikace MKN- 10 a DSM.

Farmakomorfní model: Základny nalezneme v 60. letech 20. století, kdy se objevila první účinná psychofarmaka. Zavedení psychofarmak do terapie duševních poruch vedly k domněnce, že by mohla být objevena příčina vzniku duševních poruch. (SMOLÍK, 2002)

Psychiatrické vyšetření: Slouží pro stanovení diagnózy a také určí, zda je pacientovi vhodné podávat AD, nebo stačí jiná léčba, například psychoterapie, fototerapie. V případě volby antidepresiv toto vyšetření také pomůže rozhodnout, které antidepresivum bude u daného pacienta nejvhodnější (PRAŠKO a kol., 2011).

Laboratorní vyšetření: Před zahájením léčby antidepresivy je indikováno somatické a laboratorní vyšetření z důvodu, že mnoho tělesných onemocnění se může manifestovat depresivními příznaky, nebo se naopak deprese těmito příznaky maskuje. Mezi základní vyšetření patří odběry krve, kde vyšetříme krevní obraz, vyšetření séra - ionty, albumin, celková bílkovina, glykemie, urea, kreatinin, cholesterol. Dále se odebere vzorek moči a udělá se chemický rozbor a rozbor sedimentu. Dále jsou možné rozšířené vyšetření, například u pacientu užívajících drogy- vyšetření na TBC, HIV (PRAŠKO a kol., 2011).

2.1 PROGNÓZA

Depresivní porucha je stav, který se vyskytuje ve všech věkových skupinách a je náchylný k opakování, což je důvod, proč její vedení za chronické, tedy dlouhodobé, dává smysl. Naturalistické studie poskytují důkazy o tom, že v rámci odborné péče prognóza je lepší než u těch v komunitě, kde může být velká variabilita v léčbě nebo žádná. Proč je tomu tak, je nejasné, ale existují rozdíly v rizikových faktorech, úrovně detekce, adekvátnosti léčby, z nichž všechny mohou ovlivnit výsledek (BALDWIN, 2010).

Čísla studií zobrazují, že deprese vede ke zvýšení míry úmrtnosti především u starších dospělých. Bylo zjištěno, že účinek deprese byl významně zeslaben, jakmile byly faktory, jako je chronické onemocnění, zdravotní návyky, kognitivní poruchy, funkční poškození, vzaty v úvahu. Je to stále kontroverzní téma, jako kontroverzní se jeví i to, do jaké míry sebevražednost přispívá ke zvýšení úmrtnosti. Několik mechanismů vysvětluje, proč může deprese zvýšit úmrtnost. Zahrnovaly především smrtelné nemoci, nepřímé účinky deprese, biologické účinky, vedlejší účinky léků, léčby. Dále to může být ovlivněno faktory chování, kam zahrnujeme kouření, alkohol, špatnou stravu, špatné zacházení s vlastním zdravím (BALDWIN, 2010).

Terapeutické možnosti deprese se v posledních letech výrazně zlepšily a podstatným způsobem změnily prognózu. Deprese je vážná psychiatrická nemoc. Ve srovnání s jinými vážnými psychickými chorobami má však nejlepší prognózu.

3 TERAPIE

„Zvládnutí deprese je jedním z největších životních úspěchů.“

(Earnie Larsen)

Deprese je léčitelnou poruchou. Čím dříve se nastolí léčba, tím rychleji může nemoc odeznít. Dá se léčit antidepresivy, dále psychoterapií, fototerapií a elektrokonvulzivní léčbou. Mezi základní metody léčby u všech depresí patří použití antidepresiv. U mírné deprese dostatečně pomůže psychoterapie. Naopak u těžší deprese až mánie je potřeba hospitalizace.

Co můžete pro sebe udělat sami?

- *Nečekejte, až pohár přeteče - svěřte se někomu se svými pocity.*
- *Zkuste cvičit - je známo, že to často pomůže zmírnit depresi.*
- *Zamyslete se nad tím, zda je vaše strava vyvážená.*
- *Vyhňte se velkým dávkám alkoholu, které nepochybně mohou vyvolat depresi, když pomine bezprostřední uvolnění*
- *Netrapte se tím, že málo spíte, pokud vám to pomůže, čtěte si knihu nebo poslouchajte rádio.*
- *Uvědomte si, že deprese není projevem slabé povahy, ale že jde o nemoc, ze které se zase uzdravíte, i když tomu nyní není snadné uvěřit (PÁLOVÁ, 2012).*

3.1 FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie patří mezi nejznámější metody léčby depresí. Je indikována v případě subjektivní nebo objektivní závažné deprese. Antidepresiva jsou volbou v terapii středně těžké a těžké jednotlivé fáze, jsou to léky, které ovlivňují biochemické příčiny deprese, hlavně deficit serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. U léčby lehkých forem depresivní epizody se nedoporučuje nasazování antidepresiv. Je to vhodné pouze po zvážení poměru užítka a rizika. Dále mohou být antidepresiva při léčbě lehkých forem užitá:

- na přání pacienta,
- při předchozí zkušenosti s antidepresivy,

- depresivní epizody středně až těžký závažného průběhu deprese v anamnéze.

Nejčastěji předepisovanými antidepresivy jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin). Tato léčiva zvyšují hladinu intracelulárního serotoninu, což po určitém čase způsobuje down-regulaci pro-synaptických inhibičních receptorů 5HT1A. To vede ke zvýšenému postsynaptickému vylučování serotoninu, a tudíž ke zvýšení serotonergních neurotransmisí. Klinický účinek těchto léků se projevuje až s odstupem 3 - 5 týdnů po zahájení terapie. Terapeutický účinek léčiva by měl být proto hodnocen nejdříve po 3 týdnech léčby, zároveň je nutné informovat pacienta o latenci účinku a možném zhoršení stavu v úvodu terapie.

Při volbě antidepresiv vycházíme z předchozích zkušeností nemocného s léčbou, z klinického obrazu deprese a ze znalosti vedlejších účinků a snášenlivosti jednotlivých antidepresiv.

Antidepresiva dělíme na několik skupin.

Ticyklická antidepresiva jsou dnes nejčastěji používána. Tricyklická antidepresiva (TCA) byla představena před více než 30 lety. Jsou považována za efektivní, ale mají jisté množství doprovodných nežádoucích účinků. Dokonce první z nich, imipramin, byl poprvé použit v roce 1957. Patří sem klasická antidepresiva imipramin, amitriptylin, dosulepin, clomiprin a další. U těchto léků se začne s podáváním minimálních dávek a množství se postupně zvyšuje, až zůstaneme u dávkování, které se zdá být v daném případě dostatečně účinné. TCA přicházejí do styku s jinými receptory v mozku a mají tendenci chovat se jako sedativa, když se užívají poprvé. Je vhodné je užívat těsně před spaním. K mírnému zlepšení dochází už po asi 2 až 3 týdnech. Po 12 týdnech je zlepšení výrazné, léky se však potom nesmí přestat brát minimálně po dobu 6 měsíců (PRAŠKO a kol., 2010).

Do další skupiny patří inhibitory monoaminové oxidázy (MAO). Fungují na principu potlačení činnosti enzymu, který je zodpovědný za rozklad noradrenalinu a serotoninu v mozku. Mají potenciál nebezpečné interakce s řadou jiných léků a doplňků. Této léky jsou vhodné tam, kde je při depresi zvýšený výskyt úzkosti a vnitřního napětí.

Kombinace AD jsou v klinické praxi velmi časté, i když před několika lety publikovaný přehled zahrnoval pouze 8 randomizovaných, dvojitě slepých studií a situace se od té doby výrazněji nezměnila. Údaje o výskytu kombinací AD v ambulantní praxi v České republice máme pouze ze studií, které byly primárně cíleny na jinou problematiku. Jedna studie hodnotila účinnost a snášenlivost kombinace malých dávek amisulpridu s ostatními AD u depresivních ambulantně léčených pacientů, další byla zaměřena na zhodnocení efektu monoterapie trazodonem ve vyšších dávkách u těžší a středně těžké deprese. V obou studiích byla detailně hodnocena medikamentózní léčba před vstupem do studie. V první studii bylo z 3 178 zařazených při vstupu do studie léčeno kombinacemi AD 35 %, dvojkombinací 26 % a 9 % kombinacemi více AD. Ve druhé studii, která probíhala na 11 pracovištích v ČR v průběhu roku 2011, byl výskyt kombinací u zařazených bezprostředně před vstupem podobný, tj. kombinace dvěma AD u 25 % (ČEŠKOVÁ, 2015).

Důvodů po podávání kombinace AD je nepochybně celá řada a patří k nim:

- nedostatečný efekt (nedosažení remise), nedostatečné ovlivnění některých příznaků,*
- farmakorezistence,*
- reziduální příznaky,*
- "antidotum" u nežádoucích účinků,*
- opožděný nástup účinku,*
- zvýšené očekávání remise a uzdravení,*
- komorbidita,*
- léčba nepsychiatri (převážně monoterapie SSRI nižšími dávkami, často zlepšení, ne kompletní remise), při následné léčbě psychiatrem jiné strategie (kombinace). (ČEŠKOVÁ, 2015)*

Obecné zásady antidepresivní léčby

1. V případě účinnosti léčby a dobré reakce na určitý lék v minulosti by měl být stejný lék ve stejné účinné dávce použit znovu.
2. Mezi léky první volby radíme léky skupiny SSRI, neboť hrozí nejmenší riziko výskytu nežádoucích účinků.
3. Začínající dávka antidepresiva by se měla řídit doporučením výrobce, s výjimkami nemocných s organickým postižením mozku. U těchto případů by měla být počáteční dávka poloviční.

4. Efekt léčby se nedostaví ihned. Většinou po 3-6 týdnech, v lepších případech po 2-4 týdnech.
5. Nežádoucí účinky se při léčbě SSRI mohou dostavit v počátku léčby, ale postupně odezní a vymizí. Jsou mírnější než nežádoucí účinky tricyklických antidepresiv. U tricyklických antidepresiv se vyskytují nejčastěji zažívací potíže, bolesti hlavy, sexuální dysfunkce.
6. I když dojde k zlepšení stavu a účinku léčby, je nutné pokračovat v léčbě antidepresivem 6-9 měsíců. K vysazení by nemělo dojít náhle, ale postupným snižováním dávek. (ANDRES, SKOPOVÁ, 2006)

Vzhledem k množství nežádoucích účinků u syntetických léčiv se v posledních letech obrací pozornost k některým možnostem **fytoterapie**. Tradičně k léčivým bylinám. Mezi léčivé byliny s antidepresivními účinky patří třezalka tečkovaná a šafrán. Autoři, kteří v poslední době publikovali metaanalýzy klinických studií, porovnávali účinnost třezalky s léčivem ze skupiny SSRI. Metaanalýza ukázala, že mezi nimi není značný rozdíl. Třezalka byla snášena lépe než léčiva skupiny SSRI. Zásadní rozdíly se neprojeví ani při porovnání tetracyklických antidepresiv a třezalky. Při léčbě třezalkou dokonce přerušilo léčbu méně pacientů. V ČR je řada přípravků s obsahem třezalky, ne všechny však mají ověřený antidepresivní účinek. Také u šafránu v porovnání s imipraminem došlo k dobrým výsledkům, nebyl mezi nimi značný rozdíl v účinku, šafrán však měl výrazně méně nežádoucích účinků. V ČR je dostupný Saframyl na bázi šafránu (KOSTIUK, 2015).

Další skupinu léků, které můžeme označit za novou generaci léků, jsou stabilizátory nálady. Používají se u pacientů, u nichž je vysoká pravděpodobnost relapsu depresivních epizod. Stabilizátory nálad se také používají u pacientů, u kterých antidepresiva nezabírají, a to z důvodu, že deprese je u nich vyvolána stresem, který je trvalý a neodstranitelný. Tyto léky zabírají a změnily život již mnoha nemocným trpícím maniodepresivním onemocněním. O účinku léků není pochyb, zůstává však otázkou, co se stane, jakmile budou vysazeny. Mezi první objevený stabilizátor patří lithium. Lithium se využívá hlavně při léčení bipolárních poruch a často se kombinuje s jinými antidepresivy. Není návykovou látkou, má však nebezpečné vedlejší účinky. Při užívání lithia jsou potřebné pravidelné krevní testy, existuje malé riziko onemocnění ledvin. Lithium se vyskytuje volně v přírodě. Ostatní stabilizátory nálady nevyžadují krevní testy, ale jsou méně účinné (CANTOPHER, 2012).

3.2 PSYCHOTERAPIE

V současnosti existuje mnoho různých druhů psychoterapie. Prostřednictvím terapie se lidé učí zvládat obtíže a znovu nabývat sebevědomí. Pomocí psychoterapie můžeme lépe a hlouběji porozumět, co se člověku v depresi děje. Tento přístup poskytuje nemocnému ochraňující prostor, ve kterém se může vyjádřit k tomu, co ho trápí. Psychoterapie využívá psychické prostředky jako sociální kontakt, vztahy mezi lidmi, sociální komunikaci (ANDRES, SKOPOVÁ, 2006).

Z teorie učení vycházejí:

- a) Interpersonální psychoterapie- v 70. letech ji vytvořili Gerald Klerman, Myrna Weissmanová. Označuje se za časově omezený, empiricky léčebný postup. Interpersonální život ovlivňuje náladu, nálada dále ovlivňuje chování a to, jak jedinci zvládají své role. Program má 16 sezení rozdělených do 3 fází. V rané fázi jde o edukaci s výkladem deprese a přípravě změn v interpersonální oblasti. Střední fáze je řešení problémů v komunikaci a vztazích s významnými lidmi. Závěrečná fáze rekapituluje průběh terapie a pracuje na technice zvládání problémů v budoucnosti.
- b) Kognitivně-behaviorální psychoterapie- racionální-emotivní terapie. Podle této terapie se nemocný naučí depresivně myslet a konat. Tento způsob je možné přeučit na konstruktivní. Po přeučení dochází k normalizaci nálady. Zároveň se pacient učí, jak postupně plánovat svoji aktivitu.
- c) Kognitivní psychoterapie- jde o poměrně krátkodobé léčení, které poskytují psychologové specializovaní na tento druh léčby. Kognitivní psychoterapie se nezabývá minulostí, ale je zaměřena na současný způsob myšlení. V terapii jde o posilování i malých úspěchů a pokroků pacienta, používá se i asertivní trénink a hraní rolí. (ANDRES, SKOPOVÁ, 2006). *Kognitivní psychoterapie se zajímá o to, jak člověk sebe sama i okolí chápe, čemu přikládá a čemu nepřikládá víru (jaké je jeho přesvědčení), jaký má postoj k tomu, co slyší, vidí i sám dělá, případně jak se dívá na to, co dělají druzí lidé atp. Hovoří více o životním stylu nežli o citech a náladách, zajímá se především o systém myšlení daného člověka, tj. o to, jaké má názory, postoje a přesvědčení, zajímá se o sílu a zralost jeho sebevědomí, o míru jeho sebe cenění, sebehodnocení atp. Ten, kdo projeví zájem o kognitivní psychoterapii, se může obrátit na příslušného (v kognitivní*

psychoterapii specializovaného) psychoterapeuta. Může být přijat buď do individuální, či skupinové psychoterapie (KŘIVOHLAVÝ, 2013, str. 153).

Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, vztahy a interakce mezi terapeutem a členem a členů navzájem. Skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí. Může být velice užitečná hlavně tehdy, když pacientovy potíže spočívají ve vztahových problémech (ANDRES, SKOPOVÁ, 2006).

Podpůrná psychoterapie je primárně zaměřena na redukci symptomů, zvyšování sebeúcty, úrovně fungování a schopnosti adaptace. Můžeme ji definovat i tím, že na své cíle využívá převážně podpůrné intervence (ANDRES, SKOPOVÁ, 2006).

Krátkodobá fokální terapie je forma terapie, která se nezaobírá minulostí. Při snaze pomoci zachytává pouze současné konflikty a důvody této nemoci. Toto je hlavním úkolem této terapie (CANTOPHER, 2012).

Role terapeuta:

- porozumět tomu, co se s nemocným děje,
- oddělit zdravé prožívání od nemocného,
- odstranit patologické prožitky,
- snažit se obnovit hodnotový žebříček,
- pomoci nalézt přiměřenou důvěru v sebe i ve svět kolem,
- vytvořit pocit bezpečí,
- pomoci najít způsob, jak překonat současné problémy.

(DOUBEK a kol., 2007)

3.3 FOTOTERAPIE

Je to nejvhodnější léčba pro lidi trpící sezonní poruchou nálady. Jde o použití bílého světla o síle 5000 luxů aplikovaného pacientovi v ranních hodinách. Světlo, které je využíváno k léčbě, je ve svém spektru podobné světlu slunečnímu (PRAŠKO a kol., 2010).

3.4 ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA

Táto léčba je naopak vhodná pro lidi trpící hlubokou a těžkou depresí nebo jinak při farmakorezistentních depresích a mániích a sebevražedném riziku. Je neúčinnější metodou léčby deprese. Elektronvulze se provádějí v celkové anestezii. Jde o účinnou léčbu, rizika při samotném zákroku jsou minimalizována premedikací a vedlejší účinky (bolesti hlavy, poruchy paměti) jsou přechodné. Horším problémem této léčby je strach z ovlivnění kognitivních funkcí. Vliv na kognitivní funkce mají především parametry stimulace- typ, dávka použité energie, umístění elektrod a frekvence stimulací. Kognitivní nežádoucí účinky se mohou vyskytnout až u jedné poloviny nemocných, 5-7 % těchto účinků je považován za těžké. Především dochází ke ztrátě paměti. *Od počátků léčby pomocí ECT se za uplynulých více než 60 let změnilo mnohé v přístupu k této léčbě, od nekritického nadšení až po úplné zavržení. V současné době je tato metoda přijímána se všemi svými klady i zápory. V praktickém využití s nástupem moderních přístrojů doznala léčba ECT řady změn, jako je titrování dávky, podprahové stimulace, monitorování EEG. I přes tento znatelný pokrok stále probíhá diskuse o nastavení optimálních parametrů hlavně v oblasti intenzity stimulů a umístění elektrod* (TUČEK, ŠNOREK, 2010). Většina psychiatrů tuto léčbu nadále využívá, avšak jen v extrémních případech. Tahle léčba je doporučována především tehdy, pokud nemocnému hrozí vážné nebezpečí. V takových případech (pacient nejí, nepije, nezabírají žádné léky, pociťuje nesnesitelné utrpení) může ECT zachránit život (CANTOPHER,2012).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S DEPRESIVNÍM SYNDROMEM

Deprese zasahuje všechny složky psychiky, myšlení je zpomalené, je narušena paměť, koncentrace a jiné myšlenkové procesy. Výrazně je sníženo psychomotorické tempo (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Práce sestry na psychiatrii je jiná než práce na jiných odděleních. Kromě komplexní péče a plnění úkolů v ordinaci vykonává další úkoly. K nejdůležitějším úkolům patří zajištění pacientova bezpečí a uspokojování základních potřeb. Důležitým a specifickým úkolem ošetrovatelského personálu na psychiatrii je především pozorování pacienta, sledování změn nálad a chování. Také z toho důvodu je pacient po příjmu uložen na pokoj daného oddělení, nejlépe v nejbližší blízkosti personálu. Tím je zabezpečen stálý dohled. Při příjmu jsou odebrány pacientovi všechny věci, které můžeme označovat za nebezpečné nástroje, jako nůžky, pinzeta, sklo (voňavka) a jiné, abychom zabránili sebepoškození pacienta, neboť právě depresivní pacienti přicházejí kvůli tendencím na sebepoškození až sebevraždu. Vzhledem k sebevražedným sklonům je pacient uložen na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Aby pacient neměl v dosahu žádné předměty, kterými by si mohl ohrozit život, je potřeba kontrolovat i léky, které by nemusel užívat řádně dle ordinace lékaře, ale mohl by je nashromáždit a následně užít naráz. Sebevražedné myšlenky jsou velmi častým projevem při depresi, a proto různé náznaky, řeči, rozhovory o úmyslu ukončit život nesmí brát personál na lehkou váhu. Sestra v psychiatrickém ošetrovatelství pečuje o duševně nemocné, vytváří terapeutické prostředí, pacienta vede k aktivitám a činnostem na oddělení, naslouchá, předvídá a je psychickou oporou po celou dobu léčení pacienta (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014), (ŠLAISOVÁ a kol., 2004).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEPRESIVNÍM SYNDROMEM

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Je individualizovaný k potřebám každého pacienta. Sestává z 5 fází, jsou to kontinuální děje, které se navzájem ovlivňují, úzce spolu souvisejí:

Posuzování,

Diagnostika (analýza),

Plánování,

Realizace (provedení, zásah),

Hodnocení.

(TÓTHOVÁ, 2014)

Cílem práce bylo vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s depresivním syndromem na základě teoretického ošetrovatelského modelu Majory Gordon. Dále jsme na základě ošetrovatelských problémů vybraných podle NANDA domén stanovili ošetrovatelské diagnózy. Ve vybraných diagnózách jsme stanovili cíl krátkodobý a dlouhodobý, ošetrovatelské intervence, a poté zhodnotili, jak se je podařilo zrealizovat. Pro náš kvalitativní výzkum byl výběr vzorku záměrný. Vybrali jsme klientku s depresivní poruchou, hospitalizovanou v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Hlavním kritériem výběru byla otevřenost pacientky, ochota spolupracovat a souhlas s použitím údajů. V rámci metody sběru dat jsme využili rozhovor s pacientkou a také příslušnou ošetrovatelskou a lékařskou dokumentaci. Kvůli ochraně osobních údajů jsou zde uváděny pouze iniciály pacientky, nejsou uvedeny informace, jako je rodné číslo či přesná adresa bydliště.

5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: A. G.

Pohlaví: žena

Datum narození: 16. 5. 1996

Věk: 20

Adresa trvalého bydliště: Praha

Průkaz ZP: Maxima

Datum přijetí: 3. 1. 2017

Vstup: dobrovolný

Svéprávnost: plná

Příbuzný/kontaktní osoba: matka

Výška: 163 cm

Váha: 51 kg

BMI: 19,20

5.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Rodinná: Otec matky zemřel kvůli alkoholu. Matka otce karcinom střeva. Rodiče zdraví. Mladší bratr zdrav. Děti nemá.

Osobní: Běžná dětská onemocnění. Sledované nemoci neguje. Operace neguje, úrazy nebyly a hospitalizace nebyla.

Farmakologická: Sertralin 50mg 1-0-0 užívá půl roku od doby, co se léčí psychiatricky. Občas 1tbl. na spaní, název si nevzpomene.

Alergie: Léky: neguje. Potraviny: neguje. Chemické látky: neguje.

Gynekologická: Gynekologické potíže neguje, cyklus pravidelný- 28 dní, trvání cyklu 4 až 6 dnů. Těhotenství vylučuje. Antikoncepci neužívá.

Abusus: Kouří 20c/d, alkohol- poslední týden nic nepila, předtím pila víc, třeba i denně, ale jen třeba jednu skleničku. Kávu pije i 2x denně. THC 1x zkoušela před 2 týdny, nijak zvlášť to nepocítovala, jiné drogy neguje.

Psychiatrická: Před 2 lety vyhledala psychiatra v Rusku, měla začít užívat antidepresiva, ale nezačala. Odmítla. Před půl rokem znova vyhledala psychiatra

v Rusku a začala užívat antidepresiva. Po přesunu do ČR vyhledala akutně psychiatra, Dr. S., Poliklinika A., byla 1x a zaplatila cash, plánovaná kontrola 20/2.

Sociální: Má ruské rodiče, na ČR významné vazby nemá, ale chtěla studovat v zahraničí a vybrala si tuto zemi.

Stav: svobodná.

Bytové podmínky: Bydlí na kolejích, má vlastní pokoj.

Vztahy, role a interakce: S rodiči v kontaktu telefonicky, problémy nejsou, vědí, že je zde. Je nekonfliktní, a tak dobře vychází s okolím.

Záliby: poslouchání hudby, čtení.

Volnočasové aktivity: čas strávený s kamarády, běh.

Zaměstnání: Studuje VŠE, matematické metody, dokončuje bakaláře.

Partnerské vztahy: Má intimní vztah s jedním kamarádem.

Parere (krátká lékařská zpráva): odeslána z CKI (centrum krizové intervence), kam přichází pro suicidní myšlenky.

Důvod přijetí udávaný pacientem: Chtěla jsem se zabít. Nevím proč, nemám žádný důvod. Hůř mi je asi měsíc. Celkově to trvá asi 5 let. V noci spím špatně. Nálada je víc depresivní, brala jsem antidepresiva. Užívám Sertralin. Můžu skočit z okna, říznout si žíly. Myšleny už byly i předtím. Hlasy mívám. Říkají, že jsem k ničemu, ať se zabiju. Vidiny, stíny neguje. Automutilace byly v minulosti, dnes jsem se pořezala na ruce, pomáhá mi to.

Status preasens: Pacientka vigilní, je orientovaná rámcově správně, klidná, spolupracuje. Bez poruch vnímání, apsyhotická, automutilace, aktuálně bez poruch chování, bez agrese.

Stavba těla a výživa: normostenická, kostra bez deformit, hybnost dobrá, jiné celkové příznaky: bez traumatu a krvácení, bez cyanózy, hydratace dobrá, bez bolesti. Hlava: normocefalická, uši a nos bez sekrece, bulby ve středním postavení. Krk: meningeální. Hrudník: souměrný, dýchání čisté. Plíce: eupnoe. Srdce: akce srdeční pravidelná. Horní končetiny: tremor 0, hybnost bez omezení, na P předloktí povrchové rány po

automutilacích. Dolní končetiny: bez otoků, hybnost bez omezení. Bez známek intoxikace či odvykacího stavu, nauzeu neguje, dušnost neguje.

Závěr příjmu: Zákl. dg. F321- Středně těžká depresivní fáze.

Plán: stabilizace stavu.

5.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Popis fyzického stavu byl odebrán třetí den hospitalizace pacientky.

Tabulka 2 Základní vyšetření sestrou

Krevní tlak (TK)	135/75 mmHg
Puls (P)	80/minutu
Tělesná teplota (TT)	36,6 °C
Dech (D)	22/minutu
Tělesná hmotnost (kg)	51,000
Výška (cm)	163
BMI	19,20 - v normě

Fyzikální vyšetření sestrou:

Hlava: mezocefalická, bez bolesti, bez deformit

Oči: bulby ve středním postavení, víčka bez patologických změn, zornice stejně široké, spojivky růžové

Uši, nos: bez výtoků a bez deformit

Rty: růžové, bez známek vysušení

Dásně, sliznice dutiny ústní: sliznice vlhké, bez známek zánětu

Jazyk: vlhký, bez povlaku

Tonzily: nehmatné

Chrup: vlastní

Krk: souměrný, štítná žláza a lymfatické uzliny nezvětšené, tep hmatný

Hrudník: symetrický, bez viditelných deformit, prsy symetrické

Plíce: dýchání čisté, poslechově bez fenoménů

Srdce: srdeční akce pravidelná, bez šelestů

Břicho: nebolestivé, měkké, peristaltika zachovaná

Játra: nezvětšená

Slezina: nehmatná

Genitál: bez patologických změn

Uzliny: nehmatné, nebolestivé

Páteř: souměrná, bez deformit a patologických změn

Klouby: bez známek traumatu, volné pohyblivé

Reflexy: zachovaný

Čítí: zachováno

Varixy: nejsou

Kůže: bez cyanózy, turgor dobrý

Otoky: bez otoků.

5.4 POSOUZENÍ POTŘEB PACIENTA PODLE NANDA DOMÉN

Na základě ošetrovatelské dokumentace Majory Gordon „Model funkčního zdraví“ jsme zhodnotili a určili všechny ošetrovatelské problémy u pacientky. Dále jsme je zpracovali dle NANDA domén.

1. Podpora zdraví

Pacientka má úplný náhled na onemocnění. Motivace k léčbě: ano.

2. Výživa

Váha: 51 kg

Výška: 163 cm

BMI: 19,2- v normě

Chuť k jídlu obvykle nemá, jí poměrně málo. Příjem tekutin denně 1 až 2 litry.

Ošetrovatelský problém: Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu.

Priorita: střední.

3. Vylučování a výměna

Močení bez obtíží a příměsí. Stolice je pravidelná a formovaná, naposledy: dne 02. 01. 2017. Pocení je přiměřené.

4. Aktivita/ odpočinek

Pacientka udává zhoršené usínání, nespavost. Celkově spánek narušený. Přes noc se budí a následně během dne únava, neschopnost denních aktivit, vyčerpanost. Úroveň soběstačnosti v sebepečí: zvládá se najíst, napít, umýt, obléci se, vyprazdňovat moč, stolici, chůzi po rovině, po schodech. Někdy při zhoršení nálady se jí nechce umýt a zanedbává péči o sebe samu.

Ošetrovatelský problém- narušený vzorec spánku, únava, zanedbávání sebe sama.

Priorita: střední, střední, nízká.

5. Percepce/kognice

Vědomí: jasné. Paměť: neporušená. Myšlení: v normě. Koncentrace: plná. Vnímání: reálné. Psychomotorika: v normě. Orientace: orientovaná místem, časem, prostorem. Komunikace: adekvátní. Zrak: dobrý, bez brýlí. Sluch: dobrý. Řeč: srozumitelná, plynulá.

6. Sebepercepce

Sebeúcta dostatečná. Sebevědomí snižené. Pocit omezení nemá.

7. Vztahy mezi rolemi

Bydlí na kolejích, studuje VŠ. Vztahy ve škole má dobré. S rodiči si velmi dobře rozumí.

8. Sexualita

Menstruace je pravidelná, od 13ti let. Naposledy kdy: nyní. Gravidita vyloučená.

9. Zvládání/ tolerance zátěže

Pacientka pocítuje obrovskou úzkost. Nemoc vyvolává stres. Nevládá stres v krizové situaci. Má strach, že když to nezvládne, tak si poškodí zdraví.

Ošetrovatelský problém- úzkost, strach.

Priorita: střední, střední.

10. Životní principy

Bez vyznání.

11. Bezpečnost/ ochrana

Pacientka myslí na to, že život nemá smysl, a sebepoškozování nedokáže ovlivnit. Myslí na to, že by si vzala život, chápe, že to není logické a nesmí to udělat.

Ošetrovatelský problém-sebepoškození, riziko sebevraždy.

Priorita: střední, vysoká.

12. Komfort

Pacientka se cítí osamělá. Je uzavřená a převládá smutná nálada.

Ošetrovatelský problém -sociální izolace.

Priorita: nízká.

13. Růst/ vývoj

Bez patologických změn.

5.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Vstupní odběry krve- KO, QUICK, ionty, biochemické vyšetření krve.

Výsledky:

KO (krevní obraz): v normě

QUICK (koagulační vyšetření krve): v normě

Ionty: v normě

Glukóza: 4,2 mmol/l

Albumin: 37 g/l

Celková bílkovina: 74 g/l

Močovina: 4,5 mmol/l

Urea: 5,8 mmol/l

Kreatinin: 60 μ mol/l

Sodík: 137 mmol/l

Draslík: 3,7 mmol/l

Chloridy: 105 mmol/l

Bilirubin celkový: 9 μ mol/l

Cholesterol: 2,63 mmol/l

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 **Výživa:** per os

Pohybový režim: bez vycházek

Rehabilitace: nejsou indikovány

Medikamentózní léčba:

Tabulka 3 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma podání	Síla	Dávkování
Sertralin Vipharm	Tbl	50,00 mg	1-0-0
Rivotril	Gtt	2,5 mg/ml	10gtt, 3/d á 4h
Hypnogen	Tbl	10 mg	nespí 22-02h/ 1tbl
Zyprexa	inj / i.m.	10 mg	1 amp, max 2/d á 2h

5.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 03. 01. 2017

20letá pacientka AG přijatá dne 3. 1. 2017 na psychiatrické oddělení v 02:00. Při příjmu klidná, spolupracuje, mluví tiše, odpovědi nerozvádí, oční kontakt nevyhledává. Je úzkostná, pocíťuje strach z více důvodů, které odmítá uvést. Poslední týden omezila styky s lidmi, kamarády a chce být sama. Izoluje se od společnosti. Působí upraveně a čistě. Je plně orientovaná. Somaticky bez obtíží. Udává sníženou chuť k jídlu, poruchy spánku- zhoršené usínání a také se budí přes noc. Následně je unavená a to ji omezuje v běžných činnostech dne, tehdy má pocit, že se zanedbává. Pacientka má sebevražedné myšlenky, napadá ji, že by např. skočila z okna, důvod neví, ale tyto stavy nezvládala, proto vyhledala pomoc. Zhoršení poslední měsíc. Dříve se sebepoškozovala, během včerejška nové povrchové škrábance na obou HK- předloktích. Pacientka seznámena s chodem oddělení a uložena na příjmovou ložnici. Pacientka podepsala dobrovolný vstup.

5.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

1. Riziko sebevraždy 00150
2. Sebepoškození 00151
3. Strach 00148
4. Úzkost 00146

5. Únava 00093
6. Narušený vzorec spánku 00198
7. Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu 00002
8. Zanedbávání sebe sama 00193
9. Sociální izolace 00053

1. Riziko sebevraždy- 00150

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 3. Násilí

Definice: Náchylnost k život ohrožujícímu zranění způsobenému sebou samým.

Riziko sebevraždy z důvodu depresivního onemocnění projevující se verbalizací a myšlenkami na sebevraždu.

Cíl:

Krátkodobý: pacientka omezila myšlenky na sebevraždu do 3 dní.

Dlouhodobý: pacientka je do konce hospitalizace bez tendence k sebevraždě.

Priorita: vysoká.

Plán intervencí:

- motivuj pacientku k léčbě (denně, všeobecná sestra),
- ved' s pacientkou podpůrné pohovory (průběžně, všeobecná sestra),
- naslouchej (denně, všeobecná sestra),
- podporuj k činnostem na oddělení (denně, všeobecná sestra),
- všímej si nápadností v chování (průběžně, všeobecná sestra),
- doporuč pohovor s lékařem či psychologem (v 1. den hospitalizace, všeobecná sestra),
- podej medikaci dle ordinace lékaře (denně, všeobecná sestra).

Realizace:

03. 01. 2017- Pacientka byla seznámena s činnostmi, které lze dělat, aby odvrátila myšlenky na sebevraždu. Průběžně je sledováno její chování a aktivita. Byl doporučen rozhovor s psychologem. Denní medikamentózní léčba byla podávána dle ordinací lékaře.

06. 01. 2017- Během tří dnů si pacientka našla činnosti, díky kterým odvrátila špatné myšlenky. Zúčastňuje se činnostních aktivit na oddělení, kde si kreslí a vyšívá. Dnes se také zúčastnila psychogymnastiky, kde podle ní byla její mysl očištěná. Pacientka nadále pod blízkým dohledem. Na doporučení navštěvuje psychologa, a to jí pomáhá.

Hodnocení:

Pacientka měla na doporučení pohovor s psychologem. Cítí se lépe a zúčastňuje se činností na oddělení, které jí pomáhají alespoň tehdy nemyslet na sebevražedné myšlenky.

Cíl byl splněn částečně, pacientka má stále sebevražedné myšlenky, ale umí je lépe kontrolovat a pomocí jiných činností je dokáže úplně omezit. Je potřeba pokračovat ve stanovených intervencích.

2. Sebeпоškození- 00151

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 3. Násilí

Definice: Úmyslné sebeпоškozující chování způsobující poškození tkáně se záměrem způsobit si zranění, které nekončí smrtí, působí jako úleva od napětí.

Určující znaky:

- Řezné rány na těle.

Související faktory:

- Emociální narušení.
- Násilí vůči sobě v anamnéze.
- Zhoršená sebeúcta.

- Neschopnost slovně vyjádřit napětí.
- Neodolatelné nutkání se pořezat.
- Narůstající napětí, které nelze vydržet.
- Negativní pocit (např. deprese).

Cíl:

Krátkodobý: Pacientka nepocituje potřebu si ubližovat.

Dlouhodobý: Pacientka bez nově způsobených ran na těle do konce hospitalizace.

Priorita: střední.

Plán intervencí:

- zajisti bezpečné prostředí (vždy, všeobecná sestra),
- odeber pacientce všechny nebezpečné předměty (v 1. den hospitalizace, všeobecná sestra),
- zajisti adekvátní dohled na pacientku (vždy, všeobecná sestra),
- sleduj změny nálady pacientky (průběžně, všeobecná sestra),
- snaž se o vytváření pozitivní atmosféry v okolí pacientky (vždy, všeobecná sestra),
- podávej medikaci dle ordinace lékaře (denně, všeobecná sestra),
- ved' záznam v ošetrovatelské dokumentaci (denně, všeobecná sestra).

Realizace:

03. 01. 2017 Pacientce byly odebrané nebezpečné předměty, jako malé nůžky, pinzeta, voňavka, která by mohla sloužit jako sklo, tím jí bylo zajištěno bezpečné prostředí. V podvečer přišla na sesternu s tím, že bojuje se silným nutkáním si poškodit. Rozhovorem byla pacientka zklidněna a následně pod dohledem sledována. Proto je nadále pod neustálým dohledem pracovníka, který se snaží o vytváření pozitivní atmosféry.

06. 01. 2017 Pacientka se denně zúčastňuje aktivit na oddělení. Není už potřebný tak přísný dohled, pacientka slovně hodnotí její stav kladně, od začátku hospitalizace žádné

nové povrchové rány. Nemá v sobě vnitřní napětí, které by potřebovala vyventilovat. Léky na zklidnění užívá a se stanovenou dávkou je spokojená.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka se nepoškozuje a ani nepocit'uje potřebu si něco udělat. Cítí se dobře, spokojeně.

3. Strach- 00148

Doména 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- Pocit'uje strach.
- Pocit'uje obavy.
- Únava.

Související faktory:

- Neznámé prostředí.

Cíl:

Krátkodobý: Pacientka má snížený pocit strachu do 5 dní.

Dlouhodobý: Pacientka nepocit'uje strach do konce hospitalizace.

Priorita: střední.

Plán intervencí:

-naslouchej pacientce a zjisti možné příčiny strachu (v 1. den hospitalizace, všeobecná sestra),

-sleduj tělesné projevy strachu a chování (denně, všeobecná sestra),

-buď nablízku (vždy, všeobecná sestra),

- povzbuzuj ji (průběžně, všeobecná sestra),

-informuj o chodu oddělení a ujisti ji, že se není čeho obávat (v 1. den hospitalizace, všeobecná sestra),

-podávej léky dle ordinace lékaře (denně, všeobecná sestra).

Realizace: Pacientka je informovaná o léčebném plánu. Rozhovorem byly zjištěny příčiny strachu. Pacientka je odhodlaná je společnými silami řešit a následně odstranit. Byly podány léky dle ordinace. Odezva je dobrá, pacientka se cítí klidněji.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně. Pacientka dodržuje léčebný plán. Cítí se bezpečněji, ale stále ji trápí nějaké věci, které v ní vyvolávají strach.

4. Narušený vzorec spánku- 00198

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 1. Spánek/odpočinek

Definice: Časově omezené narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky:

- Změna normálního vzorce spánku.
- Problémy při každodenním fungování.
- Potíže s usínáním.
- Pocit nedostatečného odpočinku.
- Nechtěné probouzení.

Související faktory:

- Vzorec spánku nepostačuje ke znovunabytí energie.

Cíl:

Krátkodobý: Pacienta hodnotí průběh noci pozitivně.

Dlouhodobý: U pacientky došlo ke zlepšení celkové pohody a odpočatosti, spí v noci souvisle alespoň 6 hodin.

Priorita: střední.

Plán intervencí:

- poskytni dostatek informací o poruchách spánku (v 1. den hospitalizace, všeobecná sestra),
- edukuj pacientku o zásadách spánkové hygieny (v 1. den hospitalizace, všeobecná sestra),
- sleduj průměrnou dobu spánku a prováděj zápisy do dokumentace (denně, všeobecná sestra),
- navrhni omezení příjmu kofeinu před spaním (v 1. den hospitalizace, všeobecná sestra),
- podávej léky podle ordinace (denně, všeobecná sestra),
- sleduj účinek léku (denně, všeobecná sestra),
- zjišťuj hodnocení průběhu noci pacientkou (každé ráno, všeobecná sestra),
- aktivizuj pacientku do denních aktivit (denně, všeobecná sestra).

Realizace: 03. 01. 2017 Pacientka edukována o zásadách spánkové hygieny. Bylo jí poskytnuto množství informací o poruchách spánku. Rozumí důvodu, proč by měla omezit kávu před spaním, a vynechá ji. Je obeznámená o tom, že si může požádat o lék před spaním. Doporučené jsou denní aktivity, aby nespala přes den.

06. 01. 2017 Průměrná doba spánku se zlepšila o 2 hodiny navíc. Pacientka nepije kávu minimálně 3 hodiny před spaním. Každý večer užije tabletku před spaním, to jí pomáhá. Průběh noci hodnotí lépe, usínání již nečiní problém, ale občas se budí v noci, protože přes den spí.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně. Pacientka hodnotí průběh noci pozitivně. Zúčastňuje se různých aktivit. Je potřeba zlepšit to, aby pacientka spala souvisle aspoň 6 hodin v noci.

5. Únava- 00093

Doména 4. Aktivita/Odpočinek

Třída 3. Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky:

- Ospalost.
- Zhoršená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti.
- Zhoršená schopnost zachovat běžný denní režim.
- Zvýšení požadavků na odpočinek.
- Neefektivní plnění rolí.
- Únava.

Související faktory:

- Deprese.

Cíl:

Krátkodobý: Pacientka není ospalá během dne, do 3 dní.

Dlouhodobý: Pacientka se necítí unaveně a je schopná běžného denního režimu.

Priorita: střední.

Plán intervencí:

- aktivizuj pacientku během dne (denně, všeobecná sestra),
- zhodnoť schopnost pacientky zúčastňovat se různých aktivit (denně, všeobecná sestra),
- sleduj dobu spánku přes den (denně, všeobecná sestra),
- sleduj stížnosti pacientky na únavu (průběžně, všeobecná sestra).

Realizace:

03. 01. 2017: Pacientka aktivizovaná do činnosti. Moc se jí nechce, raději by spala. V noci nespala, z důvodu příchodu do nemocnice. Přes den už jednou spala asi 2 hodiny. Chce se jí spát opět. Na únavu si stěžuje, říká, že to trvá už dlouho a nic se s tím nedá dělat, dokud se neudělá něco s celkovým problémem deprese. Večer se jí nechce do sprchy, ale po přemluvení se odchází vykoupat.

06. - 07. 01. 2017: Pacientka se začlenila do kolektivu, a tak má s kým trávit čas. Tyto 2 dny nespala přes den vůbec, nebyla potřeba, protože nebyla vůbec unavená. Hygienické aktivity zvládla v pohodě. Celkově díky zlepšení spánku v noci se zlepšila únava přes den.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka zvládá aktivity během dne bez pocitu únavy, na kterou si již nestěžuje.

Celkové zhodnocení péče:

Pacientka přijata na psychiatrické oddělení kvůli sebevražedným sklonům a depresi. Při příjmu byla tichá, klidná a působila upraveně. Byly určeny ošetrovatelské diagnózy - celkově 9. Dle 5 rozpracovaných ošetrovatelských diagnóz došlo ke zlepšení zdravotního stavu. Nepodařilo se vždy splnit všechny cíle z důvodu krátké realizace. Celkově pacientka dodržuje léčebný plán bez problémů. Zúčastňuje se všech navržených aktivit. Tím se podařilo omezit myšlenky na sebevraždu. Pacientka je v lepší psychické pohodě a za dobu hospitalizace si nezpůsobila žádné povrchové rány na těle. Na doporučení navštěvovala psychologku, díky které se u ní zmenšily obavy. Je odhodlaná v sezeních s psychologem pokračovat i po propuštění. V poslední rozpracované ošetrovatelské diagnóze se podařilo zlepšit kvalitu spánku pacientky, především problém s usínáním. Pacientka byla po celou dobu motivovaná, vkládala v personál velkou důvěru.

5.8 ROZHOVOR S PACIENTKOU

Využili jsme otevřenosti a ochoty pacientky spolupracovat. Zajímalo nás, jak a kdy se u ní deprese projevila poprvé, kdy vyhledala první odbornou pomoc, jak se s takovou těžkou psychickou chorobou žije a jak zvládá běžné denní činnosti. Formou volného rozhovoru vznikl krátký příběh, který může být zajímavým závěrem této práce, zobrazuje především vnitřní pohled- pohled nemocného.

„Mluví se mi těžko, ale vím, že se mi uleví. Myslím, že takové nálady mám asi už 5 let. Celkově 5 let. Někdy se to zhorší jako teď. Předtím jsem to neřešila, každý má nějaké problémy, a proto má špatnou náladu. Někdy je počasí nehezké a také má nálada. Jo, to je asi běžný. Já ale problémy nikdy neměla. Nic vážného. S rodinou vycházím dobře, kamarádu mám mnoho a všechno je fajn, ve škole se mi daří a také i líbí. Celkově se mi líbí i v této krajině. Není mi smutno za domovem, to problém není. Tak nevím. Nevím, v čem je problém. A tak jsem na to přišla, je to nemoc, problém jsem já. Prvně jsem vyhledala psychiatra už asi před 5 lety. Máma říkala, že to není potřeba, že za to může puberta a skutečné problémy ještě jen přijdou. Nakonec jsem tam byla asi jednou. Léky jsem ani nezačala užívat. Někdy před půl rokem jsem znovu vyhledala psychiatra v Rusku. Doma. Na tu chvíli se to vyřešilo, lékař mi předepsal léky. Zvolená dávka antidepressiv mi vyhovuje a léky mi dost pomáhají. Jinak příznávám, že to neumím dlouhodobě ovládnout. A co? No to, že jsem se chtěla zabít. Já nemám žádný důvod. Já nevím proč. Nejhorší je mi už asi měsíc. V noci špatně spím, a tak nejsem schopná fungovat přes den. Vždyť musím chodit do školy a neusnut tam. Ale to prostě nejde. Nejsem k ničemu. Sebepoškozování nedokážu ovlivňovat, pořád myslím na to, že bych si vzala život, ale vím, že to není logický. Mám hezký život. Proto, jak jsem říkala, vím, že je něco špatné ve mně. Jsem tu proto, aby mi zjistili, co mi vlastně je. Občas mám pocity, že svět kolem mne jakoby nebyl reálný. Myslím si, že život nemá smysl. Můj život nemá smysl, protože celý svět nemá smysl. Chápete? Minulou zimu jsem 2 týdny byla podle mne v nejhorším stavu. Nic jsem nedělala, nedonutila jsem se vyjít ani do obchodu. Všechno na sebe navazovalo. Nemohla jsem spát, probouzela jsem se v noci, přes den jsem to dospávala, tím jsem byla zas více unavená, a tak jsem spala přes den. Nejela jsem do školy, nejela jsem nikam. Tak špatně mi bylo. Teď jsem cítila to jisté znovu, proto jsem přijela sem. Potřebuju pomoc. Nechtěla jsem skončit tak jako naposled. Lekla jsem se, takové myšlenky, sebevražedné, jsem předtím neměla. A co přesně mi napadalo? Že se říznu do žíly, vyskočím z okna, užiju velké množství léků. Nic promyšlené. Teď mám ale pocit, že když bude jaro, všechno bude líp. Nechci tady být dlouho. Nemám pojištění. Z toho mám obavy, že to nezvládnou finančně. Léky budu užívat a budu se léčit ambulantně. Trápí mě, že neumím kontrolovat svoji náladu, trápí mě, že můj život není veselý. Ubíjím sama sebe, mám odstup od lidí. Neumím se smát. Je to těžký, mám pocit, jako bych žila v takové černé bublině, ze které není cesty ven. A v té tmě je jenom smutek a já nevidím, co mě čeká dále. Nevidím žádnou budoucnost.

A to mě děsí. Možno proto bych raději skončila svůj život, ale jsem mladá a vím, že to nemůžu udělat, vím, že to není správné.“

5.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Člověk v depresi prožívá řadu nepříjemných pocitů. Cítí se opuštěný a lidé kolem něho mu nerozumějí. Proto v této části poukážeme na doporučení pro zdravotnický personál, pacienty s depresí, ale také i pro rodinu.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- získat si důvěru pacienta,
- vyslechnut si obavy pacienta,
- chovat se empaticky,
- umět použít správná slova (ne všechno, co se zdá snadné nám, pro nemocného být nemusí),
- zapojit rodinu do péče,
- edukovat rodinu o tom, co by bylo nejlepší pro jich blízkého,
- poskytnout pacientovi informace o následující léčbě.

Doporučení pro pacienta:

- dodržovat léčebný režim,
- nebát se promluvit o svých obavách,
- aktivně se podílet na činnostech v rámci oddělení,
- spolupracovat s lékařským, zdravotnickým a ošetřovatelským personálem,
- nebát se požádat o pomoc.

Doporučení pro rodinu:

- podporovat pacienta v léčbě,

- být oporou,
- komunikovat o problémech blízkého nemocného se zdravotnickým personálem,
- projevovat nemocnému snahu pomoci,
- ukázat mu, že není sám,
- nepodceňujte zmínky o sebevraždě,
- získávat informace o onemocnění pacienta.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo předložit aktuální poznatky o depresivním syndromu a doplnit znalosti o něm. Cílem praktické části byl sběr dat a dále zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétní pacientky s depresivním syndromem. Deprese se stává stále běžnějším onemocněním. Trpí jí všechny věkové kategorie, jen velmi malá část lidí se však odváží s tím někomu svěřit, jen menšina vyhledá lékařskou pomoc. Včasná řešení a léčení této nemoci může zabránit tomu nejhoršímu, její včasná léčba dokáže zlepšit a zplnohodnotnit život nemocného. Hlavním cílem této práce bylo poukázat na příčiny deprese, její možné následky, a hlavně zobrazit způsoby její terapie. Psaní této práce bylo opravdu zajímavou zkušeností. Setkat se s osobami s tímto problémem, poslechnout si a zprostředkovat příběh pacientky bylo pro mne hlubokým zážitkem. Věřím, že je velmi důležité naslouchat lidem s takovým problémem, porozumět jim a ukázat, že v tomto světě nejsou sami. Nikdy nevíte, kdo z vašich blízkých má podobný problém.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDRES, M., SKOPOVÁ, J., 2006. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vydání. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-396-6
- BALDWIN, R., C., 2010. *Depression in later life*. New York: Oxford University Press, 2010. ISBN 978-0-19-959126-8
- CANTHOPHER, T., 2012. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG, c2012. ISBN 978-80-7263-768-3
- ČEŠKOVÁ, E., 2015. Česká a Slovenská psychiatrie. In: *Kombinace antidepresiv v léčbě deprese: Doporučení a klinická praxe*. [online]. 111(1), 33 -36 [cit. 2017-02-08]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1000>
- DAHLKE, R., 2012. *Deprese jako řeč unavené duše: cesty z temné noci duše*. 1. vydání. Olomouc: Fontána. 2012. ISBN 978-80-7336-666-7
- DOUBEK, P. a kol., 2007. *Deprese a její léčba: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-186-8
- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (eds.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. (2016) Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.)
- HERMAN, E., DOUBEK, P., 2008. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, c2008. ISBN 978-80-7345-157-8
- KOSTIUK, P., 2015. Léčba depresivní poruchy a některé možnosti fototerapie. In: *Farminews: časopis do lékárny*. [cit. 2017-03-09]. ISSN 1214- 5017. Dostupné z: http://www.edukafarm.cz/data/soubory//casopisy/Farmi%203%20-%202015/36%20Lecba_depresivni_poruchy_nektere_moznosti_fytoterapie.pdf
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualizace a rozš. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4774-3

- NEDLEY, N., 2007. *Život bez deprese*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2007. ISBN 978-80-7172-023-2
- PÁLOVÁ, E., 2012. Depresia In: *O chorobách*. Poslední úpravy 26. 1. 2012 [cit. 2017-01-07]. Dostupné z: <https://www.dusevnezdravie.sk/depresia/>
- PETR, T., MARKOVÁ, E., a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6
- PRAŠKO, J. a kol., 2010. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vydání. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-656-4
- PRAŠKO, J. a kol., 2011. *Klinická psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Tigis, 2011. ISBN 978-80-87323-00-7
- SMOLÍK, P., 2002. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. 2. revid. vyd. Praha: Maxdorf, c2002. ISBN 80-85912-18-X
- ŠLAISOVÁ, I. a kol., 2004, *Ošetrovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. ISBN 80-86225-51-8
- TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9
- TUČEK, J., ŠNOREK, V., 2010. Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. In: *Česka a Slovenská psychiatrie*. [online]. 106(5), 283 -291 [cit. 2017-02-19]. ISSN 1212- 0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=656>
- VOKURKA a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-456-2
- WHO, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014. V. kapitola. *Poruchy duševní a poruchy chování*. Poslední úpravy 1. 4. 2014 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

PŘÍLOHY

Příloha A – Beckova sebeposuzovací stupnice deprese	II
Příloha B – Rešeršní protokol	IV
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	V

Příloha A – Beckova sebesuzovací stupnice deprese

Zdroj:

< <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/beckova-sebesuzovaci-stupnice-deprese-132975> >

01. Nálada

- 0 - nemám smutnou náladu
- 1 - cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
- 2 - jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
- 3 - jsem tak smutný nebo nešťastný, že to už nemohu snést

02. Pesimismus

- 0 - do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
- 1 - poněkud se obávám budoucnosti
- 2 - vidím, že se už nemám na co těšit
- 3 - vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit

03. Pocit neúspěchu

- 0 - nemám pocit nějakého životního neúspěchu
- 1 - mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchů než obvykle lidé mívají
- 2 - podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
- 3 - vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal

04. Neuspokojení z činnosti

- 0 - nejsem nijak zvlášť nespokojený
- 1 - nemám z věcí takové potěšení, jako jsem míval
- 2 - už mě netěší skoro vůbec nic
- 3 - ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

05. Vina

- 0 - necítím se nijak provinile
- 1 - občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
- 2 - mám trvalý pocit viny
- 3 - ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk

06. Nenávist k sobě samému

- 0 - necítím se zklamán sám sebou
- 1 - zklamal jsem se sám v sobě
- 2 - jsem dost znechucen sám sebou
- 3 - nenávidím se

07. Myšlenky na sebevraždu

- 0 - vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si měl něco udělat
- 1 - mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít

- 2 - často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu
- 3 - kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

08. Sociální izolace

- 0 - neztratil jsem zájem o lidi v okolí
- 1 - mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
- 2 - ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
- 3 - ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

09. Nerozhodnost

- 0 - dokážu se rozhodnout v běžných situacích
- 1 - někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
- 2 - rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
- 3 - vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout

10. Vlastní vzhled

- 0 - vypadám stejně jako dříve
- 1 - mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
- 2 - mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- 3 - mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě

11. Potíže při práci

- 0 - práce mi jde od ruky jako dříve
- 1 - musím se nutit, když chci začít něco dělat
- 2 - dá mi velké přemáhání, abych cokoli udělal
- 3 - nejsem schopen jakékoli práce

12. Únavnost

- 0 - necítím se více unaven než obvykle
- 1 - unavím se snáze než dříve
- 2 - všechno mě unavuje
- 3 - únava mně zabraňuje cokoli dělat

13. Nechutenství

- 0 - mám svou obvyklou chuť k jídlu
- 1 - nemám takovou chuť k jídlu, jako jsem míval
- 2 - mnohem hůře mi teď chutná jíst
- 3 - zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Vyhodnocení:

do 8 až 9 bodů – norma

9 až 24 bodů - lehká až střední deprese

25 bodů a více - těžká deprese

Příloha B - Rešeršní protokol

Jméno: Nikola Štucková

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s depresivním syndromem

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Klíčová slova:

depresivní poruchy - depresivní syndrom – deprese – ošetrovatelská péče – ošetrovatelský proces

Klíčová slova angličtina:

Depressive Disorder - Depressive Syndrome – Depression – Nursing

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

U českých zdrojů: 2006-2016

U zahraničních zdrojů: 2006-2016

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 53 (monografie: 19; články, abstrakta, kapitoly: 34)

Zahraníční zdroje: záznamů: 51

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

Zdroje:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMC Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Zpracoval:

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické,
o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta