

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA S DEPRESÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ŠÁRKA PAZDERNÍKOVÁ**

**Praha 2018**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA S DEPRESÍ**

Bakalářská práce

ŠÁRKA PAZDERNÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2018



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

PAZDERNÍKOVÁ Šárka  
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí

*Nursing Process of the Geriatric Patient with Depression*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové Ph.D. za trpělivost, cenné rady, odborné vedení a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

## ABSTRAKT

PAZDERNÍKOVÁ, Šárka. *Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová Ph.D. Praha. 2018. 79 s.

V první části bakalářské práce je popsána problematika oboru gerontologie, shrnuje základní informace a vymezuje základní pojmy oboru. Popisuje historii gerontologie a geriatrie, dále se zabývá vyšetřením geriatrického pacienta a farmakoterapií ve stáří. Druhá část se věnuje depresivní poruše, její etiologii, diagnostice, klinickým obrazem, typy a terapií. Popisuje také depresivní poruchu u starších. Poslední kapitola pojednává o specifikách péče na gerontopsychiatrickém oddělení. Třetí část je věnována ošetrovatelskému procesu u geriatrické pacientky s depresivním syndromem, která byla přijata na příjmové oddělení psychiatrické nemocnice pro relaps nemoci. Jsou popsány subjektivní a objektivní problémy pacientky, které jsou následně zpracovány do aktuálních a potenciálních diagnóz dle Nanda taxonomie II. 2015-2017. Ošetrovatelský proces byl zpracován dle koncepčního modelu Marjory Gordonové.

Klíčová slova

Deprese. Geriatrie. Gerontologie. Ošetrovatelský proces. Stáří

## ABSTRACT

Pazderníková, Šárka. *Nursing Process of the Geriatric Patient with Depression*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová Ph.D. Prague. 2018. 79 pages.

The first part of the bachelor's thesis describes the field of gerontology, summarizes the basic information and defines basic concepts of the subject. It depicts the history of gerontology and geriatrics, further it looks into examining of a geriatric patient and pharmacotherapy in elderly age. The second part is dedicated to depressive disorder and its etiology, diagnosis, clinical picture, types of the disorder and therapy. It also describes the depressive disorder of the elderly. The last chapter discusses the specifics of caregiving on a gerontopsychiatric ward. The third part is dedicated to the caretaking process of a geriatric patient suffering with the depressive disorder, who was admitted to a psychiatric ward for the reason of disorder relapse. It describes both subjective and objective issues, which are then processed and composed into current and potential diagnoses according to Nanda Taxonomy II. 2015-2017. The nursing process was prepared according to Marjory Gordon Nursing Theory.

Key words

Age. Depression. Geriatrics. Gerontology. Nursing process.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	- 16 -
<b>1 GERONTOLOGIE.....</b>	<b>- 18 -</b>
1.1 Stárnutí a stáří .....	- 19 -
1.2 Vyšetření geriatrického pacienta .....	- 20 -
1.2.1 Zvláštnosti klinického obrazu .....	- 21 -
1.3 Farmakoterapie ve stáří.....	- 21 -
<b>2 Deprese .....</b>	<b>- 23 -</b>
2.1 Výskyt deprese .....	- 23 -
2.2 Příčiny deprese a její vznik.....	- 24 -
2.3 Diagnostika deprese.....	- 26 -
2.4 Druhy depresivní poruchy .....	- 27 -
2.5 Projevy deprese.....	- 30 -
2.6 Léčba deprese.....	- 31 -
2.7 Deprese ve stáří.....	- 32 -
2.8 Suicidum .....	- 36 -
2.9 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů trpících depresí... -	36 -
<b>3 Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí.. -</b>	<b>38 -</b>
3.1 Anamnéza .....	- 39 -
3.2 Posouzení současného stavu pacientky ze dne 20. 1. 2018 (50. den hospitalizace).....	- 42 -
3.3 Medicínský management .....	- 49 -
3.4 Situační analýza ze dne 20. 1. 2018 .....	- 52 -
3.5 Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie II 2015–2017 a jejich uspořádání dle priorit .....	- 53 -



<b>3.6</b>	<b>Celkové zhodnocení péče .....</b>	<b>- 63 -</b>
<b>3.7</b>	<b>Doporučení pro praxi .....</b>	<b>- 64 -</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>- 66 -</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>- 67 -</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>- 70 -</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ADL</b> .....	Activities of Daily Living
<b>BMI</b> .....	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
<b>CT</b> .....	Computer tomography, počítačem zpracovaná tomografie
<b>CRP</b> .....	C-reaktivní protein
<b>DKK</b> .....	dolní končetiny
<b>DÚ</b> .....	dutina ústní
<b>EKG</b> .....	elektrokardiografie
<b>FT4</b> .....	volný thyroxin
<b>HKK</b> .....	horní končetiny
<b>P</b> .....	puls
<b>PNK</b> .....	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
<b>RTG</b> .....	rentgen
<b>SSRI</b> .....	selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu
<b>TCA</b> .....	tricyklická antidepresiva
<b>TEN</b> .....	tromboembolická nemoc
<b>TK</b> .....	krevní tlak
<b>TSH</b> .....	thyreotropní hormon

(Vokurka a kol., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Albumin** .....sérová bílkovina, hlavní protein krevní plasmy
- Compliance** .....dodržování předepsaného léčebného režimu, či jiné intervence
- Dopamin** .....chemická látka, která hraje důležitou roli v nervovém systému
- Globulin** .....bílkovina
- Glukoza** .....krevní cukr
- Heterogenní** .....různorodý, nestejnorodý
- Hypertenze** .....vysoký krevní tlak
- Hypománie** .....nadenená nálada, nižší stupeň mánie
- Hypothyreóza** .....snížená funkce štítné žlázy
- Klimakterium** .....přechod, období života, v němž postupně vyhasíná aktivita ženských pohlavních orgánů
- Kreatinin** .....odpadní látka metabolismu svalových buněk
- Mánie** .....duševní stav charakterizovaný nadměrnou veselostí, rozjařeností a zvýšenou aktivitou
- Mikromanické bludy** .....přesvědčení nemocného o své bezvýznamnosti, o svém utrpení a vině
- Mikrosymptomatologie** .....nenápadné, velmi malé a často jen časově krátké příznaky
- Monosymptomatologie** .....vyjádření jen jednoho typického příznaku choroby
- Neurotransmitér** .....chemická látka
- Noradrenalin** .....catecholamin, neurotransmiter v mozku a v sympatickém nervovém systému
- Oligosymptomatologie**.....vyjádření jen několika málo typických příznaků choroby
- Polymorbidita**.....přítomnost více chorob najednou

**Polypragmazio**.....podávání mnoha léků současně

**Prednison**.....kortikoid

**Semimurální péče**.....druh sociálně zdravotní péče, která poskytována v kombinované formě seniorovi prostřednictvím komunitních center, kdy klient může zůstat ve svém přirozeném prostředí

**Serotonin**.....biologicky aktivní látka

**Urea**.....močovina

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Vitální funkce při přijetí .....	- 38 -
Tabulka 2 - Farmakologická anamnéza .....	- 40 -
Tabulka 3 - Popis fyzického stavu .....	- 42 -
Tabulka 4 - Aktivity denního života .....	- 44 -
Tabulka 5 - Posouzení psychického stavu .....	- 47 -
Tabulka 6 - Biochemické vyšetření krve .....	- 49 -
Tabulka 7 - Hematologické vyšetření krve .....	- 50 -
Tabulka 8 - Medikamentózní léčba .....	- 51 -

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí. Na gerontopsychiatrickém oddělení se setkáváme nejčastěji s pacienty s demencí, Alzheimerovou chorobou ale také velmi často s pacienty v těžké depresivní fázi. Deprese patří mezi závažné duševní poruchy, není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. Neléčená deprese výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav a to tím, že snižuje obranyschopnost organismu. Deprese je doprovázena pesimistickými výhledy do budoucna, poklesem výkonnosti, bezdůvodnými obavami a úzkostmi, pocity méněcennosti, myšlenkami na sebevraždu, poruchami spánku, soustředění a mnoha dalšími projevy. Od běžného smutku se deprese liší tím, že je intenzivnější, trvá déle a nepříznivě ovlivňuje výkonnost. Ve stáří jsou depresivní syndromy velmi časté, bývají přehlédnutelné, protože jsou maskované tělesnými příznaky. Mezi nejvíce ohrožené patří ženy (zejména ovdovělé) a lidé žijící v pečovatelských zařízeních. Stresujícím faktorem bývá ztráta partnera, přátel a málo častý kontakt s potomky. Je prokázáno, že 10-15 % seniorů trpí mírnou depresí 1-4 % má středně těžkou až těžkou depresi, pouze u jedné pětiny není deprese správně diagnostikována a léčena. (Češková, 2011)

Prvním cílem této práce je rozebrat problematiku týkající se gerontologie a depresivní poruchy u strašících lidí. Druhým cílem je popsat případ vybraného pacienta s depresivní poruchou a rozpracování ošetrovatelských diagnóz.

Bakalářská práce má dvě části teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou shrnuty základní informace týkající se gerontologie a geriatry, dále se tato část zabývá depresivní poruchou, vysvětluje její etiologii, klinický obraz, diagnostiku, druhy a terapii deprese. Praktická část popisuje ošetrovatelský proces u vybrané pacientky, která byla hospitalizována na gerontopsychiatrickém oddělení. Proces je zpracován dle koncepčního modelu Marjory Gordonové. Dále jsou rozpracovány aktuální a potenciální diagnózy nalezené u pacientky.

## **Vstupní literatura**

KALVACH, Z. a kolektiv, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

## **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí, proběhlo v časovém období leden 2018 až březen 2018. Rešerše byla zpracována v knihovně Psychiatrické nemocnice Kosmonosy. Zde byly použity k vyhledání zdrojů elektronické databáze katalog Národní lékařské knihovny medvik.cz a databáze BMČ. Jako klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: deprese, geriatric, gerontologie, ošetrovatelský proces, stáří. Jako klíčová slova v anglickém jazyce byla zvolena: age, depression, geriatrics, gerontology, nursing proces. Celkem bylo vyhledáno 46 záznamů, z toho 10 knih a 36 článků a kapitol.

Celkem bylo pro bakalářskou práci využito 25 zdrojů, z toho 20 českých knižních zdrojů, 1 zdroj z anglického titulu. Do bakalářské práce byly dále použity 4 odborné články, z toho 3 české a 1 zahraniční.

# 1 GERONTOLOGIE

Gerontologie je vědní obor, který se zabývá problematikou stárnutí a stáří. Zabývá se tedy problematikou starých lidí a života ve stáří. Je složená ze dvou řeckých slov gerón-starý člověk a logos-nauka. Gerontologie se člení na tři vědní disciplíny: **gerontologie teoretická (experimentální)**, zabývá se otázkami proč a jak živé organismy stárnou, vytváří teoretický základ pro praktickou aplikaci poznatků. **Gerontologie sociální** analyzuje vztahy starého člověka a společnosti. **Gerontologie klinická (geriatrie)**, slovo geriatrie je složené z řeckých slov gerón-starý a iatreia-léčení, tento obor se zabývá zdravotním a funkčním stavem starých lidí, specifickými potřebami geriatrických pacientů, zvláštnostmi ve výskytu v klinickém obraze, průběhem, vyšetřováním, léčením a prevencí. Jedná se o specializační obor, který je v různých státech různě definován, obvykle jako obor, který vychází z vnitřního lékařství. Některé obory mají své geriatrické profílance, např. gerontopsychiatrie. Jako autor pojmu geriatrie je označován I. L. Nascher, který tento pojem použil poprvé v roce 1909. (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2016)

Skutečnost, že ve stáří probíhají nemoci jinak než u mladých lidí či u lidí středního věku, byla zřejmá již před mnoha lety. První mezníky se objevují již v 19. století a průběžně pokračují až do současnosti. I. L. Nascher je považován za zakladatele americké geriatrické školy, v roce 1914 vydal knihu Geriatrie. Problematikou nemocí ve stáří se zabýval ve dvacátých letech minulého století profesor Rudolf Eiselt. Byl od roku 1926 přednostou Ústavu pro nemoci stáří v chudobinci sv. Bartoloměje, později založil kliniku nemocí stáří. Jednalo se o první univerzitní oddělení na světě. Po druhé světové válce nastal ve světě významný rozvoj geriatrie, a to díky činnosti Marjory W. Warrenové. Její závěry se staly základem pro britskou geriatrickou medicínu. Spolupracovníci a následovníci Marjorie W. Warrenové prosadili, že se ve Velké Británii stala geriatrie základním klinickým oborem s velmi významným lůžkovým, semimurálním i ambulantním zázemím. První katedra geriatrie vznikla v Glasgow v roce 1965. (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2016), (Jirák et al., 2013)

Za významného představitele československé geriatrie můžeme považovat lékaře Bohumila Prusíka. Od roku 1948 vedl jednání o založení mezinárodní vědecké



společnosti, která by se věnovala problematice stáří. Je i jeho zásluhou, že byla v roce 1953 ustanovena mezinárodní gerontologická asociace. Inicioval také vznik gerontologické sekce při Československé internistické společnosti, která se později osamostatnila, a tak již v roce 1962 vznikla samostatná Československá gerontologická společnost při Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. Od roku 1994 se tato společnost jmenuje Česká gerontologická a geriatrická společnost. V roce 1974 byl ustanoven kabinet gerontologie a geriatrie v Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze. Vladimír Pacovský a Hana Heřmanová napsali v roce 1982 první učebnici gerontologie. Zásluhou Vladimíra Pacovského a Karla Dohnala se v roce 1982 zavádí geriatrie jako samostatný lékařský obor. (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2016), (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol, 2007)

## **1.1 Stárnutí a stáří**

Stárnutí a stáří je přirozený vývojový proces každého člověka. Je to proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. Tyto změny nastávají u každého jedince v různou dobu a pokračují různou rychlostí. Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým dojmem. Stáří rozlišujeme kalendářní a biologické. Kalendářní věk je důležitou charakteristikou člověka, ale nevypovídá nic o jeho funkčním věku, který je velmi důležitým hodnotícím kritériem geriatrické medicíny. Nehodnotí jen biologický věk jedince, ale hodnotí jej ve všech psychosociálních souvislostech. Ke stanovení funkčního věku existuje velké množství testů, které jsou zaměřeny jak na jednotlivé oblasti, tak na funkční stav jako celek. Konečnou etapou procesu stárnutí nebo také konečnou etapou geneticky vyměřeného trvání života je období, kterému říkáme stáří. (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2016), (Čeledová, Čeleda, Kalvach, 2012)

Podle Světové zdravotnické organizace dělíme stáří na tři období:

60 – 74 let: ranné stáří

75 – 89 let: vlastní stáří

90 a více: dlouhověkost

## 1.2 Vyšetření geriatrického pacienta

Během léčby starých osob je velmi důležité mít dostatek informací nejenom o jejich somatickém zdravotním stavu, ale i o mentálních funkcích a sociálních podmínkách ve kterých žijí. Informace lze získat od rodiny, velmi důležité je, aby si pacient pohovořil s lékařem v soukromí, tak aby mohl mluvit za sebe. Při vstupním rozhovoru je vhodné se soustředit jen na nejaktuálnější problémy, především zjistit, co sám pacient považuje momentálně za svůj největší problém. Je potřeba, aby lékař s co největším porozuměním vysvětlil pacientovi a jeho rodině, že je zcela nereálné očekávat, že bude zbaven všech svých chorob. Lékař si musí s pacientem promluvit o tom, že on i všichni jeho spolupracovníci učiní vše, aby se jeho stav zlepšil. Lékař musí zjistit, co považuje pacient za své životní hodnoty, jak se dívá na svůj život, jaké jsou jeho nejdůležitější osobní vazby, jaký postoj zaujímá sám k tomu, že bude muset žít s určitým omezením nebo vadou. Informace, které lékař získá během vstupního rozhovoru, jsou nesmírně důležité. (Kalvach, 2008), (Schuler, Oster, 2010)

### Geriatrické vyšetření zahrnuje tyto oblasti:

1. **Biomedicínskou oblast:** patří sem informace o užívaných lécích, dále se zaměřuje na screening nejčastěji se vyskytujících poruch (smyslů, kontinence, nutrice) a fyzické zdatnosti.
2. **Psychickou oblast:** provádí se screening na přítomnost kognitivní poruchy a deprese, ev. dalších psychiatrických symptomů, zjišťuje se osobnostní charakteristika, schopnost a způsob vyrovnávat se se zátěží, motivaci a komplianci pacienta.
3. **Sociálně-ekonomickou oblast:** zjišťuje se kvalita interpersonálních vztahů, množství sociálních kontaktů, zapojení do společenských aktivit. Informace může doplnit rodina, přátelé. Orientačně zjišťujeme kvalitu bydlení a ekonomickou situaci.
4. **Celkové funkční schopnosti v základních všedních činnostech:** označováno jako ADL, mezi ně patří najedení, oblékání, chůze, použití WC, kontinence, mytí a koupání, dále hodnotíme komplexnější, tzv. instrumentální všední činnosti neboli IADL, řadíme sem domácí práce, nakupování, telefonování, použití dopravního prostředku, užívání léků a nakládání s penězi.

Toto vyšetření je důležité pro optimální péči o starého člověka. Odhaluje nám dosud nediagnostikované choroby. Výsledky funkčního vyšetření jsou základem pro stanovení léčebného plánu, výběr vhodné léčby i pro sledování vývoje a prognózy onemocnění. Umožňuje také plánovat zdravotnické a sociální služby. Při hodnocení duševního stavu se zaměřujeme především na výskyt demence, deprese, deliria. Pro pravděpodobnou diagnózu depresivního syndromu lze použít dotazníkovou geriatrickou škálu deprese, pro stanovení možné kognitivní poruchy a její závažnosti se využívá test Mini-Mental State Exam neboli MMSE – test kognitivních funkcí, které hodnotí orientaci, paměť, pozornost, mluvenou i psanou řeč a konstrukční schopnosti. Oblast sociálních schopností a funkcí pacienta je velmi těžké kvalifikovat, je nutné se na ni zaměřit cílenou anamnézou, a to zejména u pacientů s poruchou pohyblivosti a soběstačnosti. Ptáme se na nejbližší rodinu a vzájemné vtahy, obvyklý počet kontaktů a počet návštěv, potenciální pečující osoby pro případ akutního i trvalého zhoršení soběstačnosti, potřebu sociálních služeb a jejich poskytování i na postoje nemocného k trvalému pobytu v domově pro seniory či léčebně. (Čeledová, Čeleda, Kalvach, 2012), (Pokorná a kol., 2013), (Klevetová, Dlabalová, 2008)

### **1.2.1 Zvláštnosti klinického obrazu**

Pro geriatrickou medicínu je charakteristické, že řada chorob probíhá odlišně. Je to způsobeno jednak tím, že průběh chorobného stavu je pozměněný fyziologickými změnami stárnutí, které postihují jednotlivé orgánové systémy, ztrátou funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů. Významný vliv na průběh má i polymorbidita. Ke zvláštnostem klinického obrazu patří např. mikrosymptomatologie, monosymptomatologie nebo oligosymptomatologie, nespecifické příznaky a zvýšená úmrtnost. (Kalvach a kol., 2008)

### **1.3 Farmakoterapie ve stáří**

Základním požadavkem na farmakoterapii ve stáří by měla být jednoduchost, účelnost a účinnost. Ve vyšším věku může být polypragmázie riziková, neúčinná a také škodlivá. U osob nad 65 let se objevují nežádoucí účinky až třikrát častěji než u mladších lidí. Senioři jsou více než dvakrát náchylnější k výskytu nežádoucích lékových reakcí při srovnání s mladšími jedinci. Více než polovina starších nemocných neužívá léky tak, jak byly předepsány. Až čtvrtina seniorů dělá chyby při jejich užívání, z toho důvodu by měly být respektovány obecně platné zásady farmakoterapie ve stáří.

Polypragmazio u seniorů patří v geriatрии k poměrně častým jevům, velmi často se můžeme setkat s tím, že jeden pacient užívá hned několik léků s podobnými účinky, což obvykle vede k vyššímu výskytu nežádoucích reakcí a zhoršení pacientovi compliance. (Lužný, 2012), (Jirák, 2010)

### **Obecné zásady farmakoterapie ve stáří:**

- uvážit, zda je nasazení léků opravdu nutné; lék, který není nutný, je pro starého člověku kontraindikován,
- před předepsáním nového léku provést vždy lékovou anamnézu, která by měla obsahovat konkrétní otázku, jaké léky pacient v současnosti užívá, pacienti, často berou léky, které si koupí sami a nezmíní se o nich,
- je-li několik farmakoterapeutických možností, volit tu, která má nejméně nežádoucích účinků,
- jestliže není stav pacienta urgentní, mělo by se začínat co nejnižší doporučenou dávkou,
- jakmile stav nemocného dovolí zahájenou léčbu ukončit, nedávat lék déle než je nutné,
- užívá-li pacient více léků, vždy myslet na možné interakce,
- všechny léky mohou vyvolávat nežádoucí účinky, je tedy nutné poučit pacienta a jeho rodinu. (Kalvach a kol., 2008)

## 2 Deprese

Deprese je závažné psychické onemocnění, je to nemoc celého organismu, není to pouze jen slabost nebo nedostatek vůle, ale duševní porucha, která není vůlí ovlivnitelná. Depresivní syndrom patří mezi bipolární afektivní poruchy. Deprese je definována jako závažná protrahovaná změna nálady, myšlení a chování doprovázená somatickými a vegetativními projevy trvající týdny až měsíce, jejíž intenzita není pro nemocného zvládnutelná běžnými obrannými mechanismy. Tento syndrom není pouze klinickou jednotkou, ale představuje heterogenní skupinu onemocnění. Patří k nejčastějším syndromům, je pro něho charakteristická triáda: smutná nálada, zpomalené myšlení, utlumená psychomotorika. Depresivní syndrom může mít různou intenzitu, od lehkých forem až po psychotické. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015), (Lužný, 2012)

### 2.1 Výskyt deprese

Uvádí se, že u každého pátého člověka se alespoň jednou za život objeví deprese, každý rok onemocní až 5 % obyvatelstva nezávisle na věku. Objevuje se i u dětí, častější je však u dospělých. Vrcholný výskyt pro obě pohlaví je mezi 25 a 44 lety. Ženy trpí depresí 2x až 3x častěji než muži. (Raboch, Laňková, 2008), (Kotradyová, 2016)

U žen se objevuje v období klimakteria či ve stáří, kdy navazuje na smutek po ovdovění nebo po odchodu do důchodu. Vysoké riziko vzniku přináší i šestinedělí a mateřská dovolená. Mezi další rizikové faktory patří osamělost, chudoba a puberta. Riziko se zvyšuje tehdy, jestliže dochází k zásadním změnám v životě. V posledních desetiletích stoupá výskyt deprese v evropské populaci. Přesto zůstává velká část, a to zejména starých nemocných s depresí, nediagnostikována či se skrývá pod somatickými potížemi. Daleko vyšší výskyt depresivního syndromu můžeme nacházet u hospitalizovaných pacientů a u dlouhodobě umístěných v domovech důchodců nebo ošetrovatelských ústavech. U seniorů patří deprese mezi velmi častá a závažná onemocnění, až u jedné třetiny seniorů se vyskytují přechodné příznaky jako je smutek, nespavost a nechutenství. Udává se, že 10-15 % seniorů trpí mírnou depresí a 1-4 %

seniorů má středně těžkou až těžkou depresi. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015), (Nedley, 2011)

## **2.2 Příčiny deprese a její vznik**

Důvodem vzniku bipolární poruchy je kombinace a vzájemné působení různých biologických a sociálních vlivů, které následně vytvářejí dispozici k onemocnění. Tuto dispozici tvoří nadměrná citlivost a zvýšená zranitelnost, jestliže člověk následně onemocní závisí na vzájemném působení nejrůznějších příčin a událostech s kterými se člověk v životě setká, nakolik jsou pro něj stresující a zatěžující a na kolik je zvládná. Zvýšená zranitelnost a negativní životní událost může vést ke snížení adaptace na stres a postupnému rozvoji biochemických změn v mozku, které vyústí do deprese. (Látalová, 2010), (Beck, Alford, 2009)

### **Faktory dědičnosti**

Některé typy deprese se častěji objevují v určitých rodinách, může to znamenat, že je zde přítomna vrozená biologická zranitelnost. Patrně zde hrají roli další faktory, především stresující zážitky a prostředí. Deprese se ovšem objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly. Dědí se určitá schopnost k onemocnění depresí, tedy náchylnost k nemoci, nikoliv nemoc sama. (Praško a kol., 2012)

### **Vlivy výchovy**

S rozvojem deprese v dospělosti souvisí často ztráta někoho důležitého v dětství, může to být úmrtí nebo rozchod rodičů, také předčasné oddělení od matky, nadměrně kritická výchova. K méně častým příčinám patří nedostatečná péče, týrání dítěte nebo naopak přílišné rozmazlování. (Praško a kol., 2012)

### **Vliv životních událostí**

Změny, které překračují rutinu a odehrají se v krátkém časovém období, snižují psychickou a fyzickou odolnost člověka. Reakce nezačínají ihned po životní události, ale za různě dlouhý čas po ní. Někdy dokonce v době, kdy je celá situace vyřešena. Vliv životních událostí se během roku sčítá, i radostné události jsou prožívány jako stresor a jejich vliv se sčítá s vlivem negativních událostí. Na podkladě výzkumů byly událostem přiřazeny určité indexy závažnosti. Skóre 250 bodů za rok je na hranici rezerv organismu. Překročení této hranice bývá často následováno psychickým selháním nebo

tělesným onemocněním. Ve stáří se tato hranice poměrně snižuje, často až na méně než polovinu. Záleží však i na jiných okolnostech. Před stresem a jeho důsledky chrání dobrá sociální podpora okolí, zejména přátel a rodiny, také odolnost člověka a reálný postoj k situaci. Zátěžové životní události jsou často spouštěči deprese. Jsou to události, které vedou ke ztrátě (ztráta partnera), změně role (přechod na jiné zaměstnání), ztrátě důležité role (odchod dětí z rodiny), ztrátě autonomie, přirozené aktivity (odchod do důchodu). Drobných situací, které spouštějí negativní myšlenky, je mnoho a objevují se každodenně (kritika, potlačení vzteku, chybování, nespravedlnost, nedostatek projevů lásky). (Praško a kol., 2012)

### **Biochemické pochody v mozku**

Zjistilo se, že v některých oblastech mozku jsou nízké hladiny neurotransmiterů, což jsou chemické látky, pomocí kterých mezi sebou jednotlivé nervové buňky komunikují. Jednotlivé vzruchy vznikají v jedné nervové buňce a jsou pomocí neurotransmiterů přenášeny na další buňky, ovlivní to činnost jiné buňky tím, že se naváže na určité citlivé místo. U deprese jsou studovány pouze tři chemické působky, a to serotonin, noradrenalin a dopamin. Epizoda depresivní nálady je spojena s nedostatkem těchto látek na nervových zakončeních v mozku. Dalším z biologických projevů deprese je porucha biorytmů. Člověk má svůj běžný denní rytmus odpočinku, aktivity, spánku a bdění, u deprese se tento rytmus poruší. Jako antidepresivní účinek se doporučuje dodržování denního režimu, jako je ranní sprchování studenou vodou, pravidelné cvičení. (Praško a kol., 2012)

### **Psychologické vlivy**

Lidé s nízkým sebevědomím a pesimistickým pohledem do budoucna nebo lidé žijící v silně stresujících podmínkách jsou více náchylní k depresi. Náchylnost k depresi se také objevuje u těch, kteří se neumějí odměňovat a pochválit. Tito lidé bývají málo asertivní. Projevuje se to zejména neschopností říci „ne“ i v situacích kdy by bylo odmítnutí namístě, a potížemi se snášením kritiky. Další tendencí je obracet vztek proti sobě, i v situacích, kdy by se měli hněvat na někoho jiného. (Praško a kol., 2012)

### **Léky, alkohol a drogy**

Užívání některých léků, které léčí tělesná onemocnění může vést k rozvoji deprese. Často se objevuje po užívání hormonu prednisonu a po některých lécích na

vysoký krevní tlak. K depresi může vést také nadměrné užívání alkoholu a drog. (Praško a kol., 2012)

### **Mezilidské vztahy**

S rozvojem deprese často souvisí problémy v rodinném životě nebo problémy v práci. Mezi typické situace, ve kterých se deprese rozvíjí, patří zármutek po ztrátě blízké osoby, při dlouhodobém zármutku je nutná léčba, která má pomoci si odplakat ztrátu a dokončit proces smutku. Další situací jsou neshody nebo problémy ve vztazích. U lidí trpících depresí je velmi často problémem, že očekávají od svých nejbližších to, co jim nedokážou nebo nemohou splnit. Je důležité zjistit v čem je rozpor, přehodnotit očekávání a naučit se, jak své požadavky sdělit a jak přistupovat na kompromisy. Deprese často přichází po neúspěšných pokusech přizpůsobit se vývojovým změnám nebo důležitým událostem jako je svatba, rozvod, změna kariéry, odchod do důchodu, také bývá důsledkem sociální izolace a osamělého života. (Praško a kol., 2012)

### **2.3 Diagnostika deprese**

Podle diagnostických kritérií má depresivní epizoda trvat alespoň dva týdny, většina epizod může mít i delší trvání, u jedince se nemá nikdy dřív vyskytovat hypomanická nebo manická epizoda, musí být také vyloučena organická duševní porucha nebo porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek. Vyloučené mají také být somatické poruchy imitující depresi a farmakogenně navozená deprese. K psychiatrickému vyšetření přichází pacient většinou na základě vlastních potíží z důvodu potíží v rodině nebo na doporučení jiného lékaře. V prvním kontaktu lékař hodnotí náladu nemocného, jeho chování, kognitivní funkce a je nutné rozhodnout, zda se jedná o depresivní poruchu či nikoliv. Dalším krokem je rozbor příznaků, anamnestických údajů a objektivních informací, to nám pomůže určit typ depresivní poruchy. Než se definitivně stanoví diagnóza a zvolí se terapie je nutné vzít v potaz celkový zdravotní stav jedince, užívanou medikaci a psychosociální faktory. Především u seniorů je nutné ptát se konkrétně, ne obecně. V anamnéze zjišťujeme výskyt depresivní poruchy či jiné neuropsychiatrické zátěže v rodině, tělesné nemoci a poruchy. Dále psychický stav v průběhu života, stresující situace a jejich zvládnání, životní změny v poslední době, zájmy, záliby, aktivity, psychosociální zázemí, užívané léky, trvání příznaků aktuální poruchy, abúzus alkoholu, léků či jiných látek. Důležité jsou informace od rodiny, přátel, praktického lékaře. Fyzikální vyšetření slouží



především k odhalení somatických onemocnění, které mohou depresivní příznaky vyvolávat či zhoršovat. Provádí se základní interní a neurologické vyšetření dle zjištěné patologie následuje další vyšetření. Provádí se laboratorní vyšetření krevního obrazu, biochemické parametry, funkce štítné žlázy, vyšetření moče, také hladina vitamínu B12 a kyseliny listové. Ze zobrazovacích metod EKG a RTG plic. Při odhalení kognitivního deficitu je vhodné provést CT mozku nebo magnetickou rezonanci. Při hodnocení psychického stavu si musíme všimnout vzhledu a chování nemocného. Posuzuje se orientace a kognitivní funkce jako řeč, paměť, počítání a jiné. Je nutné zhodnotit míru a formu depresivní nálady, kladou se cíleně otázky na sebevražedné myšlenky a psychotické prožívání. Příznaky deprese se ve stáří mohou prolínat s příznaky demence, během vyšetření je nutné cíleně pátrat po příznacích obou poruch. Používají se standardizované screeningové škály jako je MMSE, test hodin, škála geriatrické deprese podle Yesavage. (Raboch, Laňková, 2008), (Raboch, 2015), (Kotradyová, 2016)

## 2.4 Druhy depresivní poruchy

Podobně jako jiné nemoci i depresivní porucha se objevuje v různých formách. Můžeme ji dělit z několika hledisek.

### Dělení podle závažnosti

- 1) **Lehká deprese** – jsou přítomny dva až tři hlavní příznaky deprese, nemocný je schopen se s určitým přemáháním účastnit běžných denních aktivit, léčba je většinou ambulantní.
- 2) **Středně těžká deprese** – přítomny jsou čtyři a více hlavních příznaků deprese, nemocný má již větší potíže s běžnými denními činnostmi, léčba je ambulantní, v případě sebevražedných myšlenek je nutná hospitalizace.
- 3) **Těžká deprese** – přítomna je většina hlavních příznaků deprese, pocity beznaděje, pokleslá sebedůvěra, sebevražedné myšlenky. Léčba probíhá za hospitalizace. (Polách, 2015)

### Dělení podle druhu

- 1) **Depresivní epizoda** – epizody deprese se během života můžou objevit jednou nebo opakovaně. Rozvoji může předcházet nějaké stresující životní období nebo událost, objevit se ale může i bez zjevné vnější příčiny. Mezi hlavní příznaky

patří depresivní nálada, nebo také ztráta radosti, zájmů o většinu nebo všechny aktivity, poruchy chuti k jídlu a s tím související změny hmotnosti, poruchy spánku, neklid, agitaci nebo tělesné zpomalení, únavu a ztrátu energie, pocity bezcennosti, neschopnost se soustředit nebo dělat rozhodnutí, myšlenky na smrt nebo sebevraždu. (Praško a kol., 2012)

**2) Rekurentní depresivní porucha** – tato porucha je charakteristická opakovanými epizodami deprese bez samostatných epizod mánie, nevylučují se ale krátké epizody zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě. První epizoda se obvykle objeví později než u bipolární poruchy. Jednotlivé fáze mohou trvat od 3 do 12 měsíců. Uzdravení mezi fázemi bývá většinou úplné, u menší části lidí s touto poruchou se ovšem může rozvinout trvalá deprese a to zejména ve stáří. Jednotlivé fáze bývají velmi často spouštěny stresovými životními událostmi. Častěji se objevují u žen než u mužů. Léčí se antidepresivy a vzhledem k tendenci k opakování je vhodné dlouhodobé a často i celoživotní užívání. (Praško a kol., 2012)

**3) Dystymie** – je to méně závažný typ deprese. Příznaky trvají většinou dlouhou dobu, často i roky. Obvykle přicházejí pozvolně a plíživě. Před úplným rozvinutím příznaků je dotyčný často vystaven většímu stresu nebo stresující životní události. Většinu času se nemocní cítí unavení a depresivní. Každá činnost vyžaduje úsilí a nemají z ničeho radost. Špatně spí, celkově se necítí dobře. Obvykle dystymie začíná v ranné dospělosti a trvá několik let, někdy i celý život. Není tak závažná jako depresivní porucha, její vliv je však dlouhodobý, omezuje v prožívání příjemných činností a v celkovém fungování. Někteří lidé trpící dystymií mohou zažít také epizody depresivní poruchy, což se nazývá dvojitá deprese. Mezi příznaky, které trvají alespoň dva roky, patří chronická lehká deprese, mezitím může nastat krátká epizoda normální nálady a nemožnost fungovat podle svých nejlepších možností. Zároveň by v průběhu některého období deprese měly být přítomny alespoň 3 z následujících příznaků: pokles energie nebo aktivity, nespavost, ztráta sebedůvěry, obtíže s koncentrací, častá plačtivost, ztráta zájmu o sexuální a jiné příjemné aktivity nebo radosti z nich, pocit beznaděje nebo zoufalství, pocit neschopnosti vyrovnat se s běžnou zodpovědností v každodenním životě, pesimistický pohled do budoucna nebo přemýšlení o minulosti, sociální stažení a menší hovornost. (Praško a kol., 2015)

- 4) **Bipolární porucha** – je méně častá než ostatní formy depresivní poruchy. Objevuje se zhruba u 10 % lidí trpících depresí. Jsou zde cykly deprese a cykly mánie nebo povznesené nálady. Ke změně v náladě může dojít náhle a velmi rychle, ale častější jsou přechody postupné. Během manické epizody má postižený nadnesenou náladu, sníženou potřebu spánku, bývá hovorný, lehkovážný. Častá je tendence se chlubit, chce realizovat spoustu svých nápadů, ale nic nedokončí, přechází od jedné aktivity ke druhé. Má sklony k agresivitě. Mánie zasahuje myšlení, rozhodování, chování a náladu a to způsobem, který vede k vážným problémům. Postiženému to v dané chvíli nevadí, naopak je s takovým chováním spokojený. (Praško a kol, 2015),
- 5) **Sezónní afektivní porucha** – u některých lidí se objevují depresivní nálady s úbytkem energie, zhoršením výkonnosti a nadměrnou únavností pravidelně každý rok v podzimních a zimních měsících. Tyto sezónní poruchy nálady se nazývají zimní deprese, často jsou spojené s nadměrnou chutí k jídlu a s tím souvisejícím přibíráním na váze. Začátek bývá nejčastěji na počátku zimy a ústup obvykle na jaře. Léčba probíhá fototerapií v ranních hodinách. (Praško a kol., 2015)
- 6) **Reaktivní porucha nálady** – vzniká následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu. Vyvolávajícím faktorem je zátěžová událost nebo trvající nepříznivé okolnosti. Nejčastěji navazuje na stresovou událost, která byla spojena se ztrátou, jako je úmrtí blízkého člověka, dále ztráta práce, majetku, rozchod, rozvod, nemožnost otěhotnět, zjištění nevěry partnera a mnoho dalších. Při zármutku je velmi důležité, aby postižený mohl co nejdříve mluvit s lidmi, kteří ho vyslechnou a podpoří. Včasné svěření se a mluvení o svých pocitech může zabránit rozvoji deprese. (Praško a kol., 2015)
- 7) **Smíšená úzkostně-depresivní porucha** – u této poruchy se mísí příznaky deprese a úzkosti, ale ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není tolik, aby se dalo diagnostikovat o jakou poruchu se jedná.
- 8) **Krátká rekurentní depresivní porucha** – tato porucha je relativně vzácná, depresivní epizody trvají 2-3 dny a objevují se alespoň jednou za měsíc. Deprese přichází většinou náhle, objeví se ráno po probuzení a často je velmi hluboká, objevují se sebevražedné myšlenky. Nemocný člověk není schopný vstát

z postele, jít do práce. Je zesláblý, vyčerpaný, unavený po 3 dnech se probudí s dobrou náladou. (Praško a kol., 2015)

**9) Poporodní deprese** – zhruba 50-75 % žen prožívá 3.- 4. den po porodu krátkou epizodu zhoršené nálady, která se projevuje podrážděností, kolísáním nálady a pláčem. Je to způsobeno poklesem estrogenů a progesteronů. Bývá neškodná a spontánně odezní. Nejčastěji je u prvorodiček a u žen, které před těhotenstvím trpěly premenstruální tenzí. Poporodní deprese se objevuje 2 týdny po porodu, příznakem je nadměrná únava a vyčerpanost, podrážděnost, sebevýčitky, úzkost, pocity nejistoty a strachu. Smutná nálada se rozvíjí až do deprese různé hloubky. Klesá schopnost postarat se o dítě. Postižená matka se odsuzuje za to, že k dítěti nic necítí, je přesvědčená, že jako matka selhala, obává se, že ji opustí partner. Vyhýbá se kontaktu s okolím, uzavírá se v bytě, ztrácí chuť k jídlu a trpí úpornou nespavostí. Jen výjimečně se objevuje psychotická deprese, pak je nutná urgentní hospitalizace. (Praško a kol., 2012)

**10) Deprese při tělesném onemocnění** – deprese může být také souběžně spojena s tělesným onemocněním, zejména u starších lidí. Může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, Parkinsonovu chorobu, revmatismus, hypofunkce štítné žlázy a některá autoimunitní onemocnění. Průběh nemoci může deprese zhoršovat, také může být důsledkem užívání některých léků, alkoholu nebo drog. (Praško a kol., 2012)

## 2.5 Projevy deprese

Hlavním příznakem deprese je porucha nálady, dále je zasaženo myšlení, chování i tělesné fungování. Většina lidí cítí únavu, malátnost, tíhu, vyčerpanost. V průběhu dne může kolísat intenzita obtíží. Někomu bývá nejhůř ráno, jinému naopak večer. Pocit ztráty energie může dojít až tak daleko, že není člověk schopný ráno vstát z lůžka. Snižuje se psychické tempo a zpomaluje se myšlení. Mezi další projevy patří pocity úzkosti, strachu s konkrétním obsahem, pocity tělesného i psychického vyčerpání, tendence k negativnímu bilancování až se sklony k sebevražedné aktivitě, také tělesné a vegetativní příznaky. Rozvoj syndromu bývá pozvolný, první se objeví nespecifické příznaky, a to poruchy spánku, bolesti hlavy, postupná skleslost, nechť k činnosti, postupná ztráta zájmu o své okolí. Pacienti se zanedbávají, ztrácí zájem o svou tělesnou úpravu. Smutná a skleslá nálada se prohlubuje, mohou s objevit úvahy o

sebevraždě, které dále narůstají a končí sebevraždou nebo pokusem o sebevraždu. Myšlení pacienta je utlumené, zpomalené, je nevýpravný, během rozhovoru lpí na jednom tématu, dále se může objevit sebeobviňování, sebepodceňování i mikromanické bludy. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015), (Látalová, 2010)

## **2.6 Léčba deprese**

Deprese patří k jedné z nejlépe léčitelných psychických poruch. Léčba probíhá pomocí antidepresiv, psychoterapií, fototerapií nebo elektrokonvulzivní léčbou. Nejvíce osvědčenou metodou jsou antidepresiva. U lehké deprese lze pomoci samotnou psychoterapií, od středně těžké deprese je nutná kombinace antidepresiv a psychoterapie. (Petr, Marková, 2014)

### **Farmakoterapie**

Efekt po podání antidepresiv není okamžitý, ale objevuje se zhruba po 3-6 týdnech. Je proto důležité léky užívat dostatečně dlouhou dobu i poté co odezní depresivní nálada. Dle světové zdravotnické organizace by mělo podávání antidepresiv trvat ještě půl roku po odeznění deprese, jestliže jde o první epizodu v životě. Pokud se jedná o opakovanou epizodu, mělo by podávání trvat ještě dva roky. Při volbě antidepresiv by se mělo vycházet z předchozích zkušeností s léčbou, jestliže pacient nějakou má, dále z klinického obrazu a ze znalostí vedlejších účinků jednotlivých antidepresiv. (Praško, 2012), (Raboch, Laňková, 2008)

Antidepresiva jsou léky, které umožňují lepší přenos vzruchu v určitých neurotransmiterových systémech mozku a to tím, že zvyšují dostupnost chemických přenašečů na nervových zakončeních. Jsou to velmi účinné látky u depresivních a úzkostných stavů. Léčba se zpravidla zahajuje poloviční dávkou, jestliže je dobrá snášenlivost, po několika dnech se dávka zvýší. Existuje mnoho skupin antidepresiv, např. tricyklická antidepresiva (TCA), selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), antidepresiva 2. generace a mnoho dalších. (Kubínek, Pidrman, 2008)

### **Psychoterapie**

Psychoterapie nám pomáhá pochopit co se s člověkem během deprese děje, je to forma léčby, při které se používají psychologické prostředky. Pomáhá obnovit přirozený

pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami, představami, emocemi a chováním. Samotná psychoterapie pomáhá jen u lehčích forem deprese. U těžší deprese nestačí, ale její kombinace s léky výrazně zvyšuje účinnost léčby. Učí, jakým způsobem zacházet s jednotlivými příznaky a problémy v životě a trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji depresivní poruchy. Psychoterapeutický přístup poskytuje bezpečný prostor, ve kterém se nemocný může projevit, vyjádřit a sdělit, co ho trápí. (Raboch, Lanková, 2008)

Psychoterapeut je odborník, který je schopen se vcítit do toho, co nemocný prožívá. Může opravit depresivní myšlení a porozumět vztahovým problémům, pomůže přijít na způsob, jak překonávat příznaky nemoci a jak se stavět ke každodenním problémům. Jádrem všech terapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Rozlišujeme individuální, skupinovou a rodinou terapii. (Praško a kol., 2012)

### **Fototerapie**

Fototerapie je léčba jasným světlem, podstatou této léčby je ranní aplikace intenzivního světla v časných ranních hodinách po dobu 2-3 týdnů. Účinná je u sezónní afektivní poruchy, má ale i dobrý účinek v kombinaci s antidepresivy. (Petr, Marková a kol, 2014)

### **Elektrokonvulzivní léčba**

Tento druh léčby je doporučován u velmi těžkých depresí, užitečná je také u nemocných, kteří nereagují na jinou léčbu a u lidí s vysokým rizikem sebevraždy. Patří mezi nejúčinnější metody v léčbě depresí. Elektrokonvulze se provádějí v celkové anestezii. Elektrody se přiloží na kůži hlavy a poté probíhá stimulace určitých oblastí mozku. Samotná procedura není bolestivá, vedlejším účinkem může být mírná bolest hlavy a slabost ve svalech. Podstatou je vyvolání stavu podobného epileptickému záchvatu. (Petr, Marková a kol, 2014), (Praško a kol, 2012)

## **2.7 Deprese ve stáří**

Depresivní poruchy u seniorů jsou závažným mezioborovým problémem. Příznaky jsou velmi často atypické, z toho důvodu mohou zůstat nediodagnostikovány, následně neléčeny a tím významně snižovat kvalitu života seniorů. Úzce souvisejí s dalšími chorobami, mohou prodloužit jejich trvání a zároveň zhoršit jejich prognózu

nebo být jejich příznakem. Depresivní porucha, společně s poruchami kognitivních funkcí, patří mezi nejčastější psychiatrické onemocnění lidí vyššího věku. U seniorů patří deprese mezi velmi častá a závažná onemocnění, až u jedné třetiny seniorů se vyskytují přechodné příznaky jako je smutek, nespavost a nechutenství. Udává se, že 10-15 % seniorů trpí mírnou depresí a 1-4 % seniorů má středně těžkou až těžkou depresi. Jen u jedné pětiny není deprese správně diagnostikována a léčena. Avšak až polovina seniorů má depresi nediodagnostikovanou a zbývající část pak nesprávně léčenou. Rizikové faktory pro rozvoj deprese mohou mít biologický podklad, patří sem např. genetika, významný vliv má také sociální oblast zejména úmrtí partnera či přátel, odchod do důchodu. Další oblastí je ekonomika (nižší finanční příjem), dále psychologické a existenciální (nemoci, očekávání smrti). (Jiráček et al., 2013), (Kubínek, Pidrman, 2008), (Schuler, Oster, 2010)

### **Klinický obraz**

Klinický obraz má ve stáří své specifické rysy a odlišnosti oproti depresím středního věku. Příznaky jsou promítány spíše do tělesných oblastí, průběh bývá závažnější, tendence k relapsům a chronicitě je výraznější. Deprese se ve stáří hůře rozpoznává. Staří lidé o svých emocích nemluví, mají tendenci depresi bagatelizovat nebo popírat. Upínají se spíše na tělesné příznaky jako je bolest, nevolnost, křeče, nespavost, nechutenství, ztráta hmotnosti což označujeme jako somatický syndrom depresivních poruch. Do psychiatrické ambulance přichází velmi často až po několikaměsíčním trvání, nebo je přiveden rodinou kvůli výrazné změně chování, nezájmu, podrážděnosti. Mezi typické příznaky patří ztráta zájmu a radosti z aktivit, které normálně přinášejí uspokojení. Chybí emoční reaktivita na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odezvu. Ranní probuzení o 2 hodiny (i více) dříve než obvykle. Deprese je výraznější ráno. Objektivní průkaz zřetelného psychomotorického zpomalení nebo agitovanosti. Výrazná ztráta chuti k jídlu. Úbytek hmotnosti (5 % nebo i více z tělesné hmotnosti v posledním měsíci). Výrazná ztráta libida. (Češková, 2011), (Kubínek, Pidrman, 2008), (Jiráček, 2013)

### **Typy depresivních poruch ve stáří**

Podobně jako v mladším věku se deprese seniorů dělí na tzv. velké deprese a malé deprese. Oba tyto typy musí trvat nejméně 14 dnů. U velké deprese se vyskytuje

pět a více různých symptomů a je narušeno sociální a pracovní fungování pacienta. U malé deprese se vyskytuje méně než 5 symptomů. (Jirák, 2013)

### **1) Velké depresivní poruchy**

- depresivní fáze,
- rekurentní depresivní porucha,
- těžká deprese v rámci bipolární afektivní poruchy,
- organická depresivní porucha odpovídající velké depresivní poruše.

### **2) Malé depresivní poruchy**

- dystymie (může na ni nasedat velká depresivní porucha),
- smíšená úzkostná a depresivní porucha,
- deprese v rámci poruchy přizpůsobení nebo posttraumatické stresové poruchy,
- malá deprese v rámci bipolární afektivní poruchy,
- organická depresivní porucha odpovídající malé depresi. (Jirák, 2013)



## **Diagnostika**

Pacient přichází k psychiatrickému vyšetření na základě určitých potíží, z důvodu stesků rodiny nebo na doporučení jiného lékaře. Během prvního kontaktu musíme zhodnotit náladu nemocného, chování, kognitivní funkce a rozhodujeme, zda jde o depresivní poruchu či nikoliv. Následuje rozbor příznaků, anamnestických údajů a objektivních informací, následně se určí typ depresivní poruchy. Před definitivním stanovením diagnózy a zvolením terapie se musí zvážit celkový zdravotní stav jedince, užívaná medikace, psychosociální faktory a jejich případná příčinná souvislost. Provádí se také základní interní a neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření. V některých případech se provádí EKG, RTG srdce a plic nebo zobrazovací vyšetření mozku. Používáme standardizované screeningové škály MMSE, test kreslení hodin, škálu geriatrické deprese dle Yesavage apod. (Češková, 2011), (Franková, 2010)

## **Terapie deprese ve stáří**

Cílem léčby je zmírnění či odstranění depresivních příznaků, snížení rizika relapsů a rekurence, zlepšení celkového zdravotního stavu, snížení mortality a zvýšení kvality života nemocného. Základem léčby je farmakoterapie, kombinovaná s psychoterapeutickými přístupy. Psychoterapeutický přístup k nemocnému předpokládá projevení úcty, vyjádření zájmu o jeho potíže a projevení empatie. Do farmakoterapie patří podávání antidepresiv, podávání probíhá ve třech etapách, cílem první etapy je zvládnutí základních symptomů, je nutné vysvětlit, že efekt nastoupí až po několika týdnech: zhruba 8 až 12 týdnů. Pokračovací fáze trvá ve většině případů do jednoho roku od vzplanutí onemocnění. V tomto období by mělo dojít k plné úpravě stavu, rehabilitaci a resocializaci. Cílem následné udržovací etapy léčby je zabránění relapsu eventuálně rekurence. Při výběru antidepresiva je kladen důraz na jeho účinnost, snášenlivost, bezpečnost, možné vedlejší účinky a případné kontraindikace. Doporučuje se dlouhodobé podávání antidepresiva. Je nutné sledovat výživu a hydrataci. Staří depresivní lidé by měli být přiměřeně, nenásilně aktivováni. Při hospitalizaci lze využít i elektrokonvulzivní terapii, pokud nejsou somatické kontraindikace a pokud je těžká deprese jinými způsoby terapeuticky neovlivnitelná. (Franková, 2010), (Jiráček, 2013), (Praško a kol., 2012)

## 2.8 Suicidium

Myšlenky na sebevraždu neboli suicidium se u těžkých forem deprese objevují velmi často. Je prokázáno, že 5-15 % nemocných s depresivní poruchou ukončí svůj život sebevraždou a asi polovina se o to pokusí. Je třeba rozlišit mezi úvahami, kdy si nemocný uvědomuje, že ho to na světě nebaví, že by tady raději nebyl a mezi konkrétními úvahami jak a kdy život ukončit. V prvním případě často přichází nemocný sám s prosbou o pomoc, mnohdy stačí pravidelné konzultace s psychologem. Ve druhém případě je již vhodná hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Mezi okolnosti, které přispívají ke zvýšenému riziku sebevraždy, patří dlouhodobější rozvoj depresivních příznaků, neklid, nespavost, mužské pohlaví, narušené rodinné vztahy, tendence ke zvýšené konzumaci alkoholu, nedostatek sociálních kontaktů, vyšší věk, psychické poruchy v rodině, traumatické zážitky z minulosti a jiné. (Jirák, 2013), (Raboch, Laňková, 2008)

Ve stáří je výskyt suicidií častější oproti ostatním věkovým skupinám, častější jsou dokonaná suicidia v poměru k suicidálním pokusům ve srovnání s mladší populací. U seniorů se vyskytuje také více skrytých, tichých suicidií, patří sem nedodržení léčebného režimu, odmítání medikace, neaplikování si inzulínu u diabetiků, záměrná dehydratace, nebo naopak předávkování se léky apod. Často také dochází k brutálním sebevraždám, jako je oběšení se nebo smrt střelnou zbraní. Staří lidé, kteří se pokusí o sebevraždu, mají menší naději na záchranu především kvůli zvýšené morbiditě a také kvůli sociální izolaci. Při odhadu suicidálních tendencí seniorů musíme mít na paměti, že se můžou chovat jinak, než je běžné u mladší populace. Je důležité myslet na to, že všichni, kteří uvažují o suicidu, trpí psychickou poruchou. Nelze podléhat omylu, že ten, kdo hovoří o suicidu, jej uskuteční. (Jirák, 2013), (Beck, Alford, 2009)

## 2.9 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů trpících depresí

U akutní fáze deprese je nutné zajistit pacientovo bezpečí a uspokojení jeho základních potřeb. Z důvodu velkého rizika sebevražedného jednání můžou být pacienti hospitalizováni na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Pacienti by měli být uloženi na pokoj v blízkosti pracovny sester kvůli stálému dohledu personálu. Pacienti u sebe nesmějí mít nic, čím se mohou ohrozit na životě. Při podávání léků je nutný dohled, zda-li je pacient spolkl a nikde je neschovává. Všeobecná sestra sleduje účinky léků a

vše hlásí ošetřujícímu lékaři. Při depresi jsou velmi časté suicidální myšlenky, ošetrovatelský personál musí pozorovat signály, náznaky či hovory o úmyslu ukončit svůj život. Největší riziko bývá v ranních hodinách anebo v obdobích, kdy se již začínají projevovat účinky antidepresiv. Je nutné mít na paměti i to, že může propuknout somatické onemocnění, o kterém pacient z důvodu sníženého pocitu prožívání nemluví a se svými tělesnými obtížemi se zdravotnickému personálu nesvěří. V případě těchto situací musí za pacienta takzvaně myslet ošetrovatelský personál. Je důležité k pacientům přistupovat empaticky, být trpěliví z důvodu zpomaleného psychomotorického tempa zejména u starších osob. (Petr, Marková, 2014)

### **Zásady komunikace s depresivním pacientem:**

- při komunikaci s depresivním pacientem musíme být empatičtí, hovoříme klidně a trpělivě,
- důležité je myslet na vztahovačnost pacientů, proto je nutné nejdříve vše zvážit, než něco řekneme,
- neokřikovat a nenabádat pacienty, aby nebyli smutní,
- projevit snahu o společné řešení problému,
- neodsuzovat chování a jednání pacienta,
- dávat pozor na neverbální komunikaci,
- k rozhovoru zvolit klidné prostředí.

### 3 Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí

#### Identifikační údaje

**Jméno a příjmení:** XY

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 72 let

**Vzdělání:** středoškolské vzdělání bez maturity

**Stav:** vdaná

**Státní příslušnost:** ČR

**Datum přijetí:** 2. 12. 2017

**Typ přijetí:** plánované

**Oddělení:** Gerontopsychiatrické oddělení PN Kosmonosy

**Důvod přijetí udávaný pacientkou:** nelze, pacientka odmítá komunikovat

**Informovaný souhlas:** pacientka odmítla podepsat informovaný souhlas. Dle lékaře je hospitalizace nutná a z toho důvodu je léčba převedena na nedobrovolnou hospitalizaci, kdy je vše řádně hlášeno okresnímu soudu, který rozhodne o nutnosti hospitalizace.

**Medicínská diagnóza hlavní:** F315 bipolární afektivní porucha, současná fáze: těžká deprese

**Medicínské diagnózy vedlejší:** hypertenze, hypothyreóza

**Vitální funkce při přijetí:**

Tabulka 1 - Vitální funkce při přijetí

<b>TK:</b>	117/82 mmHg	<b>Výška:</b>	158 cm
<b>P:</b>	96´	<b>Hmotnost:</b>	65 kg
<b>D:</b>	16´	<b>BMI:</b>	26,04
<b>TT:</b>	36,5 °C	<b>Pohyblivost:</b>	chůze mírně nejistá

<b>Stav vědomí:</b>	při vědomí	<b>Orientace:</b>	orientována všemi kvalitami
<b>Řeč, jazyk:</b>	srozumitelná, český	<b>Krevní skupina:</b>	nezjištěno

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

### **Nynější onemocnění:**

Pacientka byla přivedena rodinou k hospitalizaci v PNK, oddělení Sadská, na doporučení ambulantního psychiatra pro bipolární afektivní poruchu – depresivní epizoda. Jedná se o 4. hospitalizaci v tomto zařízení. Pacientka byla opakovaně hospitalizována s diagnózou bipolární afektivní poruchy, poslední hospitalizace proběhla v roce 1991. Celé roky byla v ambulantní léčbě a v dobré remisi. Od října došlo ke zhoršení stavu, bez zjevného důvodu. Při příjmu pacientka odmítala spolupracovat, odmítala hospitalizaci, aktivně se bránila při základní manipulaci. Z toho důvodu byl domluven překlad na oddělení B3 do Psychiatrické nemocnice Kosmonosy.

Informační zdroje: pacient, zdravotnická dokumentace, rodinní příslušníci, ošetřující personál, lékař

## **3.1 Anamnéza**

### **Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela na onemocnění srdce v 74 letech

Otec: zemřel v 64 letech na srdeční infarkt

Sourozenci: pochází ze 4 dětí, byla jediná dcera, jeden bratr již zemřel

Děti: má 2 syny, oba jsou zdraví

### **Osobní anamnéza:**

Překonaná a chronická onemocnění: běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: zde již 4. hospitalizace, operace žádné

Úrazy: žádné

Transfúze: žádné

Očkování: běžné

**Farmakologická anamnéza:**

Tabulka 2 - Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Euthyrox	Tbl.	150mg	1-0-0	Hormon štítné žlázy
Prenewel	Tbl.	2mg/0,625mg	1-0-0	Antihypertenziva
Olwexya	Tbl.	75mg	2-0-0	Antidepresiva
Lamotrix	Tbl.	100mg	1-0-1	Antiepileptika, anticonvulsiva
Derin	Tbl.	25mg	0-0-1-1	Antipsychotika
Neurol	Tbl.	0,25mg	2-0-2	Anxiolytika

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

**Sociální anamnéza:**

Rodinné poměry: vdaná od 22 let

Bytové poměry: žije s manželem v činžovním bytě

Volnočasové aktivity, záliby: dříve cvičila a plavala, nyní však bez zájmu

**Alergologická anamnéza:**

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

**Abúzy:**

Alkohol: 1dcl vína za měsíc

Kouření: nekouří již 10let

Káva: nepije

Jiné návykové látky: neguje

**Gynekologická anamnéza:**

Menstruační cyklus: dříve pravidelný

Porody: 2x

Potravy: 0x

Klimakterium: již od 45 let

Gynekologické operace: žádné

Hormonální antikoncepce: nikdy nebrala

Samovyšetření prsou: snaží se pravidelně

Poslední gynekologická prohlídka: 6/2017

**Pracovní anamnéza:**

Vzdělání: středoškolské bez maturity

Zaměstnání: pracovala jako vedoucí odborného výcviku v Pramen-potravině

Důchodce: od 45 let v invalidním důchodu z psychiatrické indikace, nyní starobní důchod

**Spirituální anamnéza:**

Religiózní praktiky: žádné

### 3.2 Posouzení současného stavu pacientky ze dne 20. 1. 2018 (50. den hospitalizace)

Tabulka 3 - Popis fyzického stavu

POPIS FYZICKÉHO STAVU		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	<i>„Hlava mě nebolí ani krk“.</i>	Hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá, bez deformit. Bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé. Jazyk plazí středem, bez povlaku. Uši, oči a nos bez výtoků. Chrup sanován + horní zubní náhrada. Štítná žláza nezvětšena.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	<i>„Dýchá se mi dobře“.</i>	Hrudník symetrický, bez deformit. Dýchání pravidelné, bez zvukových fenoménů, počet dechů za minutu: 16.
<b>Srdečně cévní systém</b>	<i>„Léčím se s vysokým tlakem“.</i>	Akce srdeční pravidelná, frekvence 86/min, pulzace na HKK i DKK hmatné v periférii. Dolní končetiny bez patrných otoků a známek TEN. TK 150/75 mmHg, pac. užívá antihypertenziva: Prenewel tbl. 2mg/0,625mg
<b>Břicho a GIT</b>	<i>„Nemám teď moc chuť k jídlu. Zhubla jsem pár kilo“.</i>	Břicho nebolestivé, souměrné, na pohmat měkké. Chuť k jídlu snižená, pacientka jí pouze poloviční porce, někdy jídlo vysloveně odmítá. Během hospitalizace zhubla 5 kg. BMI 24,03. Tekutiny přijímá dostatečně.



		Stolice nepravidelná, poslední 18.1.2018, podáván Duphalac sol. dle ordinace lékaře, dle fakultativní medikace možné podat Suppositoria glycerini.
<b>Močový a pohlavní systém</b>	<i>„Mám problémy s únikem moče“.</i>	Pacientka má problémy s únikem moče, využívá inkontinenční vložky.
<b>Kosterní a svalový systém</b>	<i>„Nemám žádné problémy v téhle oblasti“.</i>	Hybnost dolních a horních končetin volná a nebolestivá, chůze přirozená.
<b>Nervový systém a smysly</b>	<i>„Nosím brýle na čtení“.</i>	Pacientka při vědomí, orientována místem, časem, osobou, spolupracuje částečně, na otázky odpovídá obtížně, silně depresivní. Na čtení nosí brýle, čich a sluch bez patologie.
<b>Endokrinní systém</b>	<i>„Mám sníženou funkci štítné žlázy“.</i>	Pacientka se léčí s hypofunkcí štítné žlázy, bere pravidelně léky a dochází do endokrinologické ambulance.
<b>Imunologický systém</b>	<i>„Nikdy jsem nebyvala nemocná“.</i>	Nebyla zjištěna žádná alergie, Lymfatické uzliny nezvětšené. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění.
<b>Kůže a její adnexa</b>	<i>„Nemám žádné obtíže“.</i>	Pokožka fyziologického vzhledu, kožní turgor přiměřený. Vlasy polodlouhé, barvené, čisté. Nehty čisté, zastřižené.

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Tabulka 4 - Aktivity denního života

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	<i>„Doma jsem moc nejedla, manžel mi připravoval jídlo, ale já neměla chuť“.</i>	Nelze objektivně posoudit, dle rodiny jedla pacientka v poslední době velmi málo a zhubla, nevědí kolik, ale myslí si, že zhruba 5 kg.
	V nemocnici	<i>„Tady jím více než doma, to asi ty léky, co dostávám, sním většinou tak půlku“.</i>	Pacientka nemá žádné alergie na potraviny, není v dietním omezení. Má horní zubní náhradu, kterou používá. Chuť k jídlu je snižena, občas je odmítavá ke stravě, musí se do jídla nutit, sní spíše jen poloviční porce. Během hospitalizace zhubla 5 kg. Váha: 60 kg, BMI: 24,03. Proveden nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, výsledné body: 7 – pacientka v riziku.
Příjem tekutin	Doma	<i>„Doma piju pouze vodu nebo čaj“.</i>	Nelze objektivně posoudit, dle manžela pacientka dodržovala

			pitný režim.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Tady piju to samé, co doma, buď čaj nebo vodu“.</i>	Pacientka se snaží dodržovat pitný režim, pije spíše čaj.
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	<i>„Občas mám únik moče“.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Mám únik moče, musím nosit vložky“.</i>	Pacientka si stěžuje na problém s únikem moči, rodina ji nosí inkontinenční vložky.
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	<i>„Doma chodím na stolicí pravidelně“.</i>	Nelze hodnotit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Tady mám občas zácpu“.</i>	Stolice je spíše nepravidelná, pacientka často uvádí problém se zácpou. Poslední stolice byla 18.1.2018.
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	<i>„Doma jsem nespala moc dobře, často se budím“.</i>	Dle manžela spí pacientka velmi málo.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Tady v nemocnici se mi spí ještě hůř než doma, nemůžu usnout a budím se“.</i>	Pacientka spí málo, často vyžaduje medikaci při nespavosti, občas v noci nalezena, jak sedí na chodbě na židli nebo ve společenské místnosti a kouká před sebe a nechce s nikým komunikovat. Přes den poté polehává v lůžku.
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	<i>„Doma jsem neměla na nic náladu, dříve jsem“.</i>	Dle manžela poslední dobou nedělala pacientka nic, pouze jen

		<i>chodila cvičit a plavat“.</i>	seděla a koukala před sebe, dříve byla aktivnější.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Píšu si nějaké zápisky, co jsem dostala od paní psychologky a snažím se luštit křížovky“.</i>	Pacientka přes den polehává v lůžku, občas je viděna, jak si píše poznámky do listů, které dostala od psychologa. Proveden screening rizika pádu, pacientka bez rizika.
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	<i>„Doma hygienu dodržuju, manžel mi ve všem pomáhá“.</i>	Dle manžela hygienu dodržovala, musel jí však dopomoc.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„To samé jako doma, koupu se pravidelně, ale sestřičky mi musí pomáhat“.</i>	Pacientka se chodí koupat pravidelně, dle harmonogramu oddělení, sama se nevykoupe ani neumyje, je nutná dopomoc i při hygieně DÚ.
<b>Soběstačnost</b>	<b>Doma</b>	<i>„Doma jsem nic nezvládala“.</i>	Dle manžela pacientka nebyla schopna se jít sama umýt nebo si cokoli udělat.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Myslím, že teď už vše docela zvládám“.</i>	Pacientka se oblékne a vykoupe pouze s dopomocí zdravotnického personálu. Není schopna se sama o sebe postarat. Proveden test Barthelové, výsledné

			body: 95 – lehká závislost.
--	--	--	-----------------------------

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Tabulka 5 - Posouzení psychického stavu

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Vědomí</b>		Beze změn	Bez poruchy vědomí
<b>Orientace</b>		„ <i>Jsem na psychiatrii v Kosmonosích</i> “.	Orientovaná časem, místem i situací, osobou.
<b>Nálada</b>		„ <i>Není mi teď dobře, myslím že brzo umřu, možná už zítra</i> “.	Pacientka je velmi depresivní, úzkostná, negativistická, fixována na bludné obsahy. Myslí si, že manžel má jinou ženu.
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„ <i>Nemám problém s pamětí</i> “.	Beze změn.
	<b>Novopaměť</b>	„ <i>Nemám problém s pamětí</i> “.	Beze změn.
<b>Myšlení</b>		„ <i>Pořád o všem přemýšlím, o životě, o tom, co se mnou bude, s mou rodinou, mám strach, manžel má milenku, nemám se kam vrátit</i> “.	Pacientka spolupracuje, částečně na otázky odpovídá až po nějaké chvílce, je zjevné zpomalené myšlení, občas bludného charakteru, myslí si, že si manžel našel jinou ženu, která je nyní u nich doma.
<b>Temperament</b>		„ <i>Nevím, co na tuto otázku odpovědět</i> “.	Pacientka je introvertní, melancholická.
<b>Sebehodnocení</b>		„ <i>Nevím, s nikým se nestýkám, jen svou rodinou</i> “.	Dříve byla pacientka celkem aktivní, nyní však patrné silné depresivní ladění, je pasivní, apatická.

<b>Vnímání zdraví</b>	<i>„Jsem už několik let v důchodu, nechci tady být“.</i>	Od začátku hospitalizace došlo u pacientky k mírnému zlepšení náhledu na projevy nemoci.
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	<i>„Je to se mnou špatné, myslím že umírám“.</i>	Pacientka si již začíná uvědomovat, že se musí léčit, stále je však depresivní, má pravděpodobně mylné představy o svém muži.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	<i>„Chtěla bych domů“.</i>	Pacientka byla o svém onemocnění poučena jen omezeně z důvodu zdravotního stavu.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	<i>„Nelíbí se mi tady, chci už pryč“.</i>	Jedná se o opakovanou hospitalizaci, pacientka občas nespolupracuje, je nutný dohled na stravu, tekutiny a léky.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	<i>„Nevím“.</i>	Nelze zcela objektivně hodnotit.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy)</b>	<i>„Mám strach, umírám a bojím se, že se něco stane manželovi“.</i>	Pacientka je depresivní, úzkostná, stále dokola opakuje, že brzo zemře, vyjadřuje obavy o svého manžela, o kterém má zároveň pravděpodobně mylné představy, že má doma milenku.
<b>Zkušenosti s předcházející hospitalizací</b>	<i>„Nikdy se mi tady nelíbilo“.</i>	Pacientka nemá kladné zkušenosti s hospitalizací.

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Posouzení sociálního stavu:

Komunikace: Komunikace se během hospitalizace zlepšila, pacientka již zodpoví dotazy. Oslabena tenze, v kontaktu s rodinou je více adekvátní. Nadále je depresivní, má bludné představy o manželovi, občas verbalizuje obavy, že brzo zemře.

Informovanost: Pacientka byla informována o povaze svého onemocnění, o navrhovaných způsobech vyšetření, léčbě, očekávaném výsledku, omezeních a doporučeních ohledně způsobu života jen omezeně, z důvodu zdravotního stavu.

### **Sociální role:**

Primární: žena, 72 let

Sekundární: manželka, matka, babička, pacientka

Terciární: žena v domácnosti

## **3.3 Medicínský management**

Ordinovaná vyšetření 1. den hospitalizace

Biochemické vyšetření krve: ionty, jaterní testy, glukóza, urea, kreatinin, celková bílkovina, CRP, albumin, globulin, TSH, FT4

Hematologické vyšetření krve: krevní obraz

Biochemické vyšetření moči: chemicky a sediment

Výsledky:

Tabulka 6 - Biochemické vyšetření krve

<b>Vyšetření</b>	<b>Výsledné hodnoty</b>	<b>Jednotky</b>	<b>Referenční meze</b>
Na	144	mmol/l	136-146
K	3,4	mmol/l	3,6-5,1
Cl	104,5	mmol/l	101-109
ALT	0,60	μkat/l	0,10-0,70
AST	0,57	μkat/l	0,10-0,70
ALP	0,92	μkat/l	0,58-1,74
GMT	0,75	μkat/l	0,15-0,65

bilirubin	12	μmol/l	1-20
glukóza	5,8	mmol/l	3,5-5,6
urea	11,3	mmol/l	2,5-8,2
kreatinin	105	μmol/l	53-105
CRP	8,1	mg/l	<5,0
albumin	47	g/l	32-46
globulin	27	g/l	20-31
TSH	7,643	mIU/l	0,350-4,940
FT4	13,5	pmol/l	9,0-19,0

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Tabulka 7 - Hematologické vyšetření krve

Vyšetření	Výsledné hodnoty	Jednotky	Referenční meze
leukocyty	10,9	10 <sup>9</sup> /l	4,0-10,0
erytrocyty	4,77	10 <sup>12</sup> /l	3,80-5,20
trombocyty	148	10 <sup>9</sup> /l	142-327
hematokrit	0,42	l	0,35-0,47

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Biochemické vyšetření moči: vyšetření v normě

Dieta: 3

Pohybový režim: D – volný pohyb po oddělení

Riziko: B – periodický intenzivní dozor á 2 hodiny

Monitorace: TK, P 2x denně R-V, zvýšený dohled na stravu, tekutiny, léky



## Medikamentózní léčba:

Tabulka 8 - Medikamentózní léčba

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Argofan	Tbl.	150 mg	1-0-0	antidepresiva
Venlafaxin Mylan	Cps.	75 mg	0-1-0	antidepresiva
Lamotrix	Tbl.	100 mg	1-0-1	antiepileptika, anticonvulsiva
Oxazepam	Tbl.	10 mg	0-0-0-1/2	Anxiolytika
Prenewel	Tbl.	2 mg/0,625 mg	1-0-0	Antihypertenziva
Kalium Chloratum	Tbl.	500 mg	1-0-1	draslík
Euthyrox	Tbl.	50 mg	1-0-0	hormon štítné žlázy
Euthyrox	Tbl.	125 mg	1-0-0	hormon štítné žlázy
Risperdal	Sol.	1 mg/ml	1-0-0-2	antipsychotika
Quetiapine Accord	Tbl.	400 mg	0-0-1	antipsychotika
Tiapridal	Inj.	100 mg	Při neklidu, napětí 1 amp. i.m. max. 2xD	antipsychotika
Buronil	Tbl.	25 mg	Při nespavosti, 1 tbl. na noc	antipsychotika, neuroleptika
Glycerini suppositoria	Supp.	2,06 g	Při zácpě podat p.r.	laxantia

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Chirurgická léčba: během hospitalizace není v plánu žádná chirurgické léčba

### **3.4 Situační analýza ze dne 20. 1. 2018**

Žena, 72 let, byla přijata do Psychiatrické nemocnice Kosmonosy na oddělení Sadská, dle doporučení ambulantního psychiatra a to pro výrazné zhoršení zdravotního stavu. V rámci bipolární afektivní poruchy, depresivní fáze. Pacientka byla ještě ten den přeložena na gerontopsychiatrické oddělení B3 Kosmonosy. Pacientka je lucidní, orientována osobou, místem, časem i situací. Má sníženou chuť k jídlu i pití, je nutný dohled na stravu i tekutiny, od přijetí došlo k úbytku váhy 5 kg, vše bylo hlášeno a konzultováno s nutriční terapeutkou. Je nutný dohled na medikaci, pacientka je odmítavá, hledá si důvody, proč si nemůže léky vzít nebo si vezme jen jeden a ostatní již nechce. Je monitorován tlak a pulz 2x denně, oběhově stabilní TK 130/75 mmHg, P 76'. Během noci se pacientka často budí a nemůže dál spát. Dalším ošetrovatelským problémem u pacientky je zácpa a samovolný odtok moče. Komunikace a spolupráce se mírně zlepšila, během dne často hovoří o tom, že má strach o svého manžela a rodinu, také verbalizuje pravděpodobně mylné představy, ve kterých tvrdí, že manžel má doma milenku. Je nadále depresivní a úzkostná. Nyní je velmi odmítavá k osobní hygieně a koupání, vyžaduje, aby ji ošetrovatelský personál vykoupal a poté oblékl.

### **3.5 Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie II 2015–2017 a jejich uspořádání dle priorit**

Ošetrovatelské diagnózy jsou rozdělené na aktuální a potenciální a seřazené dle priorit. Jsou stanovené ošetrovatelské diagnózy, která byly u pacientky zjištěné 50. den hospitalizace. Rozpracováno je 9 aktuálních diagnóz a 3 potenciální neboli rizikové diagnózy. Realizaci diagnóz jsem prováděla po dobu jednoho týdne já sama ve spolupráci s ostatními všeobecnými sestrami. Vše je hodnocené po jednom týdnu.

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

ÚZKOST 00146

BEZNADĚJ 00124

CHRONICKÝ SMUTEK 00137

DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ 00108

DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ 00109

STRACH 00148

FUNKČNÍ INKONTINENCE MOČI 00020

NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ NEŽ JE POTŘEBA ORGANISMU 00002

NEEFEKTIVNÍ MANAGEMENT ZDRAVÍ 00078

#### **Potenciální ošetrovatelské diagnózy:**

RIZIKO SNÍŽENÉHO OBJEMU TEKUTIN (RIZIKO DEHYDRATACE) 00028

NESPAVOST 00095

ZÁCPA 00011

**Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče zjištěné 50. den hospitalizace, realizované a hodnocené do jednoho týdne.**

## **ÚZKOST (00146)**

**Priorita:** vysoká

**Doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

**Určující znaky:**

*Behaviorální:*

- snížená produktivita
- insomnie
- špatný oční kontakt
- obavy ze změny v životě

*Emoční*

- úzkostlivost
- strach
- obavy
- sklíčenost

*Nervus parasympathicus*

- změna vzorce spánku

*Kognitivní*

- změny koncentrace

- změny pozornosti

**Související faktory:**

- situační krize

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nebude mít pocity úzkosti – do 2 měsíců.

**Cíl krátkodobý:** U pacientky se zmírní pocity úzkosti – do 1 týdne.

**Výsledná kritéria:**

Pacientka snížila úzkost na zvladatelnou míru – do jednoho týdne.

Pacientka má dostatek informací, je uklidněná a spolupracuje – do 24 hodin.

Pacientka našla způsob, jak si poradit s úzkostí a jak ji vyjádřit - do 2 dnů.

Pacientka využívá všech druhů podpory a pomoci – do jednoho týdne.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zjistí od pacientky a rodiny možné příčiny úzkosti – všeobecná sestra – do 24 hodin.

Mluv na pacientku klidně, beze spěchu – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – při každém kontaktu.

Naslouchej se zájmem, úctou a respektem – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – při každém kontaktu.

Umožni pacientce popsat její pocity – všeobecná sestra – při každém kontaktu.

Všímej si chování pacientky z hlediska hladiny úzkosti – všeobecná sestra – každý den.

Sleduj fyzickou odpověď (přecházení, palpitace) – všeobecná sestra – po celý den.

Buď k dispozici, naslouchej a hovoř s pacientkou – všeobecná sestra – po celý den.

Nepři se s pacientkou a neujišťuj ji, že vše bude zase v pořádku – všeobecná sestra – při každém kontaktu.

Uznej její úzkost/strach – všeobecná sestra – po celý den, při každém kontaktu.

Podávej medikaci dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – dle ordinace.

Sleduj účinek podané medikace – všeobecná sestra – do 30 minut.

Zaznamenej vše do dokumentace – všeobecná sestra – po celý den.

### **Realizace (50. – 57. den hospitalizace)**

Od rodiny pacientky se podařilo během rozhovorů zjistit příčiny úzkosti. Během rozhovorů bylo s pacientkou i rodinou jednáno klidně a s respektem vzhledem k onemocnění. Byl navazován kontakt při každé příležitosti. Pacientka ze začátku většinou odpovídala pár slovy, po pár dnech se kontakt zlepšil a pacientka se již tolik nebránila hovořit o svých pocitech. Medikace byla podávána pravidelně dle ordinace, pacientka byla k medikaci odmítavá, nechtěla si nechat vysvětlit nutnost medikamentů. Vše bylo zapsáno v příslušné dokumentaci.

### **Hodnocení (57. den hospitalizace)**

Krátkodobý cíl byl splněn částečně, pacientka se již snaží o svých pocitech hovořit, ovšem zhodnocení vyžaduje delší časové období, intervence i nadále pokračují. Dlouhodobý cíl splněn prozatím nebyl, stále se na něm pracuje v rámci hospitalizace.

## **DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ (00108)**

**Priorita:** střední

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 5:** Sebepéče

**Definice:** Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

**Určující znaky:**

- zhoršená schopnost usušit si tělo
- zhoršená schopnost umýt si tělo

**Související faktory:**

- úzkost

- snížená motivace

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka bude schopna se samostatně vykoupat a provést hygienu bez dopomoci – do 2 týdnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka si bude uvědomovat nutnost hygieny a koupele – do 5 dnů.

**Výsledná kritéria:**

Pacientka sama verbalizuje nutnost hygieny a koupele – do 3 dnů.

Pacientka je schopna sama provádět osobní hygienu – do 1 týdne.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zhodnot' míru soběstačnosti – všeobecná sestra – 1x denně při hygieně.

Zjistí příčinu poklesu schopností pacientky pečovat o sebe sama – všeobecná sestra – denně.

Všímej si dalších zdravotních problémů, které mohou mít vliv na provádění činností (medikace) – všeobecná sestra – po celý den.

Vysvětlí nutnost koupele a celkové hygieny – všeobecná sestra – 1x denně při hygieně.

Zhodnot', zda je deficit dočasný či trvalý – všeobecná sestra – 1x denně.

Zajisti během hygieny dostatek soukromí – všeobecná sestra – denně.

Používej motorickou a slovní instrukci při provádění hygienické péče – všeobecná sestra – vždy během hygieny.

Zajisti hygienické pomůcky – všeobecná sestra – vždy.

Zjistí a respektuj rituál provádění hygienické péče a soukromí při provádění hygieny – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – vždy.

Oceňuj snahu pacientky zapojit se do péče o samu sebe – všeobecná sestra. Ostatní ošetrovatelský personál – vždy.

Umožni pacientce dostatek času na hygienu – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – vždy.

Zajisti bezpečnost při poskytování hygienické péče – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – vždy.

### **Realizace (50. - 57. den hospitalizace)**

U pacientky byla zhodnocena míra soběstačnosti dle Barthelové testu základních všedních činností na 95 bodů – lehká závislost, tento test je opakován každý měsíc, sleduje se, jak se míra soběstačnosti u pacientky mění. Po pohovoru s psychologem bylo zjištěno, že pacientka ztratila zájem o hygienu z důvodu svého onemocnění, byla následně edukována o nutnosti v péči o sebe sama. Při hygieně bylo pacientce poskytnuto dostatečné soukromí a dostatek času na vykonání hygieny. Vše pod dohledem ošetrovatelského personálu. Od pacientky bylo zjištěno, jaké používala dříve kosmetické pomůcky k zajištění hygieny, rodina byla poté poučena, aby tyto pomůcky donesla. Vše bylo zapsáno do denních zápisů v dokumentaci.

### **Hodnocení (57. den hospitalizace)**

Dlouhodobý cíl byl splněn, ale vzhledem ke stavu pacientky je nutné intervence opakovat až do konce hospitalizace. Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka již po dvou dnech sama verbalizovala potřebu celkové koupele.

### **DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ (00109)**

**Priorita:** střední

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 5:** Sebepéče

**Definice:** Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

**Určující znaky:**

- zhoršená schopnost zvolit oblečení
- zhoršená schopnost zapnout si oblečení
- zhoršená schopnost udržet si vzhled na uspokojivé úrovni
- zhoršená schopnost obléknout si oblečení na dolní část těla
- zhoršená schopnost obléknout si oblečení na horní část těla
- zhoršená schopnost obléknout si potřebné části oděvu



- zhoršená schopnost svléknout si potřebné části oděvu

**Související faktory:**

- úzkost
- snížená motivace
- únava

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka se obleče sama bez dopomoci – do 2 týdnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka projeví snahu se samostatně obléci – do 5 dnů.

**Výsledná kritéria:**

Pacientka se snaží samostatně obléknout – do 3 dnů.

Pacientka je schopna samostatně se obléci bez dopomoci – do 14 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zhodnot' celkovou schopnost pacientky se samostatně obléci – všeobecná sestra – denně.

Zajistit dostatek soukromí při oblékání – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – vždy.

Poskytni dostatek času a prostoru – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – denně.

V případě nutnosti poskytni pomoc – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – vždy.

Zařid', aby veškeré věci a pomůcky měla pacientka blízko – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – denně.

Zajisti pacientce čisté a vhodné oblečení – všeobecná sestra, ostatní ošetrovatelský personál – denně.

**Realizace (50. – 57. den hospitalizace)**

Bylo provedeno zhodnocení míry soběstačnosti, a to dle Barthelové testu, dle výsledků má pacientka lehkou závislost 95 bodů. Test je opakován každý měsíc.

Pacientce bylo zajištěno dostatečné soukromí při oblékání, také dostatek času a prostoru. Vzhledem k nemožnosti mít na oddělení vlastní oblečení dostala pacientka každé ráno čisté erární. Z počátku se pacientka odmítala sama oblékat, po 3 dnech však projevila snahu, i nadále byla nutná dopomoc ošetrovatelského personálu, ale již ne v takové míře.

### **Hodnocení (57. den hospitalizace)**

Dlouhodobý cíl prozatím splněn nebyl i nadále se pokračuje v intervencích. Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka projevila snahu samostatného oblékání již po třech dnech.

### **NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ NEŽ JE POTŘEBA ORGANISMU (00002)**

**Priorita:** vysoká

**Doména 2:** Výživa

**Třída 1:** Příjem potravy

**Definice:** Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

**Určující znaky:**

- odpor k jídlu
- příjem potravin je menší, než je doporučená denní dávka
- nezájem o jídlo

**Související faktory:**

- psychogenní faktory

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má zvýší tělesnou hmotnost alespoň o 3 kg – do 1 měsíce.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka dodržuje předepsaný dietní režim v příjmu potravy – do 1 týdne.

**Výsledná kritéria:**

Pacientka chápe nutnost pravidelné stravy – do 5 dnů.

Pacientka dosáhne požadovaného přírůstku na váze – do 1 měsíce.

Pacientka není odmítavá ke stravě – do 5 dnů.

### **Ošetrovatelské intervence:**

Proveď základní nutriční screening – všeobecná sestra – každý měsíc.

Zajisti kontakt s nutričním terapeutem – všeobecná sestra – ihned.

Prodiskutuj s nutričním terapeutem sestavení jídelníčku pacientky – všeobecná sestra – ihned.

Zjisti důvod, proč pacientka odmítá stravu – všeobecná sestra, psychoterapeut – ihned.

Posuď, zda pacientka chápe nutnost pravidelné stravy – všeobecná sestra – denně.

Pobízej pacientku k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin – všeobecná sestra – denně.

Sleduj váhu každý měsíc a proveď o tom příslušný zápis – všeobecná sestra – každý měsíc.

Zajisti rozhovor s psychoterapeutem – všeobecná sestra, lékař – ihned.

Zjisti, jaké jídlo pacientka preferuje – všeobecná sestra, nutriční terapeut – dle potřeby.

Poskytni dostatek času na stravu – všeobecná sestra – každý den.

Podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – dle ordinace.

Vše zapiš do dokumentace – všeobecná sestra – po celý den.

### **Realizace (50. – 57. den hospitalizace)**

Bylo provedeno screeningové vyšetření dle Nottinghamského dotazníku, výsledné hodnocení bylo 7 bodů. Byl informován nutriční terapeut, který sestavil pacientce individuální jídelníček a následně edukoval rodinu. Pacientka byla průběžně ujišťována, že má na konzumaci dostatek času. Léky byly podávány pravidelně, s odstupem po konzumaci jídla, rozhovory s psychoterapeutem probíhaly 3x denně. Každý den byl sledován a zaznamenáván příjem stravy a tekutin. Vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

### **Hodnocení (57. den hospitalizace)**

Krátkodobý cíl se podařilo splnit, pacientka se snažila dodržovat předepsaný dietní režim. Dlouhodobý cíl hodnotit prozatím nelze, intervence i nadále pokračují.

## **NESPAVOST (00095)**

**Priorita:** střední

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 1:** Spánek/odpočinek

**Definice:** Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování.

**Určující znaky:**

- změny emocí
- změny ve vzorci spánku
- potíže se spaním
- předčasné probouzení

**Související faktory:**

- úzkost
- deprese
- strach
- smutek

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka spí celou noc – do 14 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka spí alespoň 6 hodin denně a cítí se odpočatá – do 5 dnů.

**Výsledná kritéria:**

U pacientky došlo ke zlepšení spánku – do 5 dnů.

Pacientka se po probuzení cítí odpočatá a vyspalá.

Pacientka usne po podání medikace – do 1 hodiny.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zjistí příčiny poruchy spánku – všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Posuď souvislost poruchy se základním onemocněním – všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Zjistí spánkové rituály pacientky – všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Zajisti pacientce vyhovující podmínky pro spánek – klid, tmu, čistý vzduch, soukromí, úpravu lůžka – všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Dokumentuj délku spánku – všeobecná sestra – po celou noc.

Zjistí okolnosti, které ruší spánek – všeobecná sestra – do 1 hodiny.

Aktivizuj pacientku během dne – všeobecná sestra – po celý den.

Podej medikaci dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – do 10 minut.

Sleduj účinek podané medikace – všeobecná sestra – do 30 minut.

Zaznamenej vše do dokumentace – všeobecná sestra – po celý den.

### **Realizace (50. – 57. den hospitalizace)**

U pacientky byl posouzen důvod nespavosti, jako příčina bylo zjištěno základní onemocnění. Pacientka byla během dne aktivizována režimem na oddělení, účastnila se pracovní terapie a docházela do šicí dílny. Před spánkem bylo pacientce zajištěno pohodlí, vyvětraný pokoj, ustláno lůžko a zajištěno čisté povlečení. Podání večerní medikace bylo vždy řádně zapsáno i s efektem.

### **Hodnocení (57. den hospitalizace)**

Krátkodobý cíl splněn nebyl, pacientka i nadále udává obtíže se spánkem, intervence přetrvávají. Dlouhodobý cíl také splněn nebyl, v intervencích se pokračuje i nadále.

## **3.6 Celkové zhodnocení péče**

Pacientka byla přijata do Psychiatrické nemocnice Kosmonosy na oddělení Sadská, dle doporučení ambulantního psychiatra, a to pro výrazné zhoršení zdravotního stavu. V rámci bipolární afektivní poruchy, depresivní fáze. Pacientka byla ještě ten den přeložena na gerontopsychiatrické oddělení B3 Kosmonosy, z důvodu odmítání hospitalizace. Prvních několik dní byla pacientka ke všemu odmítavá, postupem se její

jednání zlepšilo. V bakalářské práci jsem identifikovala ošetrovatelské problémy 50. den hospitalizace, byly shledány problémy v oblastech psychiky, sebeděče a vyprazdňování. Stanovila jsem ošetrovatelské diagnózy, krátkodobé a dlouhodobé cíle. Naplánovala jsem intervence a provedla jejich realizaci. Realizace probíhala mnou nebo dalšími všeobecnými sestrami. Hodnocení probíhalo po sedmi dnech. Některé cíle byly splněny, některé se splnit nepodařilo vzhledem k základní diagnóze pacientky. Veškeré intervence budou pokračovat i nadále, po celou dobu hospitalizace. Celkovou péči hodnotím jako velmi účinnou, pacientka z počátku odmítala spolupracovat, postupem času se do spolupráce zapojila. Velkou oporou pro pacientku byla její rodina, zejména manžel, který má v plánu si ji co nejdříve vzít zpátky domů, již nyní probíhají pravidelná dovolenky a celodenní vycházky, které pacientka zvládá velmi dobře.

### **3.7 Doporučení pro praxi**

Na základě získaných poznatků ze studia odborné literatury uvádím některá doporučení vhodná pro všeobecné sestry, pacientku a její rodinu.

#### **Doporučení pro všeobecné sestry:**

- celoživotně se vzdělávat,
- při práci na psychiatrickém oddělení si doplnit specializaci v oboru,
- poskytovat lidem s depresí specifickou péči,
- pozorovat psychický stav včetně jeho chování a projevů,
- přistupovat empaticky a trpělivě,
- poskytnout individuální přístup a dostatek času,
- spolupracovat s rodinou a zapojit ji do péče.

#### **Doporučení pro pacienty:**

- nebát se hovořit o svých pocitech a o svém strachu,
- svěřit se se svými pocity a obavami někomu, komu důvěřuje,
- při pocitu psychických obtíží ihned kontaktovat svého psychiatra,

**Doporučení pro rodinu:**

- seznámit se se zdravotním stavem příbuzného a získat znalosti o nemoci,
- pravidelné návštěvy, zvážit možnost propustek,
- nezlehčovat pacientovo chování,
- být dostatečně trpělivý,
- komunikovat s ošetřujícím personálem a ošetřujícím lékařem.

## ZÁVĚR

Práce na gerontopsychiatrickém oddělení je velmi náročná fyzicky, ale i psychicky, má svá specifika, kdy všeobecná sestra musí vědět, jak k jednotlivým pacientům přistupovat. U syndromu deprese je nutné k pacientům přistupovat opatrně, empaticky a velmi pomalu, zejména u strašících lidí je tato nemoc velmi častá, má různé projevy a proto velmi často bývá veřejností bagatelizována.

Z toho důvodu bylo za cíl práce vybráno téma ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí. Dvěma cíli práce bylo sepsat poznatky týkající se problematiky gerontologie a depresivní poruchy u starších lidí a sepsat případ konkrétního jedince s depresivním syndromem. V teoretické části je popsána gerontologie, její historie a vyšetření geriatrického pacienta, dále se práce zabývá depresí, jejími projevy a léčbou, samostatná kapitola je věnována specifickým ošetrovatelské péče o pacienty trpící depresí. Praktická část je věnována ošetrovatelskému procesu konkrétního jedince, byly popsány problémy pacientky, uvedeny a rozpracovány ošetrovatelské diagnózy. Bylo stanoveno 9 aktuálních diagnóz a 3 potenciální diagnózy, jako nejaktuálnější byly určeny: úzkost, deficit sebepéče při koupání, deficit sebepéče při oblékání, nevyvážená výživa a nespavost. U každé z nich byly stanoveny cíle, naplánovány ošetrovatelské intervence a následně provedeno zhodnocení, které probíhalo po sedmi dnech. Většina cílů byla splněna pouze částečně, i nadále se pokračuje v intervencích, aby se docílilo úplného splnění. Cíle práce považujeme za splněné.

Součástí práce je i doporučení pro praxi, které je určeno všeobecným sestram, rodinným příslušníkům a pacientům.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BECK, A. T. and B. A. ALFORD, 2009. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania. ISBN 978-0-8122-1964-7.
- ČELEDOVÁ, L. a kol., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČEŠKOVÁ, E., 2011. Léčba deprese ve stáří. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Červenec 2011, roč. 12, č. 3 [cit. 2018-04-03]. ISSN 1803-5272. Dostupný z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/04.pdf>
- ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ a Z. KALVACH, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.
- HOLMEROVÁ, I. a kol., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- JIRÁK, R., 2010. Specifika farmakoterapie v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Březen 2010, roč. 11, č. 2 [cit. 2018-03-05]. ISSN 1803-5272. Dostupný z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-2010020003\\_Specifika\\_farmakoterapie\\_v\\_gerontopsychiatrii.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-2010020003_Specifika_farmakoterapie_v_gerontopsychiatrii.php)
- JIRÁK, R. a kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7262-873-5.
- KALVACH, Z. a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOTRADYOVÁ, K., 2016. The psychosocial aspects of the genesis of depression in old age and the possibilities of using group psychotherapy. *Kontakt* [online]. Červenec

2016, roč. 18, č. 3 [cit. 2018-03-04]. ISSN 1804-7122. Dostupný z:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411716300186?via%3Dihub>

KUBÍNEK, R. a V. PIDRMAN, 2008. Deprese seniorů. *Interní medicína pro praxi* [online]. Duben 2008, roč. 10, č. 1 [cit. 2018-03-04]. ISSN 1803-5256. Dostupný z:  
<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2008/01/08.pdf>

LÁTALOVÁ, K., 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3125-4.

LUŽNÝ, J., 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.

NANDA INTERNATIONAL, 2017. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Páté vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-00-9.

NEDLEY, N., 2011. *Život bez deprese*. Praha: Advent-Orion. ISBN 978-80-7172-023-2.

PETR, T. a E. MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

POKORNÁ, A. a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

PRAŠKO, J. a kol., 2012. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7262-656-4.

RABOCH, J. a J. LAŇKOVÁ, 2008. *Deprese, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. ISBN 978-80-86998-22-0.

RABOCH, J. a kol., 2015. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.

SCHULER, M. a P. OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

TOMÁŠ, P., a E. MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

# PŘÍLOHY

Příloha A – Test Barthelové – základní všední činnosti .....	I
Příloha B – Nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku .....	III
Příloha C – Geriatrická škála deprese dle Yasevage .....	V
Příloha D – Test kognitivních funkcí - MMSE.....	VII
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	V
Příloha F – Rešeršní protokol .....	X

Příloha A – Test Barthelové – základní všední činnosti (ADL)

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	Samostatně S pomocí Neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	Plně inkontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	Plně inkontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	Samostatně bez pomoci S malou pomocí Vydrží sedět Neprovede	15 10 5 0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 m S pomocí 50 m Na vozíku 50 m Neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10

		S pomocí neprovede	5 0
<b>Celkem:</b>			

Hodnocení:

0 – 40 bodů: vysoce závislý

45 – 60 bodů: závislost středního stupně

65 – 95 bodů: lehká závislost

95 – 100 bodů: nezávislý

(Pokorná a kol, 2013, str.164-165)

Příloha B – Nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku

<b>Činnost, faktor</b>	<b>Hodnocení</b>	<b>Body</b>
<b>Nelze-li pacienta změřit a zvážit</b>	ano	2
	ne	0
<b>Nelze-li od pacienta získat informace</b>	ano	2
	ne	0
<b>Věk</b>	do 65. let	0
	nad 65 let	1
<b>BMI</b>	20 – 35	0
	18 – 20, nad 35	1
	Pod 18	2
<b>Ztráta hmotnosti</b>	žádná	0
	více než 3 kg za 3 měsíce	1
	více než 6 kg za 3 měsíce	2
<b>Jídlo za poslední 3 týdny</b>	beze změn v množství	0
	poloviční porce	1
	jí občas nebo nejlí	2
<b>Projevy nemoci</b>	žádné	0
	bolesti břicha, nechutenství	1
	zvracení, průjem nad 6/denně	2

<b>Faktor stresu</b>	žádný	0
	střední	1
	vysoký	2

Celkové hodnocení:

0 – 3 bez rizika (bez nutnosti zvláštní intervence)

4 – 7 riziko vzniku malnutrice (nutné vyšetření nutričním terapeutem)

8 – 11 malnutrice

(Pokorná a kol., str.161)



Příloha C – Geriatrická škála deprese dle Yasevage

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?

ANO – 0 / NE – 1

2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy – stejné jako dříve nebo jste většiny z nich zanechal/a?

STEJNÉ – 0 / ZANECHAL/A–1

3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?

ANO – 1 / NE – 0

4. Často se nudíte?

ANO – 1 / NE – 0

5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná?

DOBRÁ – 0 / ŠPATNÁ – 1

6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?

ANO – 1 / NE – 0

7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á?

ŠŤASTNÝ/Á–0 / NEŠŤASTNÝ/Á–1

8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?

ANO - 1 / NE – 0

9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?

DOMA - 1 / SPOLEČNOST – 0

10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?

ANO - 1 / NE – 0

11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?

ANO - 0 / NE – 1

12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi?

ANO, mívám ten pocit - 1 / NE – 0

13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?

ANO - 0 / NE – 1

14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?

ANO, myslím si to - 1 / NE – 0

15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?

ANO, myslím si to - 1 / NE – 0

Hodnocení:

0-7 bodů odpovídá normě

8-12 bodů mírná deprese

13-15 bodů těžká deprese

(Schuler, Oster, 2009, str.89)

### **1. ORIENTACE – odpověď do 10 s**

Které je roční období?

Který máme nyní rok?

Kolikátého je dnes?

Který den v týdnu je dnes?

Který je měsíc?

Ve kterém jsme městě?

Ve kterém jsme okrese (kraji)?

V jaké jsme zemi?

Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?

V kolikátém jsme poschodí?

### **2. ZAPAMATOVÁNÍ**

“Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval.

Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám.”

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

“A nyní prosím tato slova opakujte.”

### **3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

“Nyní odečtěte od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.”

93 86 79 72 65 (... ..)

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: “Hláskujte pozpátku slovo POKRM.”

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5 (... ..)

### **4. VYBAVOVÁNÍ**

“A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal.” Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

### **5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU**

“Co je to?” (ukážte hodinky)

“Co je to?” (ukážte tužku)

### **6. OPAKOVÁNÍ**

“Opakujte! “První pražská paroplavba.” (...)

### **7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ**

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem."

1. stupeň – uchopení papíru do pravice (...)
2. stupeň – přeložení papíru na polovinu (...)
3. stupeň – položení papíru na zem (...)

## **8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU**

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

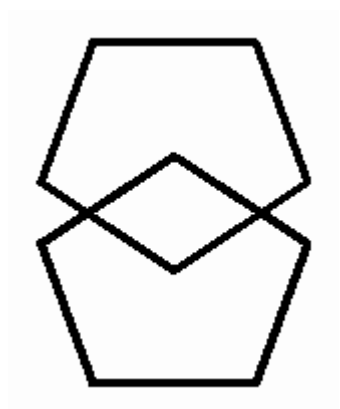
## **9. PSANÍ**

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: "Napište libovolnou větu."

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

## **10. OBKRESLOVÁNÍ**

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej, aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být, ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



## **HODNOCENÍ**

Maximální počet je 30 bodů. Za každý správně provedený úkol se přičítá 1 bod.

- |            |  |
|------------|--|
| 27–30 bodů | normální stav  |
| 25–26 bodů | hraniční nález, možnost demence                              |
| 10–24 bodů | patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně |

6 bodů demence středního až těžkého stupně

6 a méně bodů demence těžkého stupně

(Pokorná a kol., 2013, str. 143)

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí 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

## PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

**Jméno:** Šárka Pazderníková

**Název práce:** Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s depresí

**Jazykové vymezení:**

čeština, slovenština, angličtina

**Klíčová slova:**

geriatrie, gerontologie, deprese, geriatrics, gerontology, depression

**Časové vymezení:**

2008-2018

**Počet záznamů:** 46 (knihy: 10; články, kapitoly: 36)

**Použitý citační styl:** bibliografický záznam v portálu MEDVIK,

**Zdroje:** katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)) a databáze BMČ