

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Lucie PAULUSOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Depresivita seniorů v zařízeních dlouhodobé péče

Bc. Lucie Paulusová

Diplomová práce

2010

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie PAULUSOVÁ, DiS.**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Depresivita seniorů v zařízeních dlouhodobé péče**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium soudobých poznatků a novinek v oblasti gerontologie a depresivity, získání a studium literatury o gerontologii, depresi, léčebných dlouhodobé péče.
2. Stanovení předpokladů, cílů a plánu výzkumu.
3. Charakteristika vybraných oblastí o poruchách nálady a gerontologii.
4. Sestavení dotazníku a způsobu vyhodnocení.
5. Vlastní provedení výzkumu - vyplnění dotazníků respondenty.
6. Zhodnocení výsledku výzkumu.
7. Závěrečné zhodnocení a posouzení stanovených předpokladů a cílů.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucí
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. PRAŠKO, J. Deprese a jak ji zvládat : stop zoufalství a beznaději. 2. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-501-1.
2. MÁTL, O. Kvalita péče o seniory : řízení kvality dlouhodobé péče v ČR : [výstupy z aplikovaného výzkumu]. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
3. JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
4. HOLMEROVÁ, I. Vybrané kapitoly z gerontologie. 2. dopl. vyd. Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.
5. ŠLAISOVÁ, I.; HOSÁK, L.; MICHÁLKOVÁ, V. Ošetřovatelství v psychiatrii : pro bakalářské studium. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2004. ISBN 80-86225-51-8.
6. VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. 2. vyd. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3.
7. KALVACH, Z. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.


Vedoucí diplomové práce: MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2009

Termín odevzdání diplomové práce: 30. dubna 2010


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

SOUHRN

Předkládaná diplomová práce se ve své teoretické části zabývá problematikou depresivity seniorů se zaměřením na příčiny, příznaky, výskyt, diagnostiku a léčbu deprese a problematikou léčení dlouhodobě nemocných. Hlavním motivem výzkumu je pak zjištění příčin depresivity u seniorů v zařízeních dlouhodobé péče, její výskyt, zjistit přístup zdravotnického personálu.

KLÍČOVÁ SLOVA

deprese; senioři; léčebny dlouhodobě nemocných; zdravotnické služby

TITLE

Depression of seniors in long term health care resorts.

ABSTRACT

Presented Diploma thesis deals in its theoretical part with problems of depressivity of seniors focusing on causes, symptoms, occurrence, diagnostics and treatment of depression and problems of long term health care resorts. The main research motive creates finding causes of depressivity of seniors during their treatment stay in long term care health resorts, occurrence of depression and knowledge of medical staff approach way.

KEYWORDS

depression; seniors; long term health care resorts; medical services

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce paní MUDr. Boženě Juraškové, Ph.D. za velmi cenné rady, zájem a čas, který mi věnovala.

Také chci poděkovat všem respondentům, kteří s trpělivostí odpovídali na mé dotazy, všem pracovníkům zdravotnických zařízení, kde výzkum probíhal a kde se mi všichni snažili vyjít vstříc.

V neposlední řadě patří moje poděkování mé rodině, blízkým, přátelům a především mému manželovi za podporu a velkou trpělivost.

Citáty

Indická přísloví:

Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno. (1)



John Lennon:

Jsem něžný, jsem krutý, ale jsem život. Pláčeš? I v slzách je síla. Tak jdi a žij. (2)

Obsah	
I. ÚVOD	10
II. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Pojetí geriatrického pacienta	12
2. Možnosti péče o seniora	14
2.1 Rozdělení zdravotních služeb	14
2.1.1 Léčebny dlouhodobě nemocných	16
3. Nejčastější příčiny onemocnění	19
4. Deprese	20
4.1 Dělení	20
4.2 Etiopatogeneza deprese	22
4.3 Epidemiologie	22
4.4 Rizikové a predisponující faktory deprese u seniorů	23
4.5 Klinický obraz deprese	23
4.5.1 Jednotlivé klinické obrazy deprese u seniorů	24
4.6 Diagnostika	25
4.7 Diferenciální diagnóza	26
4.8 Léčba	27
4.8.1 Farmakologická	27
4.8.2 Nefarmakologická	28
4.9 Důsledky deprese	30
III. VÝZKUMNÁ ČÁST	31
5. Výzkumné otázky	31
6. Metodika výzkumu	32
7. Prostředí výzkumu	34
8. Prezentace výsledků	35
8.1 Zkoumaný vzorek	35
8.2 Výsledky	39
9. Diskuze	68
IV. ZÁVĚRY	70
V. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	72
V. SEZNAMY	75



VI. PŘÍLOHY78



I. ÚVOD

Deprese je závažné onemocnění, které je zátěží nejen pro nemocného, ale také pro jeho rodinu a blízké. Narušuje běžné životní funkce člověka a často zhoršuje současná tělesná onemocnění. Socioekonomické důsledky jsou dalekosáhlé a nejsou ještě ani dostatečně známy. Na rozdíl od většiny dalších neuropsychiatrických onemocnění vyššího věku je deprese dobře léčitelná a lze ji i do jisté míry předcházet. Zahraniční studie uvádí prevalenci depresivní fáze v populaci nad 65 let 1,4 % u žen a 0,4 % u mužů. (3) Tato čísla, však odpovídají plně vyjádřené depresi. Pokud však vezmeme populaci vyššího věku, která má některé z depresivních příznaků, dostaneme se na číslo 15 – 20 %. I když tyto lidé nesplňují kritéria pro diagnózu depresivní poruchy, uvedené symptomy zjevně narušují jejich běžný život. Pravidelně sledovaní senioři praktickými lékaři mají ve 20 – 40 % signifikantní depresivní symptomy, asi 1/3 z nich má zcela jasnou depresivní fázi. U seniorů hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných je výskyt deprese kolem 45 %. (3)

Depresivita u seniorů je velmi častý problém a vzhledem k tomu, že má komplexní a často komplikovanou etiologii a také často odlišnou symptomatologii než deprese nižšího věku, je diagnostika a léčba ne vždy přesná a snadná. Depresivita provází mnoho somatických onemocnění a vyžaduje si naši pozornost a zásah, neboť se jedná o život ohrožující onemocnění. Správná léčba deprese u seniorů má za následek zlepšení kvality života nejen nemocných, ale i jejich rodiny a blízkých, snižuje celkovou nemocnost a zmenšuje riziko suicidia.(3, 4)

Cílem práce je zjistit nejen výskyt depresivity ve třech zařízeních pro dlouhodobě nemocné, ale také zmapovat příčiny deprese ve stáří u polymorbidních gerontologických pacientů. Z výzkumu se chci dozvědět, jak je to s přístupem ošetřovatelského personálu, lékařů, jak se u člověka v léčebně dlouhodobě nemocných změní nálada. Přístup ošetřovatelského personálu nepochybně ovlivňuje náladu pacienta a bezesporu může velice pozitivně, ale bohužel negativně ovlivnit celý terapeutický proces. Je však otázkou, co vše může vlastně ovlivnit negativismus pacienta, jeho pasivitu, depresivitu.



CÍL PRÁCE A VÝZKUMU

Diplomová práce se zabývá problematikou depresivity seniorů v zařízeních dlouhodobé péče se zaměřením na příčiny, příznaky, výskyt, diagnostiku a formy ovlivnění. Cílem práce je poukázat na aktuální situaci v oblasti hospitalizovaných geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Cílem výzkumu bylo:

1. Zjistit výskyt deprese u seniorů hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných.
2. Zjistit jaké jsou nejčastější příčiny deprese u těchto pacientů.
3. Ozřejmit přístup zdravotnického personálu v těchto zařízeních a jeho vliv na náladu pacientů.
4. Zjistit zda ovdovění má vliv na depresivitu?
5. Zjistit, zda příznaky deprese vznikly v době hospitalizace či byly přítomny již před hospitalizací.



II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Pojetí geriatrického pacienta

Jak dnes slyšíme ze všech stran, česká populace stárne, dochází k nárůstu stárnoucí populace. Poprvé od 1. světové války byl zaznamenán větší počet zemřelých než narozených v r. 1994. Od té doby v ČR obyvatelstvo ubývá. V populaci narůstá počet seniorů a zvyšuje se průměrný věk obyvatelstva. Od roku 1991 – 2002 se snížil počet dětí ve věku 0-14 let z 2,12 milionů dětí ke konci roku 1991 na 1,59 milionů ke konci roku 2002. Podíl dětí na celkovém počtu obyvatelstva se snížil z 20,6 na 15,6%. Podíl seniorů se zvýšil o 8%, průměrný věk vzrostl o 3 roky. (5, 6)

Život člověka se prodlužuje, medicína je již na takové úrovni, že dokáže vyléčit nemoci, které byly v minulosti neléčitelné. Střední délka života byla v roce 1991 u mužů 68,2 let, u žen 75,7 let. V roce 2002 však u mužů stoupla na 72,0 let a u žen na 78,5 let. Prodloužila se o 3-4 roky. Významný podíl má pokles kojenecké úmrtnosti a úmrtnosti ve věku nad 60 let. Nezanedbatelný podíl je i v poklesu úmrtnosti ve středním věku (hlavně starších 40 let). (5, 6)

Geriatrickí pacienti jsou lidé vyššího věku (formálně nad 65 let, prakticky nad 75 let), u kterých involuční a chorobné změny (obvykle polymorbidita) významně ovlivnily funkční stav, adaptabilitu, regulační schopnosti, toleranci k zátěži.

Senioři mohou být členěni do tří skupin: dle funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotnických služeb.

První skupinu tvoří jedinci s výbornou výkonností, kteří se ve zdravotnických diagnostických a terapeutických postupech nemusí lišit od postupů pro mladší jedince. Je to skupina tzv. **zdatných seniorů**, která nepotřebuje geriatrickou péči, ale měla by být edukována, podrobována preventivním prohlídkám.

Druhou skupinou jsou nezávislí senioři, kteří nepotřebují za normálních okolností dispenzarizaci ani žádnou pečovatelskou či ošetrovatelskou službu.

Dochází u nich k přechodnému zhoršení jejich kondice vlivem zátěže v podobě operace, infektu, závažného onemocnění

Senioři křehcí jsou jedinci s chronickým rizikem pádů, zhoršením kognitivních schopností (mírný až střední stupeň demence), psychickou labilitou- depresí, s nestabilním stavem při onemocnění kardiovaskulárního aparátu, arytmiemi, kteří potřebují dispenzarizaci. Tito pacienti zpravidla využívají spolu se zdravotnickými službami i služby sociální, domácí péči apod.



Senioři závislí a zcela závislí vyžadují pravidelný dohled, jsou v daném prostředí nesoběstační, nezvládají sebeobslužné bazální aktivity denního života, často jsou upoutáni na lůžko a jsou ohroženi imobilizačním syndromem. Patří sem i nemocní se střední až těžkou formou syndromu demence. Obvykle vyžadují intenzivní rodinnou péči s podporou domácí ošetrovatelské péče a respitních služeb, nebo dlouhodobou péči ústavní napojení na nouzovou signalizaci. (7)



2. Možnosti péče o seniora

V České republice je 80 % péče o nesoběstačné osoby vyššího věku zabezpečována rodinou. Průměrná doba pečování je 4-5 let. Ženy v produktivním věku jsou nejvíce pečujícími.(8)

Zdravotní péče o seniory může probíhat v nemocničním zařízení, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v domech s pečovatelskou službou, domovech důchodců, rodinném prostředí.

Funkční systém jednotlivých na sebe navazujících typů péče je tzv. enabling model. Při zhoršení zdravotního stavu seniora je velmi důležité co nejrychleji a intenzivně zasáhnout – důležitá je včasná diagnostika, šetrná, ale intenzivní terapie se snahou navrátit nemocného do domácího prostředí ve stavu kompenzace a soběstačnosti. Jedná se o akutní hospitalizaci na tzv. „nejdražším lůžku“ a dobou pobytu do tří týdnů. (9)

Intenzivní doléčení a rehabilitaci na tzv. „středně drahém lůžku“ podstupují pacienti, kteří nejsou schopni po zvládnutí akutní fáze nemoci návratu do původního prostředí. Maximální doba pobytu je 3 měsíce.

Někteří pacienti i přes veškerou terapii a rehabilitaci nejsou schopni pro sníženou soběstačnost vrátit se domů, jejich stav vyžaduje kvalifikovanou nepřetržitou ošetrovatelskou péči, tj. tzv. „levné lůžko“, kde se doba prodlužuje i na několik let. (9)

2.1 Rozdělení zdravotních služeb

Geriatrická ambulance je ambulancí nemocničního geriatrického oddělení a tvoří základnu geriatrického týmu pro konziliární složky u pacientů hospitalizovaných i ambulantních. Zásahy geriatrického týmu představují novou a účelnou metodu práce ambulance.

Geriatrický tým se skládá z lékařů se specializací v oboru geriatrie, všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo s odbornou způsobilostí po absolvování certifikovaného kurzu zaměřeného na péči o geriatrického pacienta nebo starého člověka, zdravotnického asistenta, ošetrovatelky, sanitáře, fyzioterapeuta, sociálního pracovníka, popřípadě z ergoterapeuta, nutričního terapeuta, psychologa.

Geriatrický stacionář rozšiřuje nemocniční geriatrické ambulance či ambulance při zařízení následné geriatrické péče, slouží k zajištění technicky a organizačně náročnějších či mnohočetných diagnostických či terapeutických výkonů geriatrických pacientů a zároveň umožňuje, aby jim byl poskytnut specifický geriatrický režim. (9, 10)



Nemocniční geriatrické oddělení se zřizuje v nemocnicích okresního a vyššího typu. Relace minimálně 0,2 lůžka/1000 obyvatel spádového území. Obstarává lůžkovou péči o geriatrické pacienty profitující z geriatrického režimu a stylu práce včetně modifikace vyšetřovacích a léčebných postupů. Základním úkolem je co nejúčelnější zvládnutí dekompenzací zdravotního a funkčního stavu u křehkých, multimorbidních geriatrických pacientů vysoce ohrožených komplikacemi a nepříznivou prognózou včetně ztráty soběstačnosti. (9, 10)

Zařízení následné geriatrické péče poskytuje péči pacientovi, u kterého byla stanovena diagnóza a stabilizoval se jeho zdravotní stav, zvládla se náhlá nemoc nebo došlo ke zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení.

Cílem je obnova soběstačnosti či ústup závislosti s propuštěním do domácího prostředí. Toto oddělení slouží k doléčení a rehabilitaci.

Zařízení dlouhodobé geriatrické péče umožňuje péči pacientům, které není možné ani po třech měsících hospitalizace v zařízení geriatrické následné péče propustit.

Hospic je zařízení paliativní péče, která je poskytovaná klientům trpícím nevléčitelnými nemocemi, kteří jsou v terminálním stádiu onemocnění. Péče slouží nejen klientovi samotnému, ale také jeho rodině. (9, 10)

Tabulka č. 1 uvádí lůžka následné péče dle druhu zařízení k 31. 12. 2008 dle ÚZIS.

Tab. 1 Lůžka ošetrovatelské následné péče

Území, kraj	Nemocnice celkem	v tom			Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Ostatní odborné léčebné ústavy	Celkem
		fakultní nemocnice	ostatní nemocnice akutní péče	nemocnice následné péče				
Lůžka ošetrovatelská - absolutně								
Hl.m.Praha	838	54	347	437	1 009	25	-	1 872
Středočeský	915	-	531	384	884	45	-	1 844
Jihočeský	380	-	300	80	415	30	-	825
Plzeňský	302	-	202	100	380	28	-	710
Karlovarský	219	-	219	-	453	-	-	672
Ústecký	843	-	247	596	477	41	-	1 361
Liberecký	426	-	426	-	59	-	-	485
Královéhradecký	318	18	300	-	458	30	-	806
Pardubický	578	-	248	330	186	-	90	854
Vysočina	233	-	233	-	505	-	-	738
Jihomoravský	904	200	540	164	363	65	-	1 332
Olomoucký	132	-	80	52	542	30	73	777
Zlínský	328	-	123	205	419	42	-	789
Moravskoslezský	340	-	340	-	1 044	30	-	1 414
Česká republika	6 756	272	4 136	2 348	7 194	366	163	14 479



2.1.1 Léčebny dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou významnými poskytovateli dlouhodobé ústavní zdravotnické péče. Pojmenování LDN pochází z roku 1974. Původní název zněl interní oddělení 2. typu. Jsou to specializovaná lůžková oddělení. Slouží zejména k léčbě starých a dlouhodobě nemocných. Většinou se jedná o osoby nesoběstačné, u některých nemocných je přítomna též psychická alterace.

Dlouhodobá ústavní péče může být velmi dobrým řešením v řadě životních situací, ale nese s sebou velké nároky na adaptaci klienta a může mít také své negativní důsledky. Jedná se zejména o ztrátu autonomie, společenské role, životní perspektivy. (11)

Zátěž je dána hlavně:

- změnou prostředí
- novými neznámými prostory
- narušením mezilidských vazeb
- ohrožením autonomie, ztrátou soukromí
- změnou sebehodnocení
- omezením kontaktů s okolním světem
- nevhodným chováním personálu či spolupacientů (11)

U křehkých a závislých klientů je nutné v dlouhodobé péči uplatňovat komplexní týmovou péči s dobrou koordinací a aktivním přístupem každého účastníka péče. Křehcí a závislí staří lidé totiž často nedokáží včas signalizovat své potřeby. Neopomenutelnou součástí pečujícího týmu je taktéž rodina nemocného, se kterou mají být zdravotníci schopni úzce spolupracovat. Rodinu je možné například aktivně zapojit i do rehabilitace během návštěvy na LDN. Pro zkvalitnění péče se využívají antidekubitární lůžka, upravují se koupelny, monitoruje se pohyb pacienta, zabezpečují se „bloudící“ pacienti se syndromem demence. To vše může přispět ke zvýšení pocitu bezpečí a také komfortu klientů. Psychiku nemocných ovlivňuje i vzhled a vybavenost zařízení dlouhodobé péče. (12)

V průběhu roku 2008 bylo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné hospitalizováno 35 969 pacientů s průměrnou ošetrovací dobou 63,0 dne. Využití lůžek bylo tradičně vysoké - 316,6 dní z roku, skutečná lůžková kapacita je využívána z 88,3 %, což svědčí o trvajícím poptávce po tomto typu lůžek. Z celkového počtu 71 zařízení je 5 státních - přímo řízených



Ministerstvem zdravotnictví, 13 nestátních – spravováno kraji, 8 městem, nebo obcí a 44 zařízení je nestátních - zřizovatel je jiná právnická osoba nebo církev, jedno zařízení je zřizováno Ministerstvem obrany České republiky. Tabulka 2 zobrazuje počet hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných, kdy vidíme, že počet hospitalizovaných neustále stoupá, průměrná ošetrovací době však klesá. (ÚZIS)

Tab. 2 Léčebny pro dlouhodobě nemocné - ÚZIS

Léčebny pro dlouhodobě nemocné				
Rok	Počet hospitalizovaných	Ošetrovací dny	Využití lůžek ve dnech max. kapacity	Průměrná ošetrovací doba
1997	26 245	1 992 157	314,0	75,9
1998	28 871	1 932 184	324,7	66,9
1999	30 233	2 036 934	321,3	67,4
2000	32 390	2 171 758	326,2	67,1
2001	33 134	2 334 490	332,3	70,5
2002	34 599	2 444 926	332,7	70,7
2003	33 752	2 433 633	336,4	72,1
2004	34 850	2 373 813	332,0	68,1
2005	36 092	2 398 210	326,9	66,4
2006	36 275	2 416 312	325,7	66,6
2007	35 978	2 334 887	321,2	64,9
2008	35 969	2 264 615	316,6	63,0

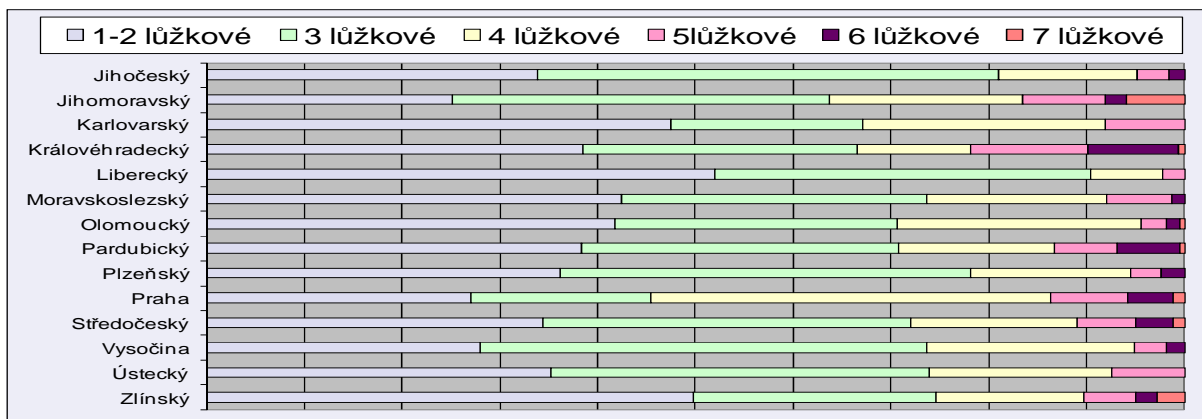
Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) udělala v červnu 2009 celoplošné kontroly ve zdravotnických zařízeních typu LDN (léčeben dlouhodobě nemocných), včetně ošetrovatelských lůžek a zařízení ošetrovatelské péče. Bez předchozího upozornění navštívili kontroloři všech 196 léčeben dlouhodobě nemocných, s nimiž má VZP smlouvu. Sledovaly se podmínky poskytování péče ve vztahu k obecným dispozicím pro daný typ zdravotní péče, ubytovací standard zařízení, bezbariérové přístupy, osobní výtahy, 24hodinová dostupnost odborné lékařské péče, laboratorní vyšetření při zhoršení zdravotního stavu apod.

V léčebnách se oproti předchozím kontrolám obecně výrazně zlepšila kvalita zdravotnické, zejména ošetrovatelské dokumentace; vážnější a pravidelné nedostatky se objevily u deseti procent léčeben. Naprostá většina zařízení poskytuje zdravotní péči ve velmi dobré kvalitě, včetně ubytovacích podmínek (počty lůžek na pokojích, vybavením



polohovacími lůžky, dispozicemi pro léčebnou rehabilitaci, osobními výtahy, bezbariérovými přístupy, atd.), s příslušně kvalifikovaným personálem.

Jak popisuje graf č. 1, je celkem 36 procent pacientů LDN ubytováno v jednolůžkových až dvoulůžkových pokojích, dalších 34 procent pacientů je umístěno v třílůžkových pokojích. Ve čtyřlůžkových pokojích je hospitalizováno 20 procent klientů léčeben; zbývajících 10 procent jejich pacientů je umístěno v pokojích s více lůžky. (13)



Graf 1 Lůžka v LDN

(13)



3. Nejčastější příčiny onemocnění

Nejčastější příčiny onemocnění u seniorů jsou dehydratace, nadměrné užívání léků, nedostatečná výživa a depresivní stavy.

Dehydratace může být podmíněná příčinou věkem, vyskytuje pocit žízně, strach z většího přísunu tekutin, z inkontinence, snížené mobility. Příčinou také může být polypragmazie, intoxikace, deprese, snížení psychomotorického tempa, poruchy koncentrace. Důsledkem dehydratace je možná vznik infekce močových cest, chronické zácpy, subileosní až ileosní stavy, intoxikace léky, cévní mozková příhoda, embolie plicní, bronchopneumonie a jiné.

Nadměrné užívání léků neboli polypragmazie je u seniorů velmi častá, neboť ve vyšším věku se vyskytuje polymorbidita a nemocní mají ordinováno více léků najednou. Hrozí nadužívání, vyšší riziko výskytu nežádoucí interakce. Při medikaci se musí myslet především na nežádoucí účinky léků a na jejich interakce. U seniorů je vhodné, všechny léky jim sepsat na papírek, kde bude název a dávkování a vložit jej např. do peněženky, aby ho měli vždy „po ruce“ až se nějaký lékař, který nemá veškerou jejich dokumentaci, zeptá: co užíváte za léky? (5)

Nedostatečná výživa má také různé příčiny např. pacient necítí stravu v ústech, špatně kouše, drží stravu v ústech, zapomíná polykat, kašle, fouká do jídla, trpí poruchou polykání. Důsledkem pak může vzniknout postižení imunitního, kardiovaskulárního, plicního nebo gastrointestinálního systému, k poruchám hojení ran atd.

Ve stáří mají klinické choroby atypický klinický obraz, často je také přítomný odlišný klinický průběh s modifikovanou prognózou, jsou zde také specificky geriatrické komplikace jako delirantní stavy, rychlý rozvoj imobilizačního systému, odlišná je i strategie léčby. U geriatrických pacientů bývá častá mikrosymptomatologie a oligosymptomatologie, což znamená, že jsou některé příznaky buď nenápadné, málo vyjádřené či chybí úplně. Důvodem může být například vliv léků, anergie organismu jako důsledek involučních změn a malnutrice. Závažné změny jsou třeba nenápadnost či chybění bolesti, zvláště viscerální (tiché ischemie myokardu), dále afebrilní či subfebrilní průběh zánětlivých onemocnění, také chybění obranného svalového napětí u peritoneálního dráždění při kachexii a svalové atrofii a další. (5)

Deprese u seniorů je velmi častý problém, především stoupá výskyt deprese u hospitalizovaných seniorů a v zařízeních dlouhodobé péče. V důsledku deprese také stoupá u seniorů riziko suicidálních pokusů. (6) Depresivita bude více rozebrána v následující kapitole.



4. Deprese

„Afektivní poruchy patří mezi nejdříve rozpoznané stavy v psychiatrii. Základní psychopatologickou poruchou těchto onemocnění je patologická nálada. Onemocnění se projevuje ve fázích, může se střídat syndrom depresivní a manický, nebo se opakují jenom fáze depresivní. Neléčené fáze obvykle trvají 4-6 měsíců, některé mohou trvat jen několik dnů. Změnu nálady doprovází změna celkové aktivity, přítomna je také symptomatika somatovegetativní, která někdy může v klinickém obrazu dominovat.“ (14, s. 248)

„Slovo deprese je latinského původu. Pochází ze slovesa septimo, deprimero, depresi či depressus a znamená stlačiti nebo také stisknout, stísnit, oslabit, deprimovat. Deprimovaný značí: postižený krizí, zbídačelý, propadlý něčemu. Deprese sama pak znamená: pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, netečnost, otupělost, lhostejnost atd. Z cizích termínů se užívá: melancholie, letargie, apatie, indolence, malaise či dystymie.“ (15, s. 22)

4.1 Dělení

Depresivní fáze rozdělujeme na mírnou, středně těžkou, těžkou fázi bez psychotických příznaků a s psychotickými příznaky.

Mírná depresivní fáze se léčí ambulantně, člověka nic netěší, do všeho se musí nutit. Středně těžká depresivní fáze se léčí buď ambulantně či hospitalizací, člověk je nešťastný. Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků se vyznačuje tím, že se člověk nedokáže postarat ani sám o sebe. K těžké depresivní fázi s psychotickými příznaky se přidávají bludy. Rekurentní depresivní porucha je typické střídání depresivní epizody a období remise (odeznění příznaků). Pro rekurentní krátkou depresivní poruchu platí to samé jako pro rekurentní depresivní poruchu, ale epizoda trvá méně než dva týdny. Dystymie trvá minimálně dva roky a projevuje se skleslostí, neschopností radovat se, únavou, poruchami spánku, morozitou (brbláním) a zabýváním se vlastní nešťastnou situací. Týká se asi 3% lidí. Léčí se podobně jako depresivní porucha. (16,17,18,19)



Další členění deprese:

- endogenní - endogenní ("vnitřní") deprese vzniká bez vnějších příčin - je důsledkem nevyváženého chemického prostředí v mozku. Jde o "pravou" depresi a léčí se pomocí antidepresiv
- reaktivní - příčinou jsou určité události v prostředí člověka - nahromaděné starosti, ztráta blízkého člověka, velké změny apod. V myšlenkách se dotýčný k této krizové události stále vrací a nedaří se mu s ní vyrovnat. V léčbě je velký prostor pro psychoterapii a úpravu životního stylu
- symptomatická - je až důsledkem něčeho jiného - například otravy, epilepsie, nádorů nebo demence. Je třeba nejprve léčit primární příčinu.
- larvovaná deprese - projevuje se jen na tělesné úrovni - např. zažívacími obtížemi, bolestmi zad, závratěmi apod. Není biologický podklad, protože příčina je v psychice. Potíže zmizí po nasazení antidepresiv.
- sezónní deprese - útlum nálady, zpravidla v podzimních měsících (ale může se objevit i na jaře). Podzimní nebo zimní deprese se léčí pomocí fototerapie. Při fototerapii se člověk vystaví intenzivnímu světlu. Sezení je třeba opakovat, probíhá ráno a trvá vždy kolem 10 minut.
- poporodní deprese - stav nastupující druhý až třetí den po porodu. Čerstvou matku přepadá stísněnost, plačtivost, zmatek z toho, co vlastně k dítěti cítí a pochybnosti, zda mu dokáže být dobrou matkou. Tento "blues" většinou odezní spontánně a relativně rychle a je důsledkem prudkých hormonálních změn v těle ženy po porodu a s nástupem laktace. "Pravá" poporodní deprese se objevuje po dvou týdnech až půl roce po porodu a je to závažný stav provázený úzkostí, smutkem, únavou a často neschopností postarat se o dítě a sebe. Vzácně se objevuje psychotický stav matky (přítomnost bludů a halucinací), který vyžaduje hospitalizaci, neboť v ohrožení je v krajním případě její život i život dítěte.
- deprese v menopauze - vyskytuje se u žen během menopauzy (přechodu) a lze ovlivnit hormonální substitucí. Účinná je i psychoterapie, protože kromě biologické roviny zde hrají důležitou roli i psychologické a společenské faktory - je to doba, kdy se osamostatňují děti, ohlašuje se stárnutí a vtírá se pocit, že co člověk do té doby nezvládl, už bude těžko dohánět. (16,17,18,19)



4.2 Etiopatogeneza deprese

Psychodynamická teorie praví, že důležitý je první rok života dítěte a matčina citlivost k jeho potřebám. Při nedostatečném uspokojování potřeb dítěte dochází k jeho negativnímu ladění ke světu, mohou převládat pocity nejistoty a nedůvěřivosti vůči okolí. Mohou se u nich rozvíjet depresivní sklony. Vliv má také ztráta blízké osoby v dětství i v pozdějším věku. Značnou úlohu při vzniku poruch nálad hrají existenční faktory jako je např. ztráta zaměstnání, ztráta určitého sociálního postavení, vážná nemoc.

Biogenní teorie uvádí, že poruchy nálady jsou doprovázeny biochemickými změnami v organizmu. Význam mají hladiny dopaminu, noradrenalinu a serotoninu. Při vzniku deprese je hlavním faktorem nedostatečné množství noradrenalinu. Roli mají genetická dispozice a konstituční typ (60 % pacientů má pyknickou stavbu těla). Vliv mohou mít také některé léky např. antihypertenziva, antimalarika (způsobují depresivní stavy) a somatické nemoci (např. snížená činnost štítné žlázy může být provázena depresí). Poruchy nálady nejčastěji vznikají mezi 20. a 35. rokem života. Většina fází vzniká spontánně. Velký význam hraje psychická traumatizace (osobní problémy, krize v rodině, v zaměstnání, ve škole ...) a somatogenní provokace (infekční nemoci, úrazy, hormonální poruchy...). Afektivní poruchy mají sezónní charakter, nejčastěji se objevují epizody mánie či deprese na jaře a na podzim. (14, 20, 21, 22)

4.3 Epidemiologie

„Deprese postihuje 7 – 15 % osob nad 65 let žijících v komunitě. Vyšší výskyt je u seniorů, kteří jsou hospitalizovaní a v dlouhodobé ošetrovatelské péči (20 – 30 %). 60 - 90 % suicidálních pokusů ve stáří je v důsledku deprese.“ (6, s. 145)

Jak jsem se již zmínila v úvodu, tak zahraniční studie uvádí prevalenci depresivní fáze v populaci nad 65 let 1,4 % u žen a 0,4 % u mužů. Tato čísla, však odpovídají plně vyjádřené depresi. Pokud však vezmeme populaci vyššího věku, která má některé z depresivních příznaků, dostaneme se na číslo 15 – 20 %. I když tyto lidé nesplňují kritéria pro diagnózu depresivní poruchy, uvedené symptomy zjevně narušují jejich běžný život. Pravidelně sledovaní senioři praktickými lékaři mají ve 20 – 40 % signifikantní depresivní symptomy, asi 1/3 z nich má zcela jasnou depresivní fázi. U seniorů hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných je výskyt deprese kolem 45 %. (3)



4.4 Rizikové a predisponující faktory deprese u seniorů

Mezi přímé faktory řadíme závažné kardiovaskulární onemocnění, zejména infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu, onkologická onemocnění. Mezi nepřímé faktory patří závažnost tělesného onemocnění, bolest, imobilita. Prakticky ve všech případech platí přímá úměra: chronické a závažné tělesné onemocnění je pro rozvoj deprese vyšším rizikem než náhlé onemocnění.¹ (3)

Do rizikových faktorů deprese u seniorů řadíme ženské pohlaví, věk nad 60 let, pozitivní psychiatrickou anamnézu, přítomnost tělesného onemocnění, chronicitu tělesného onemocnění, abúzus alkoholu a léků, bolest, sociální izolaci, neuroendokrinní změny.

Predisponující faktory jsou abúzus alkoholu a léků, poruchy osobnosti, sociální izolace, ovdovění, rozvod, neuroendokrinní změny, organické změny CNS.

Také rozvoj deprese u seniorů je ovlivněn některými faktory např. fyziologickým procesem stárnutí, poruchou výživy, patologickými orgánovými změnami, neurodegenerativními, kardiovaskulárními, endokrinními poruchami, neoplazmaty, medikací, sociálními a psychosociálními vlivy. (3)

Mezi léky s depresogenním účinkem např. patří antihypertenziva (betablokátory, thiazidy, klonidin), Digoxin, kortikoidy i jiná hormonální léčba, antiparkinsonika (L-DOPA, amantadin), nesteroidní antirevmatika (zjm. indometacin), analgetika (kodein), H₂ antagonisté, teofyliny, psychofarmaka (benzodiazepiny, některá antipsychotika I. generace, barbituráty), mnohá cytostatika. (4)

4.5 Klinický obraz deprese

Závažnými symptomy deprese jsou chorobně smutná nálada, tíseň, myšlenky na sebevraždu, smrt, pozitivní osobní anamnéza. Do skupiny dalších symptomů se řadí pokles životní energie a aktivity, zpomalené myšlení, neschopnost radovat se, člověk s depresí si nevzpomene na veselé zážitky, uzavřenost, pokles zájmů, zhoršení koncentrace, značná unavitelnost i po malé námaze, snížené sebevědomí a sebedůvěra, pocity viny a bezcennosti, pesimistický pohled do budoucnosti, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu, úzkost, maskovitý obličej. (14, 20, 21,22)

¹ Avšak zdánlivě paradoxně tento náleznepřelátí u nemocných v terminálních stádiích. Výskyt deprese bývá uváděn do 15 %, můžeme to vysvětlit uvědoměním si smrti, její akceptaci a vyrovnávání se s ní. (3)



Rozpoznání deprese bývá často nesnadné, především když se jedná o první epizodu. U seniorů jsou příznaky deprese mnohdy připisovány běžnému projevu stáří. Vzhledem k tomu, že se deprese ve vyšším věku rozvíjí v terénu již probíhajících tělesných změn, jsou některé základní příznaky méně průkazné a viditelné, jako je například porucha spánku, změny chuti k jídlu, ztráta výkonnosti aj. Z tohoto důvodu je důležité bedlivě hledat ostatní varovné příznaky. (3)

4.5.1 Jednotlivé klinické obrazy deprese u seniorů

Maskovaná deprese – nemocný udává rozličné a vzájemně nesouvisející nebo pro klinický stav nebo objektivní nález nerelevantní stesky, například potíže se stolicí, mikcí, další zažívací obtíže atd. Rekonvalescence a rehabilitace je u maskované deprese méně úspěšná ve srovnání s obdobně nemocnými pacienty obdobného věku.

Algický syndrom u deprese – pacient si stěžuje na bolesti, které neodpovídají zcela objektivnímu nálezu nebo jsou intenzivnější, než je při stávajícím nálezu obvyklé.

Deprese s hypochondrickými rysy – pacienti většinou trpí různými stesky a bolestmi, jsou přesvědčení, že je sužují závažná, život ohrožující onemocnění. Není žádné důvodné klinické podezření.

Deprese a apaticko – abulickými rysy – je velmi častá, záludná svou nenápadností. U nemocných se projevuje „jen“ ztrátou zájmu o sebe a své okolí, lidé nedbají na svůj zevnějšek, domácnost, základní potřeby. Hrozí zde závažná malnutrice. (4)

Tabulka č. 3 zobrazuje specifické symptomy deprese u seniorů.

Tab. 3 Subjektivní a objektivní příznaky

Subjektivní obtíže	Objektivní příznaky
– zaujetí tělesnými obtížemi	– somatizace
– úzkosti	– snížené sebehodnocení, výčitky
– nespavost	– nedostatek emočních reakcí
– nechutenství	– apatie, hypobulie, hypoergie
– kognitivní selhávání (subj. výraznější stížnosti než reálné)	– pokles nálady
– ztráta zájmů	– myšlenky na smrt
– pokles nálady, beznaděj	– sebepoškozování
	– obsedantní příznaky

(23)



4.6 Diagnostika

Když na depresi pomyslíme, tak je diagnostika již lehká. Nejdůležitější při diagnostikování deprese je rozhovor a pozorování.

Existují tzv. diagnostická kritéria. Je přítomen alespoň jeden z hlavních příznaků a minimálně 4 z přidružených příznaků a obtíže trvají alespoň 2 týdny. (3, 5, 24)

Hlavní příznaky:

1. depresivní nálada je jednoznačně abnormní, přítomná po většinu dne a trvá alespoň dva týdny
2. pokles zájmu nebo příjemných prožitků, aktivit, které jsou jinak běžné
3. objevuje se pokles energie, zvýšená unavitelnost

Přidružené příznaky:

4. únava nebo ztráta energie nebo snížené libido
5. porucha chuti k jídlu, signifikantní úbytek nebo příbytek hmotnosti
6. porucha spánku (insomnie nebo hypersomnie)
7. pocity viny, sebeobviňování, ztráta sebedůvěry
8. obtížná koncentrace, nerozhodnost
9. neklid nebo psychomotorické zpomalení
10. myšlenky na smrt nebo sebevraždu (3, 5, 24)

Pohovor je základním diagnostickým postupem. Díky němu zjistíme charakter a délku trvání příznaků – kdy poprvé, jaká je pracovní výkonnost, psychomotorické tempo, míra soustředění, schopnost komunikace, změny v oblasti sexuálního života, chuť k jídlu, poruchy spánku, změny hmotnosti.

Rizikové faktory v anamnéze jsou chronická stresová zátěž nebo nedávná tragická či nepříjemná událost a nedostatek sociální podpory (smrt v rodině, ztráta/změna zaměstnání, rozvod, domácí násilí apod.), předchozí výskyt depresivní epizody, výskyt depresivní nebo bipolární poruchy v rodinné anamnéze, medikace s rizikem indukce deprese.

Nejčastější vstupní obtíže depresivního pacienta jsou bolest, únava, obava z vážného onemocnění, polymorfní, hypochondrické obtíže. Při opakovaných návštěvách



pacienta v ordinaci s polymorfními nebo nespecifickými obtížemi, by měla být zvažena diagnóza deprese jako základní nemoci nebo komorbidity.

Fyzikální vyšetření by mělo být minimálně v rozsahu cíleného vyšetření zaměřeného na udávané somatické obtíže. Základní laboratorní vyšetření se zaměřuje na somatické choroby s příznaky únavy. Zajímá nás především krevní obraz, CRP nebo FW, základní biochemické vyšetření séra a moče a TSH.

Škály jsou v diagnostice velmi užívané. Jsou jednoduché, rychlé a mají dobrou výpovědní hodnotu např. škála geriatrické deprese dle Yessavage, Montgomeryho-Asbergova škála deprese, Hamiltonova škála deprese, Beckova škála deprese. (3, 5, 24) Mentální funkce seniora se v ČR nejčastěji hodnotí dle Krátké škály mentálního stavu (MMSE) a Škály deprese pro geriatrické pacienty. (6)

4.7 Diferenciální diagnóza

Důležité je rozlišení deprese a demence, často se vyskytují komorbidně. V rozlišení mohou pomoci následující vodítka:

Pacient s demencí

Začátek je plíživý, trvání je delší než šest měsíců, nálada proměnlivá, jsou přítomné poruchy orientace, v testech chybí, ale snaží se, poruchy pacient bagatelizuje, odpovědi jsou typu „těsně vedle“, výkon se horší večer.

Pacient s depresí

Začátek je relativně náhlý, trvání je menší než šest měsíců, přítomná je trvalá porucha nálady ve smyslu minus, pacient je orientovaný, v testech chybí, protože se nesnaží, poruchy zdůrazňuje, odpovědi typu „nevím“, výkon horší ráno.

Z dalších diferenciálně diagnostických možností je třeba pomýšlet na pseudoneurastenii, delíria, poruchy činnosti štítné žlázy. (25)



4.8 Léčba

Léčba deprese zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a sociální terapii, které zde přiblížím.

4.8.1 Farmakologická

Antidepresiva

Charakteristika účinku

Normalizují patologicky pokleslou náladu (depresi) a její doprovodné jevy jako nerozhodnost a psychomotorický útlum. Některá antidepresiva současně potlačují úzkost, jiná ji však naopak podněcují. (22)

Význam antidepresiv

Antidepresiva zastupují jednu z nejvýznamnějších skupin psychofarmak, neboť úspěšně léčí poruchy poměrně vysoké četnosti výskytu, kterými deprese jsou. Zjednodušeně lze říci, že antidepresiva jsou látkami, které nemocné depresí zbavují duševní trýzně a vracejí jim životní elán a ambice. (22)

Přehled přípravků

Tricyklická antidepresiva: patří mezi nejdéle používaná antidepresiva (jde o tzv. I. generaci), která svůj název odvozují ze základní chemické struktury. Tyto látky neselektivně brání zpětnému vychytávání katecholaminů a serotoninu. K lékům z této skupiny antidepresiv patří: imipramin (Melipramin), clomipramin (Hydiphen, Anafranil), desipramin (Petylyl), amitriptylin (Amitriptylin), nortriptylin (Nortriptylin), dosulepin (Prothiaden), dibenzepin (Noveril). (22)

Antidepresiva II. generace: do praxe byla uvedena později, očekávala se nižší intenzita vedlejších účinků než u tricyklických preparátů. K této skupině léků patří: maprotilin (Ludiomil), mianserin (Lerivon), viloxazin (Vivalan). (22)

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (ve zkratce: S.S.R.I.): jsou relativně novou skupinou antidepresiv (tzv. III. generací). Vyznačují se selektivním působením na serotoninový obrat, relativním minimem vedlejších účinků a nízkou toxicitou. Do skupiny patří fluvoxamin (Fevarin), fluoxetin (Prozac, Deprex), citalopram (Seropram), sertralin (Zoloft), paroxetin (Seroxat). (22)

Inhibitory monoaminoxidázy: brání odbourávání serotoninu a katecholaminů vyřazením enzymu, který je metabolizuje. Výsledkem je antidepresivní efekt, ale někdy



i nemožnost organismu tyto aminy, pokud se ve zvýšené míře uvolní do organismu, odbourat. Mezi inhibitory MAO (tzv. ireverzibilní), jenž při léčbě vyžadují z uvedeného důvodu zvláštní opatření (včetně dietních) patří tranlycypromin (Parnate). K inhibitorům MAO (tzv. reverzibilním), které zcela nezamezí možnosti metabolizovat zvýšený přísuv aminů, a které tudíž nevyžadují striktní dietní a jiná opatření při léčbě, patří moclobemid (Aurorix). (22)

Další atidepresiva: venlafaxin (Effexor, Efectin), brání zpětnému vychytávání serotoninu a noradrenalinu.

Látky jiných skupin psychofarmak s antidepresivním efektem: antidepresivní efekt je vlastní některým trankvilizérům, neuroleptikům i lékům ze skupiny tymoprofylaktiv. (22)

Z dalších léků se v léčbě deprese používají neuroleptika, hypnotika, anxiolytika, stabilizátory nálady.

Strategie léčby

Farmakologickou léčbu můžeme rozdělit do tří fází:

1. fáze – léčba akutní fáze epizody deprese (trvá obvykle 2-3 měsíce)
2. fáze – fáze pokračovací slouží k udržení stability po odeznění akutních příznaků, 6 měsíců po odeznění akutní epizody
3. fáze udržovací – dlouhodobá udržovací léčba s cílem zabránit recidivě. Trvá do jednoho roku po odeznění akutní epizody, v případě rekurentní deprese jde o celoživotní léčbu. (22)

4.8.2 Nefarmakologická

Elektrokonvulzivní terapie

Jednou ze základních léčebných metod v psychiatrii je ECT neboli tzv. elektrokonvulzivní (nesprávně laicky též „elektrošoková“) léčba. Byla objevena ve 30. letech 20. století, dávno před objevením prvních psychofarmak. Při léčbě deprese je vhodná u těžké formy, která není zvládnutelná farmaky. V současné době se elektrokonvulzivní terapie provádí v krátkodobé celkové anestézii a myorelaxaci. Dnešní přístroje aplikují elektrický proud ve velmi krátkých impulsech z elektrod přiložených nejčastěji na spánky pacienta. Tento léčebný postup je založen na opakované elektrické stimulaci mozku, proto se nejčastěji užívá v sériích 6-12 elektrokonvulzí během 3-4 týdnů, méně často je nutné k dosažení potřebného účinku použít delší sérii nebo sérii opakovat. Vlastní elektrická stimulace mozku trvá 1-2 sekundy. Mozek na tuto stimulaci reaguje



20-40 sekund trvajících změnami elektrické aktivity na membránách mozkových buněk, tím se obnovují normální fyziologické poměry mozkové činnosti. Celková doba výkonu nepřesahuje 10 minut. (19, 20, 21, 22)

Psychoterapie

Psychoterapie je zvláštní psychologická péče, která je poskytována potřebným lidem. Předmětem oboru je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které nejsou považovány za optimální. Se souhlasem klienta je snaha o změnu tohoto neoptimálního chování či jednání. Změna lze navodit prostřednictvím vědomě užitých metod – ověřených postupů psychologické povahy. Psychoterapie je využívána při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. (26)

Specifická psychoterapie

Zaměřuje se přímo na léčbu deprese. Jde o krátkodobé systematické postupy. Léčba trvá 12–16 týdnů. Provádí ji specializovaný odborník (klinický psycholog, psychiatr, praktický nebo jiný lékař) s platnou licenci. Psychoterapeutické metody podložené důkazy – interpersonální psychoterapie, kognitivně-behaviorální psychoterapie a krátká dynamická psychoterapie – jsou u většiny pacientů v akutní fázi léčby mírné a středně těžké deprese srovnatelně účinné jako farmakoterapie. (26)

Podpůrná psychoterapie

Měla by být součástí léčby každého pacienta. Provádí ji ošetřující lékař. Hlavními prostředky jsou empatie, laskavost, naslouchání, porozumění, podpora a povzbuzování, realistické cíle a informování pacienta o léčbě a očekávaném vývoji. (26)

Sociální terapie

Sociální terapie je velmi důležitá, pod tímto pojmem se skrývá okolí, zázemí kolem člověka s depresí.

Zooterapie

Zooterapie patří do skupiny alternativních terapií. Zooterapií se rozumí léčba pomocí zvířat. Patří sem doteky, hlazení, péče o zvířata, komunikace s klientem „přes“ zvíře. Ať jsou to koně, psi, kočky, různé plazi, hlodavci, ptáci, ale třeba i rybičky, nabízí uklidňující



pohled a uvolnění mysli. Zvířata jsou v běžném životě terapeuti, anichž bychom si to vlastně neuvědomili. U seniorů jsou vhodné rybičky, které mohou a již také často jsou v různých zdravotnických zařízeních. Dalšími výbornými „pracovníky“ jsou psi. (27)

Canisterapie

Canisterapie, co vlastně tento pojem znamená? Jednoduše řečeno je to léčba pomocí psů. Canisterapie je způsob terapie, jenž využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Canisterapie klade důraz na řešení problémů psychologických, citových a sociálně- integračních a působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné a zahrnuje spíše motivaci k rehabilitaci a povzbuzení imunity prostřednictvím psychiky. (27)

Latinské slovo „canis“ znamená pes, jedná se tedy o jakousi psí terapii neboli volným překladem léčení psí láskou. Nachází uplatnění zejména v zařízeních pro děti (školy, školky, dětské domovy, speciální zařízení), ve zdravotnických zařízeních, v domovech důchodců a ve speciálních zařízeních pro psychicky narušené děti i dospělé. Psi působí příznivě na lidskou psychiku, takže canisterapie přináší radost a zpříjemňuje život nemocným, starším lidem a dětem. Canisterapie nenahrazuje medicínskou léčbu, ale tam, kde lékařská věda nemůže pomoci, alespoň usnadňuje klientům život. Canisterapie není sport ani zábava. Pomocí canisterapie se dají zlepšit citové, rozumové i pohybové schopnosti lidí. Pes jako společník může prostě různými způsoby pomáhat člověku překonávat bariéry a ukazovat mu cestu životem z té lepší stránky. (27)

4.9 Důsledky deprese

Deprese může mít různé následky. Přítomná může být zhoršená soběstačnost, malnutrice, sarkopenie, kožní defekty, intertrigo v důsledky zanedbané hygieny, pracovní problémy, problémy v osobním životě, rozpad partnerského vztahu atd.

Depresivní pseudodemence je dominance poruchy kognitivních funkcí, zejména schopnosti koncentrace, porucha krátkodobé paměti, bývá dezorientace.

Agitovaná deprese přichází zejména u nemocných s určitým stupněm kognitivní poruchy, kteří si nedokáží vyhodnotit stávající dyskomfort a reagují neklidem a agitovaností. (4)



III. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkum má mnoho definic a je často popisován jako aktivní, vytrvalý a systematický proces bádání s cílem objevit, interpretovat nebo přepracovat fakta.

5. Výzkumné otázky

1. Je většina dotazovaných klientů léčeben dlouhodobě nemocných depresivních?
2. Bude u ovdovělých respondentů deprese více přítomná než u ostatních dotazovaných?
3. Vznikne většina doprovodných příznaků deprese až v době hospitalizace?
4. Bude ošetřující personál v zařízeních dlouhodobé péče hodnocen kladně?
5. Je samotná hospitalizace nejčastější příčinou depresivity seniorů v zařízeních dlouhodobé péče?



6. Metodika výzkumu

K šetření ve výzkumné části diplomové práce jsem zvolila metodu kvantitativně orientovaného výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Pro výzkum jsem použila dotazník vlastní konstrukce (Příloha A) spolu se Škálou deprese pro geriatrické pacienty - Geriatric depression scale, některé otázky byly použity z připravovaného testovníku pro lékárníky od MUDr. Juraškové.

Dotazník obsahoval 26 otázek, které se zaměřily na příznaky deprese, jejich vznik před hospitalizací či v době hospitalizace a také na názory na spokojenost s ošetřujícím personálem. Poslední část zahrnovala Škálu deprese pro geriatrické pacienty - Geriatric depression scale. podle Sheik, J.I., Yesavage, J.A..Clin.Gerontol.,5,1986 s.165-172.

Dotazník jsem se snažila sestavit z různých druhů otázek a využít tak širšího spektra možností, jak získat informace. Převážná část dotazníku se skládala z uzavřených otázek, které umožňovaly respondentům rozhodnout se mezi několika možnými odpověďmi, jejichž znění bylo přesně stanoveno. Využila jsem bodovací (známkovací) škály. Toto spektrum otázek jsem využila především pro jeho menší časovou nenáročnost a možnost konkrétního statistického vyhodnocování.

Dotazníky byly určeny pro pacienty hospitalizované v léčebnách dlouhodobé péče. Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní a dobrovolné. Součástí dotazníku bylo oslovení, představení a stručné vysvětlení žádosti o jeho vyplnění a samozřejmě poděkování za spolupráci.

Samotný výzkum jsem časově rozložila do zimních měsíců v roce 2009. Na začátku prosince jsem rozdávala dotazníky v Léčebně dlouhodobě nemocných v Hořicích, dále následovalo Geriatrické centrum v Krajské nemocnici v Pardubicích a poslední část dotazníků byla rozdána v Léčebně dlouhodobě nemocných v Rybitví. Dotazníky jsem s klienty jednotlivých zařízení vyplňovala sama osobně, otázky jsem již nijak dále nekomentovala ani nerozváděla. Po vyplnění dotazníku jsem si s většinou klientů povídala o jejich současné situaci. Celkový počet rozdaných dotazníků byl roven číslu 90, přičemž 30 dotazníků bylo rozdáno v Léčebně dlouhodobě nemocných v Hořicích, 30 v Léčebně dlouhodobě nemocných v Rybitví a 30 dotazníků v Geriatrickém centru v Krajské nemocnici v Pardubicích. 100 % návratnost byla dána osobním vyplňováním dotazníků s respondenty. Většina respondentů byla vybrána vrchními sestrami jednotlivých léčeben, ostatní byli vybráni mnou a to zcela náhodně. Vyplněné dotazníky jsem zpracovávala v programu Microsoft Excel 2007. Jednotlivé výsledky jsou zpracovány



do přehledných tabulek a následně do grafů. Některé otázky jsou vyhodnotila grafem i tabulkou, některé jsou vyjádřené pouze tabulkou. Výsledné hodnoty jsou uvedeny v tabulkách vždy absolutní a relativní četností. Absolutní četnost je počet výskytů jednotlivých variant znaku. Relativní četnost vzniká porovnáním absolutních četností k rozsahu celého souboru. Grafy jsem volila převážně sloupcové a u dvou otázek jsem použila koláčový graf.

Použité zkratky v tabulkách:

n_i – absolutní četnost

p_i – relativní četnost



7. Prostředí výzkumu

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví

Jednu ze tří léčeben, kde byl proveden výzkum, byla léčebna v Rybitví. Léčebna dlouhodobě nemocných byla založena v roce 1976. Kapacita léčebny je 105 zdravotních lůžek, 12 lůžek sociálních. Indikací pro přijetí je doléčování náhle vzniklých onemocnění, stabilizace chronických onemocnění a rehabilitační péče. V léčebně je poskytována i péče pacientům v terminálním stadiu života. Léčebna má 4 stanice, které se dělí dle stupně soběstačnosti a závislosti klientů na péči druhé osoby. Zařízení dopomáhá klientům k získání ztracené soběstačnosti ve všech běžných denních činnostech, poskytuje rady z oblasti legislativy sociální problematiky. Sociální lůžka jsou určena pro zcela závislé klienty do doby, než tento klient bude umístěn do zařízení sociální péče v domově důchodců. (28)

Léčebna dlouhodobě nemocných v Městské nemocnici Hořice

Další léčenou, kde jsem rozdávala dotazníky, byla léčebna v Hořicích. Vznikla v roce 1992. Jedná se o lůžkové zařízení následné péče, a to nemocničního typu, se zaměřením na geriatrii, rehabilitaci a také na hojení chronických ran, různé etiologie. Má tři lůžková oddělení s celkovou kapacitou 120 lůžek. Mezi klienty převažují nemocní se závažným postižením po centrálních mozkových příhodách, se stavy pokročilé povšechné aterosklerosy a senilní demence. Velkou část pacientů také zastupují onkologičtí nemocní, často v terminální fázi nemoci. Velké úspěchy dosáhla nemocnice na poli následné rehabilitační péče u pacientů po úrazech a traumatologických operacích. (29)

Geriatrické centrum v Krajské nemocnici Pardubice

Lůžková geriatrická péče je poskytována na standardních geriatrických lůžkách a na lůžkách typu LDN, i zde jsem provedla výzkum. Hospitalizace na geriatrických lůžkách umožňuje pokrýt náročnou akutní péči z terénu i z ostatních oddělení. Po stabilizaci je většinou ještě pacient přeložen na lůžko typu LDN nebo dimitován. Tým zdravotníků složený z lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, ošetřovatelek, sociální pracovnice, sanitářek a sanitářů bere ohled na kvalitu poskytované péče. (30)



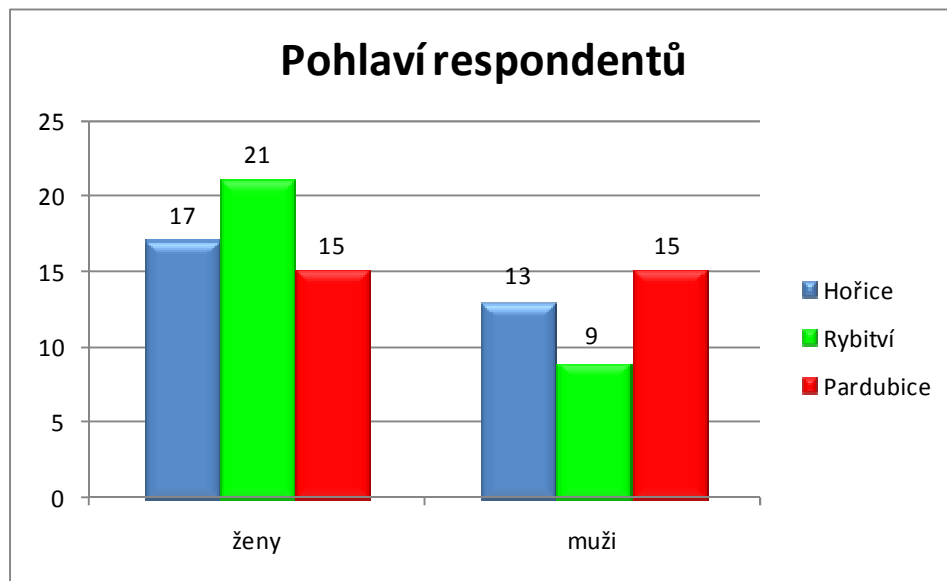
8. Prezentace výsledků

8.1 Zkoumaný vzorek

Identifikační údaje respondentů jsem vyjádřila pomocí přehledných grafů a tabulek. Tabulka č. 4 a graf č. 2 zobrazují zastoupení pohlaví v jednotlivých LDN. Celkový počet oslovených žen byl 53, mužů se zúčastnilo celkem 37.

Tab. 4 Pohlaví respondentů

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
muži	13	43	9	30	15	45	37	41
ženy	17	57	21	70	15	45	53	59



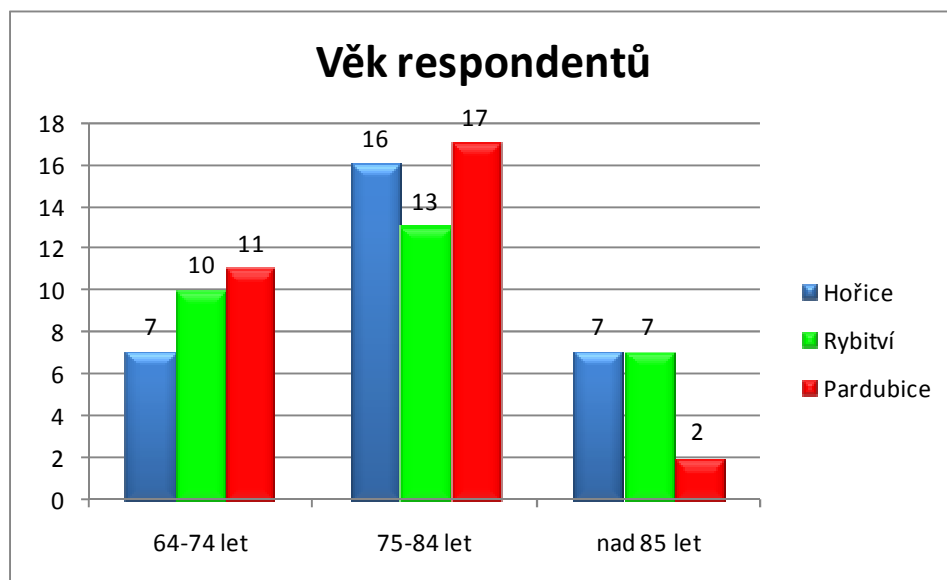
Graf 2 Pohlaví respondentů



Tabulka č. 5 a graf č. 3 znázorňuje věk respondentů v jednotlivých zařízeních. Jak je z grafu vidět, největší zastoupení měla skupina respondentů ve věku mezi 75 – 84 let. Celkový počet této skupiny byl 46 lidí, druhá nejvíce zastoupení skupina byla 64 – 74 let, která má 28 respondentů, zbytek, tj. 16 dotazovaných patří do věkové skupiny nad 85 let.

Tab. 5 Věk respondentů

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
64 - 74	7	23	10	33	11	37	28	31
75 - 84	16	53	13	43	17	57	46	51
nad 85 let	7	23	7	23	2	6	16	18



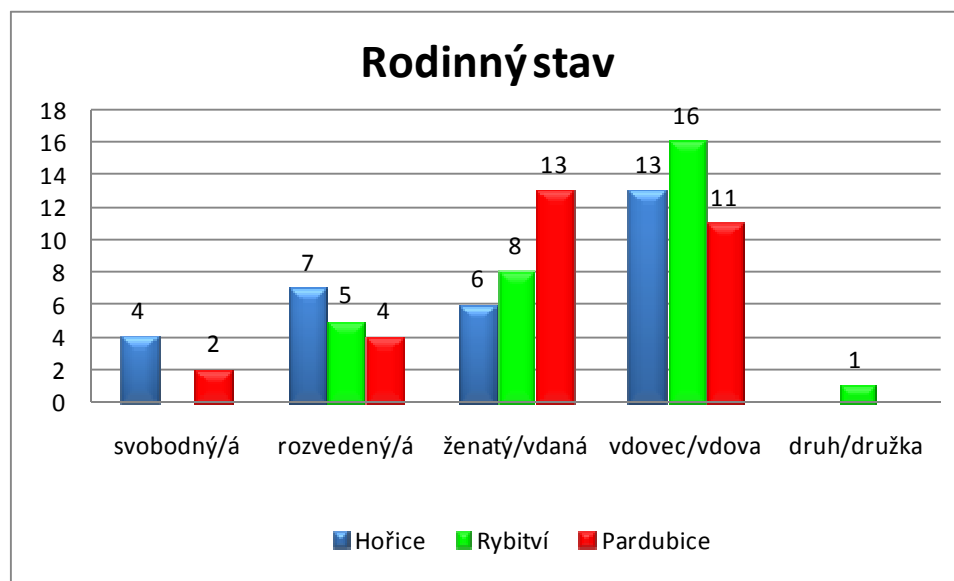
Graf 3 Věk respondentů



Z grafu č. 4 je patrné, že největší zastoupení měli vdovci a vdovy. Z celkového počtu 40 respondentů, kteří patří do této kategorie, je 33 vdov a 7 vdovců. Je zde popsán rodinný stav respondentů, tabulka č. 6 tento graf doplňuje. Celkový počet ženatých/vdaných byl 27, rozvedených respondentů bylo 16, svobodných 6 a druha/družku měl jeden dotazovaný. Tabulka č. 7 znázorňuje výskyt deprese u ovdovělých respondentů.

Tab. 6 Rodinný stav

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
svobodný/á	4	13	0	0	2	7	6	7
rozvedený/á	7	23	5	17	4	13	16	18
ženatý/vdaná	6	20	8	27	13	43	27	30
vdovec/vdova	13	43	16	53	11	37	40	44
druh/družka	0	0	1	3	0	0	1	1



Graf 4 Rodinný stav

Tab. 7 Deprese u ovdovělých

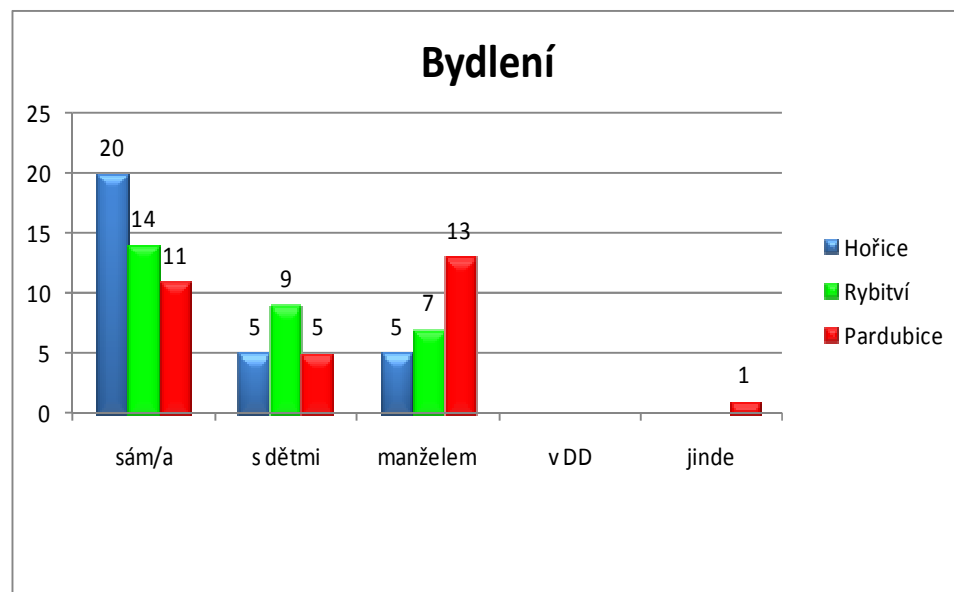
	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
Bez deprese	3	23	5	31	3	27	11	27
S depresí	10	77	11	69	8	73	29	73



Zde v tabulce č. 8 a na grafu č. 5 vidíme vyhodnocení otázky, která se zabývá, s kým respondenti bydlí. Z celkového počtu žije samo 45 dotazovaných, 25 lidí žije s manželem/manželkou, 19 respondentů žije s dětmi a 1 člověk bydlí se sousedkou, tedy odpověděl jinde. V domově důchodců (DD) nebydlí nikdo z dotazovaných.

Tab. 8 Bydlení

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
sám/sama	20	66	14	47	11	37	45	50
děti	5	17	9	30	5	17	19	21
manžel/ka/druh/družka	5	17	7	23	13	43	25	28
domov důchodců	0	0	0	0	0	0	0	0
jinde	0	0	0	0	1	3	1	1



Graf 5 Bydlení



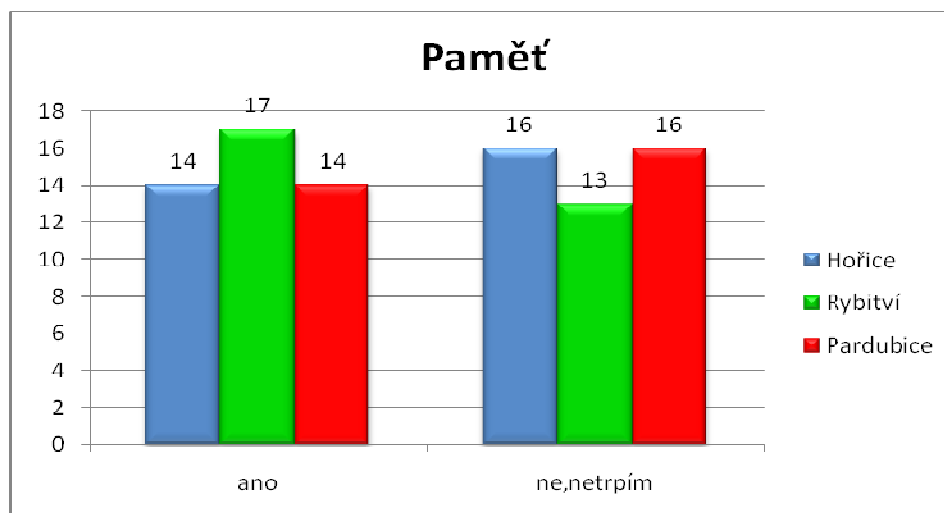
8.2 Výsledky

Otázka č. 1 Trpíte poruchami paměti?

První otázka se zabývala pamětí. Respondenti měli odpovědět na otázku, zda mají problémy s pamětí. Polovina dotazovaných uvedla, že poruchou paměti trpí – viz tabulka č. 9 a graf č. 6.

Tab. 9 Paměť

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	14	47	17	57	14	47	45	50
ne, netrpím	16	53	13	43	16	53	45	50



Graf 6 Paměť



Otázka č. 2 Užíváte nějaké léky?

Na otázku: „Užíváte nějaké léky?“ odpovědělo všech 90 dotazovaných kladně. Součet všech léků se zastavil na čísle 667 léků u všech dotazovaných na den, což znamená průměrně 7,4 léků na jednoho respondenta na den. Pět a více léků užívá denně 77 % respondentů, což znázorňuje tabulka č. 10.

Tab. 10 Užívání léků

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
5 a více léků denně	27	90	18	60	24	80	69	77
4 a méně léků denně	3	10	12	40	6	20	21	33

Otázka č. 3 Pijete alkohol?

Otázka na pití alkoholu vyšla takto. 13 % dotazovaných odpovědělo, že pije alkohol, 79 %, že alkohol vůbec nepije a zbytek uvedl bod c) pil/a jsem, nyní již nepiji – viz tabulka č. 11.

Tab. 11 Alkohol

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	6	20	2	7	4	13	12	13
ne, alkohol nepiji	23	77	28	93	20	67	71	79
pil/a jsem, nyní již ne	1	3	0	0	6	20	7	8

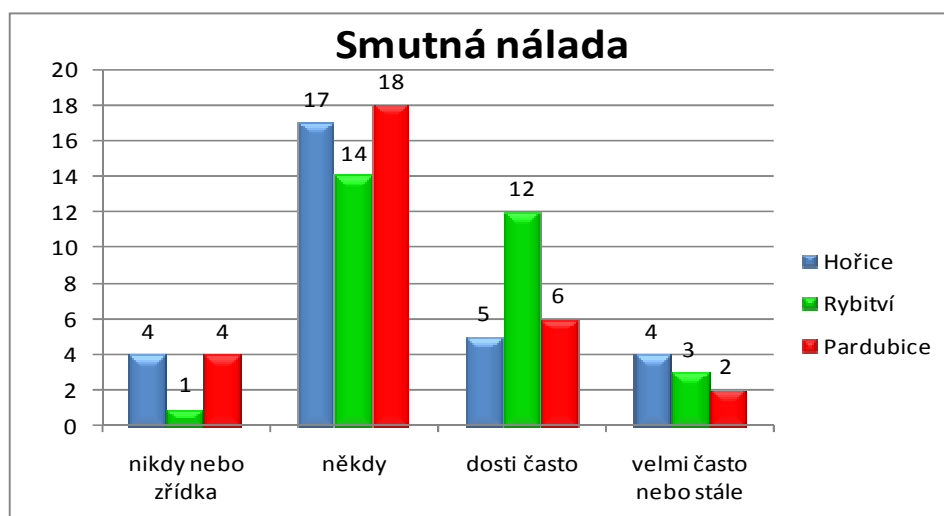


Otázka č. 4 Míváte smutnou náladu?

Nejvíce dotazovaných odpovědělo na tuto otázku možnost NĚKDY, bylo to celých 54 %. Dostí často trpí smutnou náladou 25 %, nikdy nebo zřídka pociťuje smutnou náladu 13% a velmi často nebo stále má smutnou náladu 10 % respondentů – viz tabulka č. 12 a graf č. 7.

Tab. 12 Smutná nálada

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
nikdy nebo zřídka	4	13	1	3	4	13	9	10
někdy	17	57	14	47	18	60	49	54
dostí často	5	17	12	40	6	20	23	26
velmi často..	4	13	3	10	2	7	9	10



Graf 7 Smutná nálada

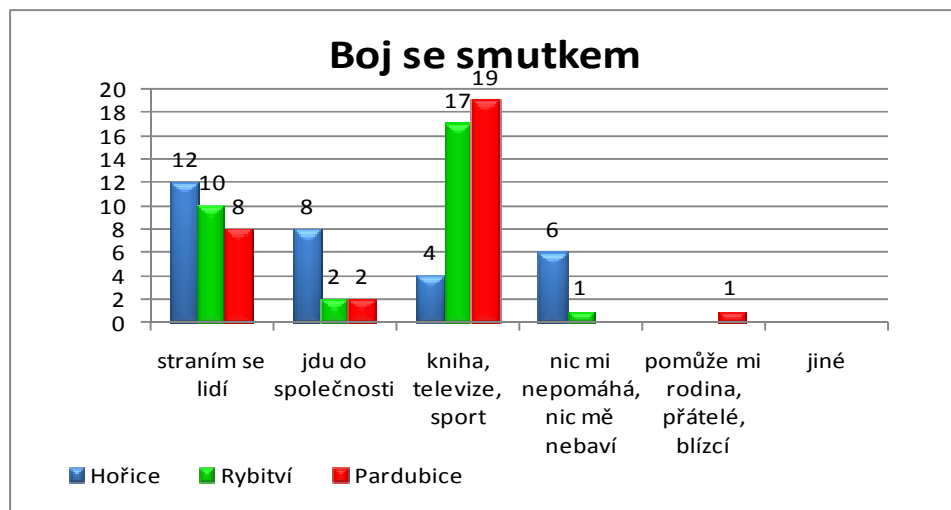


Otázka č. 5 Jak bojujete se smutnou náladou?

Pátá otázka byla zaměřena na boj se smutnou náladou. 44 % respondentů odpovědělo, že jim pomáhá odreagování knihou nebo televizí či sportem. 32 % dotazovaných uvádí, že se straní lidí, 13 % naopak společnost vyhledává, necelých 8 % udává, že nepomáhá nic a 1 % z dotazovaných hledá pomoc u rodiny, přátel či blízkých – viz tabulka č. 13 a graf č. 8.

Tab. 13 Boj se smutkem

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
straním se lidí	12	40	10	33	8	27	30	33
společnost	8	27	2	7	2	7	12	13
kniha, TV...	4	13	17	57	19	63	40	45
nic nepomáhá	6	20	1	3	0	0	7	8
rodina...	0	0	0	0	1	3	1	1



Graf 8 Boj se smutkem



Otázka č. 6 Kdyby jste měl/a pocity dlouhotrvající smutné nálady, deprese, obrátil/a byste se na odborníky?

Otázka č. 6 se zabývala tím, zda by se respondent obrátil na odborníky, kdyby měl pocity dlouhotrvající smutné nálady. Cca 95 % respondentů uvedlo NE. Pouze zhruba 5 % dotazovaných by hledalo pomoc u odborníků – viz tabulka č. 14.

Tab. 14 Pomoc

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	3	10	0	0	2	7	5	6
ne	27	90	30	100	28	93	85	94

Při uvedení odpovědi NE, měli dotazovaní uvést, zda by bojovali sami či se obrátili na rodinu, přátele. Necelých 94 % respondentů by bojovalo/bojuje samo. Jen cca 6 % ze všech dotazovaných by se obrátilo na rodinu, přátele viz tabulka č. 15.

Tab. 15 Boj

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
sám/sama	26	96	29	97	24	86	79	94
rodina...	1	4	1	3	4	14	6	6

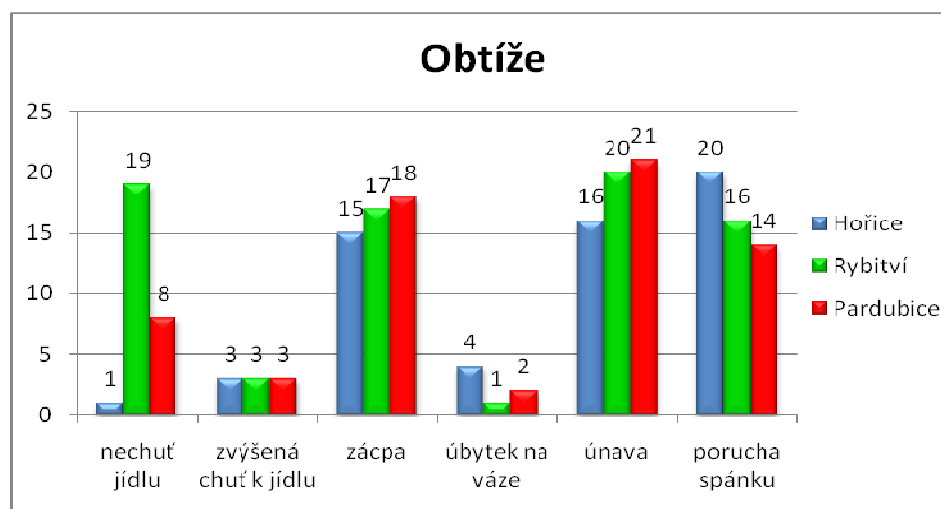


Otázka č. 7 Zaškrtněte, prosím, všechny obtíže, které z nabídky máte.

Sedmá otázka se zabývala obtížemi, které respondenty trápí. Dotazovaní měli za úkol, označit všechny obtíže, kterými trpí. Tabulka č. 16 a graf č. 9 zobrazují jednotlivé rozložení obtíží. Únavu má 63 % respondentů, 55 % zácpu, 55 % dotazovaných má poruchu spánku, 31 % trápí nechut' k jídlu, 10 % respondentů má zvýšenou chuť k jídlu a 7 % ubývá na váze. Tři a více obtíží má 39 % dotazovaných, minimálně dvě obtíže uvedlo 39 % respondentů.

Tab. 16 Obtíže

	Hořice	Rybitví	Pardubice	Počet odpovědí	%
nechuť jídlu	1	19	8	28	31
zvýšená chuť k jídlu	3	3	3	9	10
zácpa	15	17	18	50	55
úbytek na váze	4	1	2	7	7
únava	16	20	21	57	63
porucha spánku	20	16	14	50	55

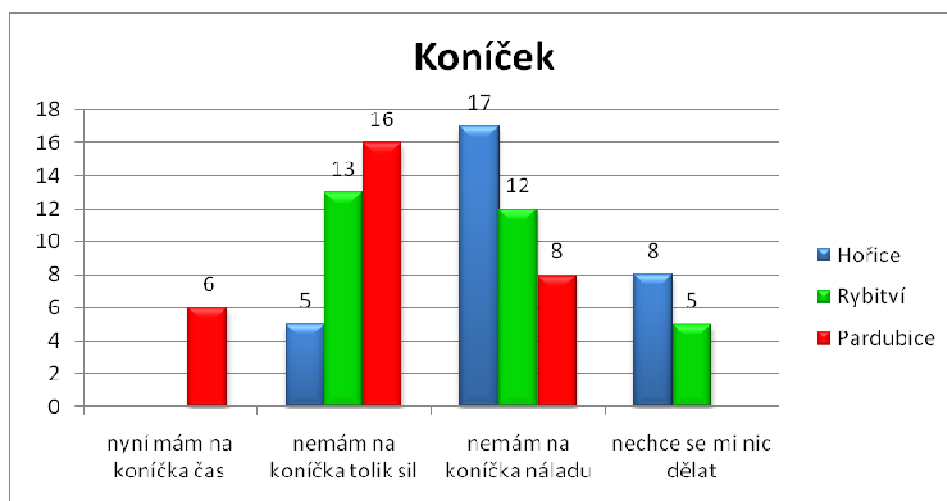
**Graf 9** Obtíže

Otázka č. 8 Věnujete se svým koníčkům?

V osmé otázce jsem se chtěla dozvědět, zda se dotazovaní senioři věnují svým koníčkům. 41 % z nich nemá na koníčka náladu, 38 % nemá na koníčka tolik sil, 14 % dotazovaných odpovědělo, že se jim nechce nic dělat a necelých 7 % má nyní na koníčka čas – viz tabulka č. 17 a graf č. 10.

Tab. 17 Koníček

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
nyní mám čas	0	0	0	0	6	20	6	7
nemám tolik sil	5	16	13	43	16	53	34	38
nemám náladu	17	57	12	20	8	27	37	41
nechce se mi nic dělat	8	27	5	17	0	0	13	14



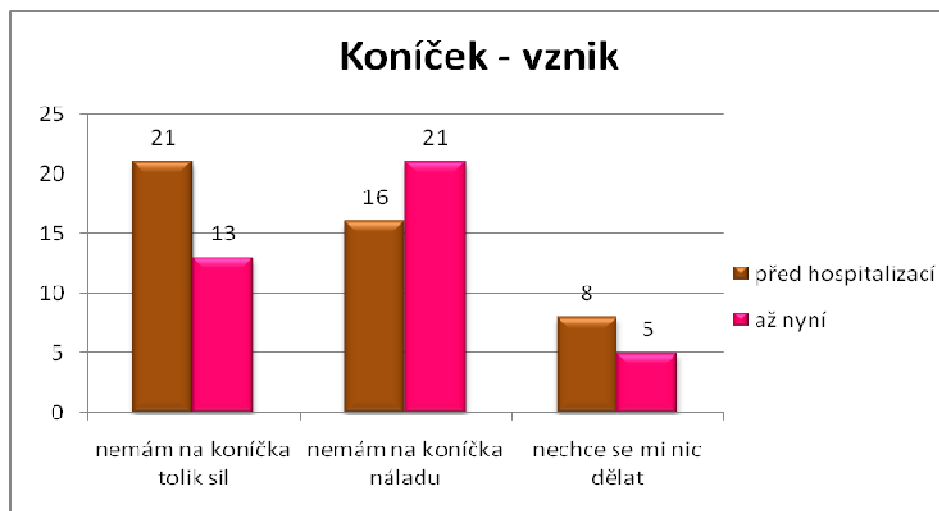
Graf 10 Koníček



Tabulka č. 18 a graf č. 11 znázorňují, odkdy nemají dotazovaní na koníčka náladu, sílu či odkdy se jim nechce nic dělat. Podotázka byla zaměřena na zjištění, zda se tento stav vyskytoval již před hospitalizací či vznikl v době hospitalizace. 54 % odpovědí označovalo možnost PŘED HOSPITALIZACÍ, 46 % tvořila odpověď AŽ NYNÍ, tedy v době hospitalizace.

Tab. 18 Koníček - vznik

	před hospitalizací		až nyní		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
nemám tolik sil	21	47	13	33	34	40
nemám náladu	16	35	21	54	37	44
nechce se mi	8	18	5	13	13	16



Graf 11 Koníček - vznik

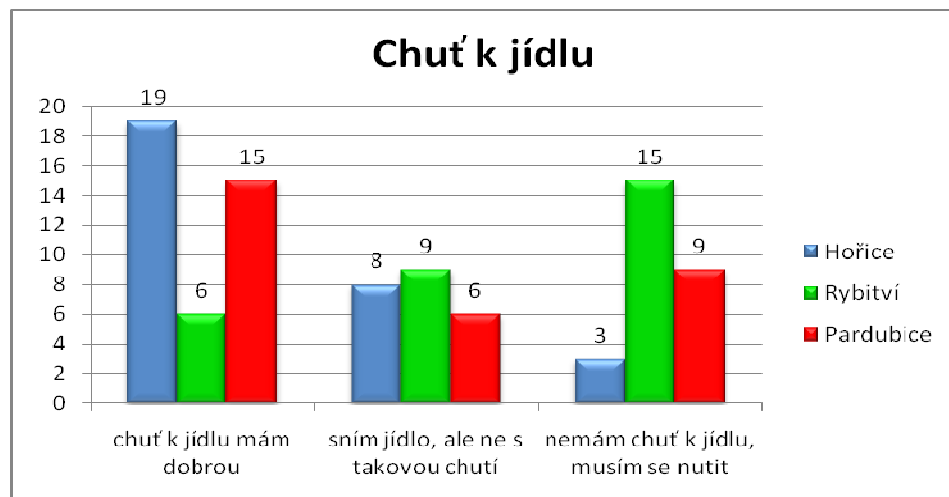


Otázka č. 9 Máte chuť k jídlu?

V této otázce jsem zjišťovala chuť k jídlu. 44 % respondentů má chuť k jídlu dobrou, 30 % z celkového počtu nemá chuť k jídlu a musí se nutit a 26 % dotazovaných sní jídlo, ale ne s takovou chutí – viz tabulka č. 19 a graf č. 12.

Tab. 19 Chuť k jídlu

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
chuť k jídlu mám dobrou	19	63	6	20	15	50	40	44
sním jídlo, ale ne s chutí	8	27	9	30	6	20	23	26
nemám chuť k jídlu..	3	10	15	50	9	30	27	30



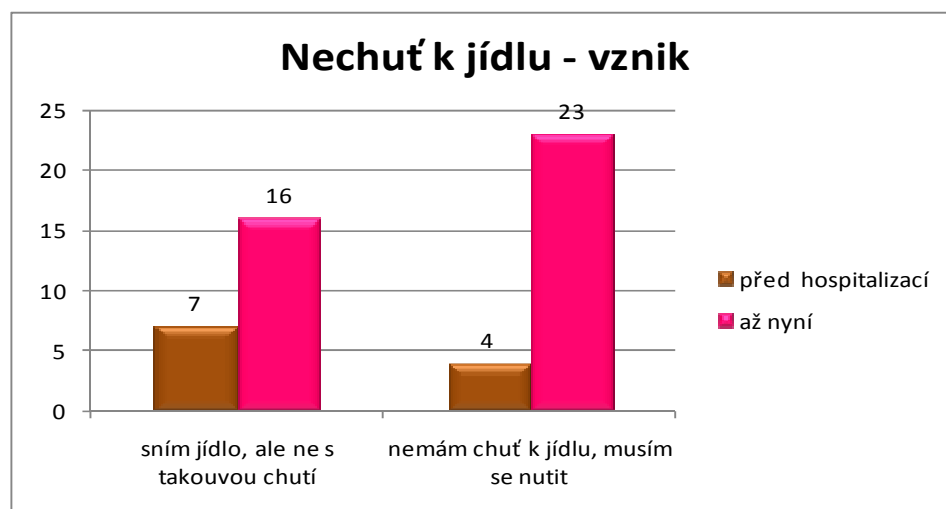
Graf 12 Chuť k jídlu



Podotázka byla zaměřena na zjištění, zda se nechut' k jídlu vyskytovala již před hospitalizací či vznikla v době hospitalizace. Tabulka č. 20 a graf č. 13 ukazují, že v 78 % vznikla nechut' k jídlu až nyní, tedy v době hospitalizace. Ve 22 % byly tyto obtíže přítomny již před hospitalizací.

Tab. 20 Nechut' k jídlu - vznik

	před hospitalizací		až nyní		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
sním jídlo, ale ne s chutí	7	64	16	41	23	46
nemám chuť k jídlu...	4	36	23	59	27	54



Graf 13 Nechut' k jídlu – vznik

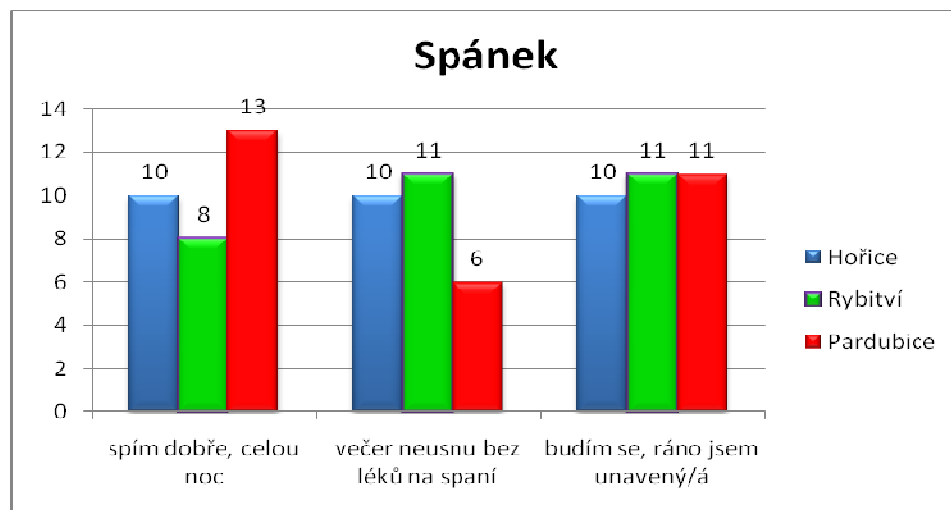


Otázka č. 10 Jak byste ohodnotili kvalitu svého spánku?

Vyhodnocení otázky na kvalitu spánku zobrazuje tabulka č. 21 a graf č. 14. Je zde patrné, že 36 % dotazovaných se v noci budí a ráno se cítí unaveně, 34 % spí naopak celou noc a 30 % respondentů večer neusne bez léků na spaní.

Tab. 21 Spánek

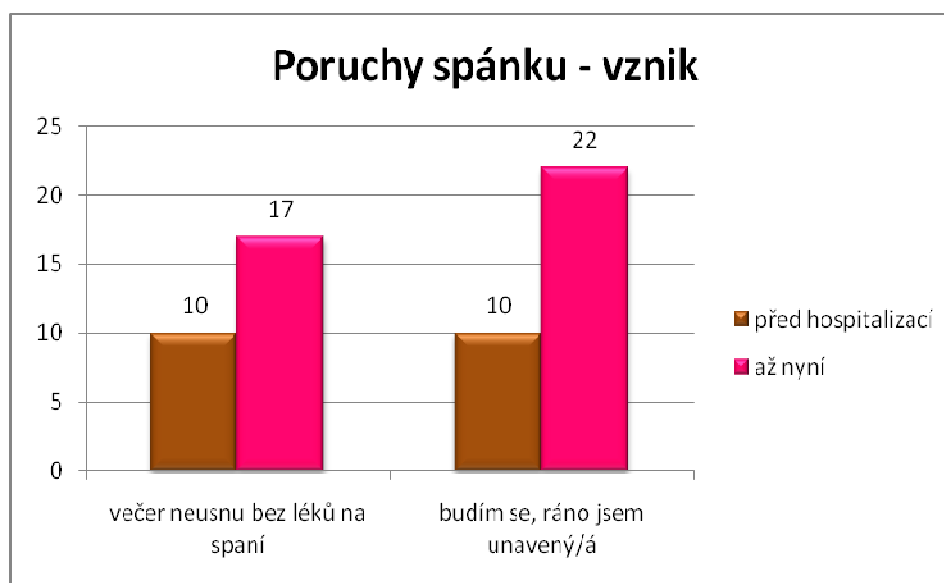
	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
spím dobře, celou noc	10	33	8	27	13	43	31	34
neusnu bez léků na spaní	10	33	11	36	6	20	27	30
budím se...	10	33	11	36	11	36	32	36

**Graf 14** Spánek

Podotázka byla zaměřena na zjištění, zda se porucha spánku vyskytovala již před hospitalizací či vznikla v době hospitalizace. Tabulka č. 22 a graf č. 15 ukazují, že 66 % poruch spánku vzniká až v době hospitalizace a 34 % poruch spánku trápilo respondenty již před hospitalizací.

Tab. 22 Poruchy spánku - vznik

	před hospitalizací		až nyní		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
neusnu bez léků na spaní	10	50	17	44	27	46
budím se...	10	50	22	56	32	54



Graf 15 Poruchy spánku - vznik

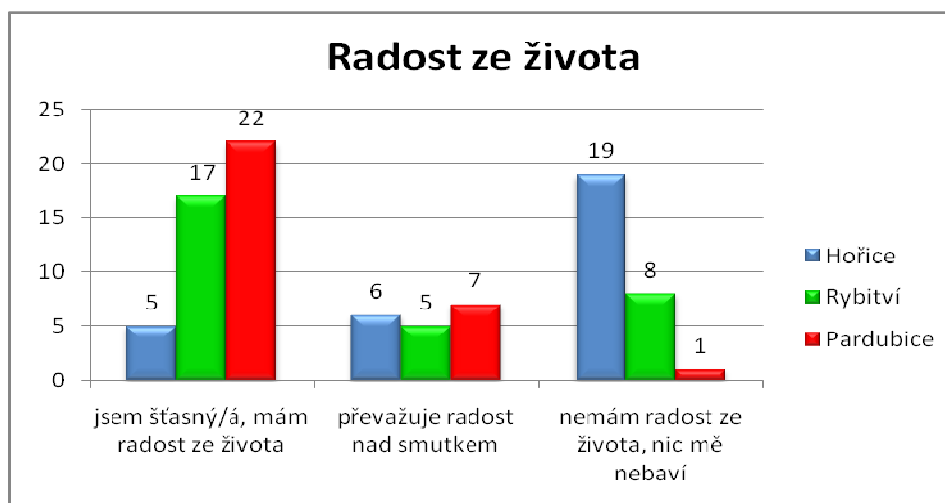


Otázka č. 11 Máte radost ze života?

Otázka č. 11 se zabývá radostí ze života. 49 % dotazovaných uvedlo JSEM ŠŤASTNÝ, MÁM RADOST ZE ŽIVOTA, 31 % respondentů nemá radost ze života, nic je nebaví a 20 % odpovědí bylo, že převažuje radost nad smutkem – viz tabulka č. 23 a graf 26.

Tab. 23 Radost ze života

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
jsem šťastný	5	17	17	57	22	73	44	49
převažuje radost	6	20	5	17	7	23	18	20
nemám radost	19	63	8	26	1	3	28	31

**Graf 16** Radost ze života

Podotázka byla zaměřena na zjištění, zda se změnila radost ze života již před hospitalizací či v době hospitalizace. 57 % odpovědí NEMÁM RADOST ZE ŽIVOTA, NIC MĚ NEBAVÍ bylo přiřazeno k vzniku již před hospitalizací a ve 43 % byl označen vznik až nyní, tedy v době hospitalizace – viz tabulka č. 24 a graf č. 17.

Tab. 24 Nic mě nebaví - vznik

	před hospitalizací		až nyní		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
nic mě nebaví	16	57	12	43	28	31



Graf 17 Nic mě nebaví - vznik

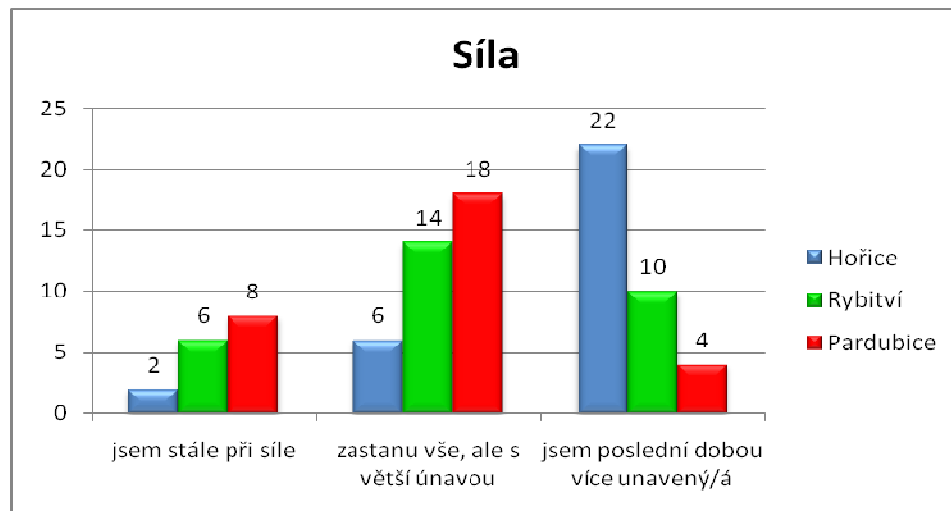


Otázka č. 12 Máte pocit, že stále zvládnete vše bez problémů?

Otázka č. 12 se ptá, zda dotazovaní mají pocit, že vše zvládnou bez problémů. 42 % respondentů odpovědělo, že zastanou vše, ale s větší únavou, 40 % dotazovaných uvádí, že je poslední dobou více unaveno a 18 % odpovědí představuje možnost JSEM STÁLE PŘI SÍLE - viz tabulka č. 25 a graf č. 18.

Tab. 25 Síla

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
jsem při síle	2	7	6	20	8	27	16	18
větší únava	6	20	14	47	18	60	38	42
jsem unavený/á	22	73	10	33	4	13	36	40

**Graf 18 Síla**

Podotázka byla zaměřena na zjištění, zda se únava vyskytovala již před hospitalizací či vznikla až v době hospitalizace. Jak znázorňuje graf č. 23, v 64 % vznikla únava až nyní, v době hospitalizace. Ve 36 % trápila únava respondenty již před hospitalizací – viz tabulka č. 26 a graf č. 19.

Tab. 26 Únava - vznik

	před hospitalizací		až nyní		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
únava - vznik	13	36	23	64	36	40



Graf 19 Únava - vznik



Otázka č. 13 Jste při rozhodování váhavý/á, nerozhodný/á?

Respondenti měli za úkol oznámkovat jako ve škole svoji váhavost při rozhodování. 38 % z nich ohodnotilo svoji váhavost CHVALITEBNĚ, 37 % dotazovaných ji zhodnotilo známkou DOBŘE, 14 % respondentů odpovědělo možností VÝBORNĚ a 11 % oznámkovalo váhavost známkou NEDOSTATEČNĚ – viz tabulka č. 27.

Tab. 27 Váhavost

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
výborně	5	17	1	3	7	23	13	14
chvalitebně	16	53	8	27	15	50	39	43
dobře	8	27	15	50	6	20	29	32
dostatečně	1	3	6	20	3	10	10	11
nedostatečně	0	0	0	0	0	0	0	0

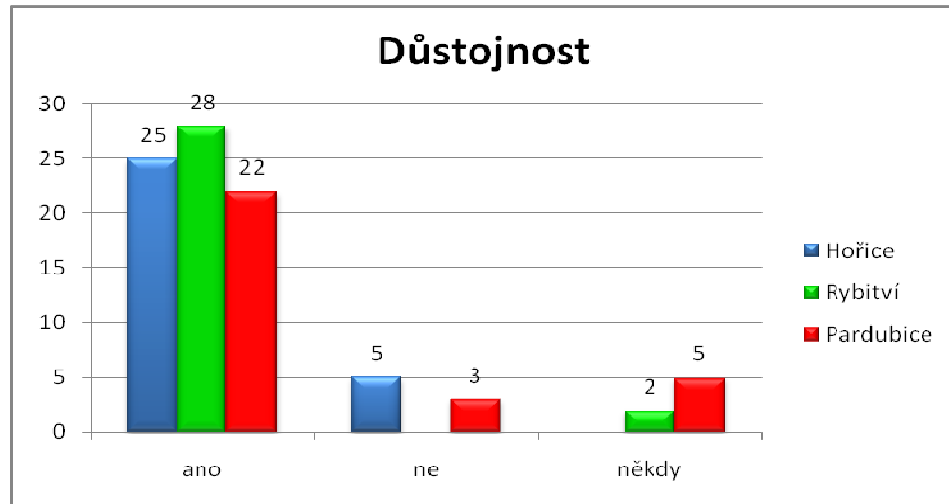
Otázka č. 14 Myslíte si, že personál respektuje Vaši důstojnost?

Tabulka č. 28 a graf č. 20 zobrazují odpověď na otázku, zda personál respektuje pacientovu důstojnost. 83 % dotazovaných se domnívá, že personál respektuje jejich důstojnost. 9 % respondentů uvádí, že personál nerespektuje jejich důstojnost a 8 % odpovědí byla možnost NĚKDY.

Tab. 28 Důstojnost

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	25	83	28	93	22	73	75	83
ne	5	17	0	0	3	10	8	9
někdy	0	0	2	7	5	17	7	8





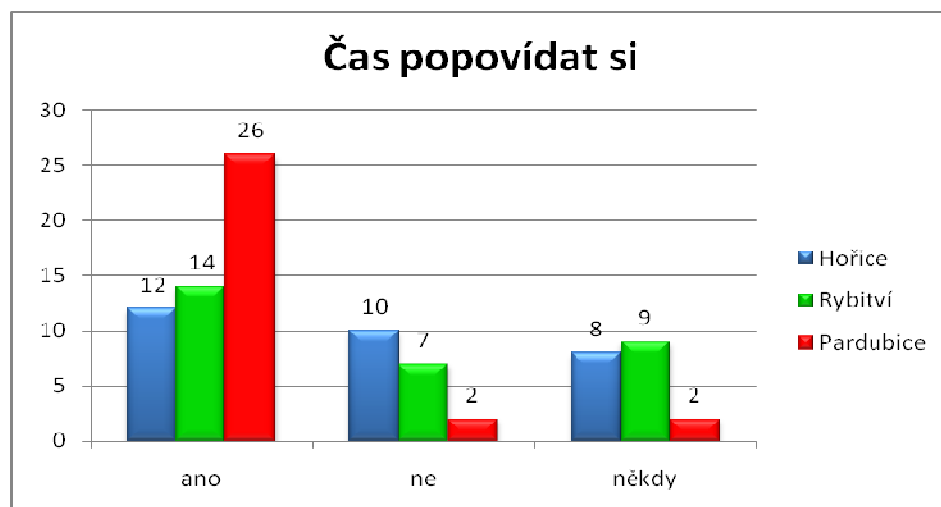
Graf 20 Důstojnost

Otázka č. 15 Udělá si sestřička čas si s Vámi popovídat?

Otázkou č. 15 jsem zjišťovala, zda si sestřička udělá čas si s pacientem popovídat. 58 % odpovědí zní ANO, 21 % reakcí je NE a 21 % odezev je NĚKDY – viz tabulka č. 29 a graf č. 21.

Tab. 29 Čas popovídat si

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	12	40	14	47	26	86	52	58
ne	10	33	7	23	2	7	19	21
někdy	8	27	9	30	2	7	19	21



Graf 21 Čas popovídat si

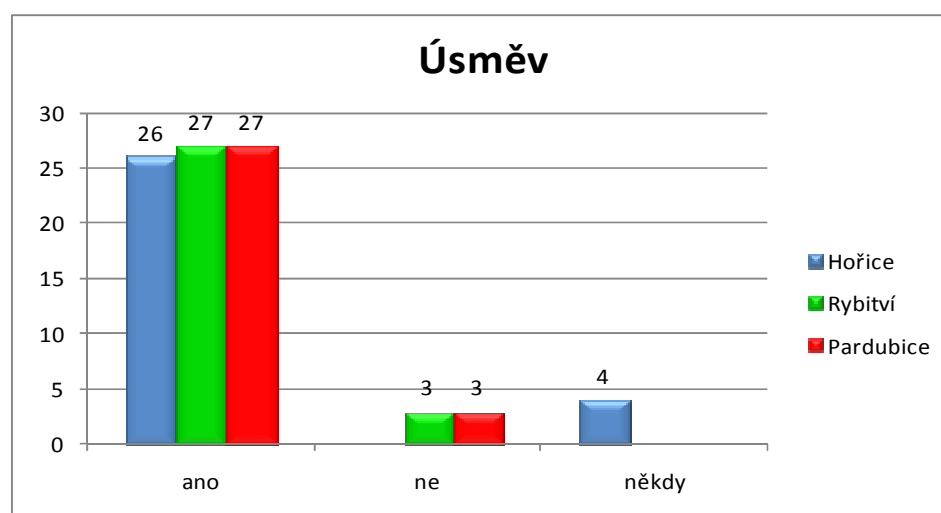


Otázka č. 16 Usměje se na Vás sestřička, když vstoupí do pokoje?

Tabulka č. 30 a graf č. 22 vyhodnocují otázku č. 16, kde mě zajímalo, zda se sestřička usměje, když vstoupí do pokoje. 89 % dotazovaných uvedlo ANO, 7 % odpovědí bylo NE a 4 % zastupuje možnost NĚKDY.

Tab. 30 Úsměv

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	26	87	27	90	27	90	80	89
ne	0	0	3	10	3	10	6	7
někdy	4	13	0	0	0	0	4	4

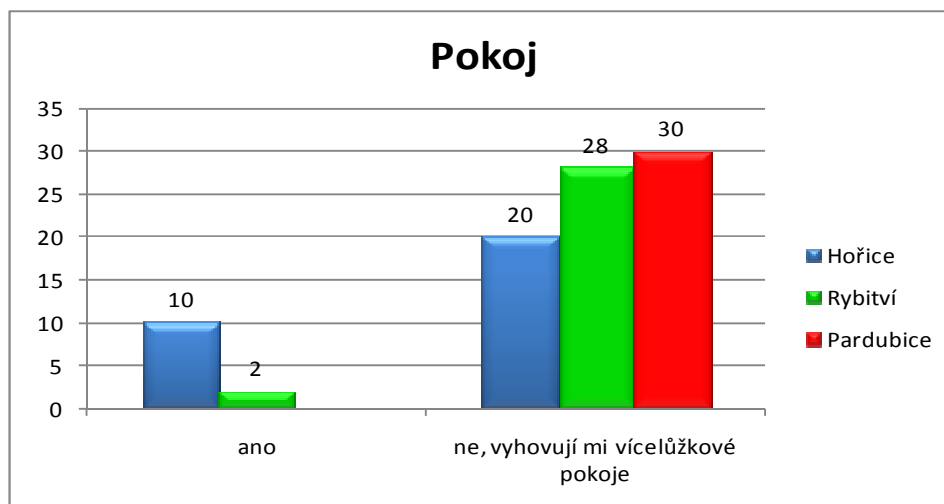
**Graf 22** Úsměv

Otázka č. 17 Stojíte spíše o jednolůžkový pokoj?

Otázka č. 17 se zabývá tím, zda by klienti LDN stáli spíše o jednolůžkové pokoje. Vícelůžkové pokoje vyhovují 87 % respondentů, 13% dotazovaných stojí o jednolůžkový pokoj - viz tabulka č. 31 a graf č. 23.

Tab. 31 Pokoj

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	10	33	2	7	0	0	12	13
ne	20	67	28	93	30	100	78	87

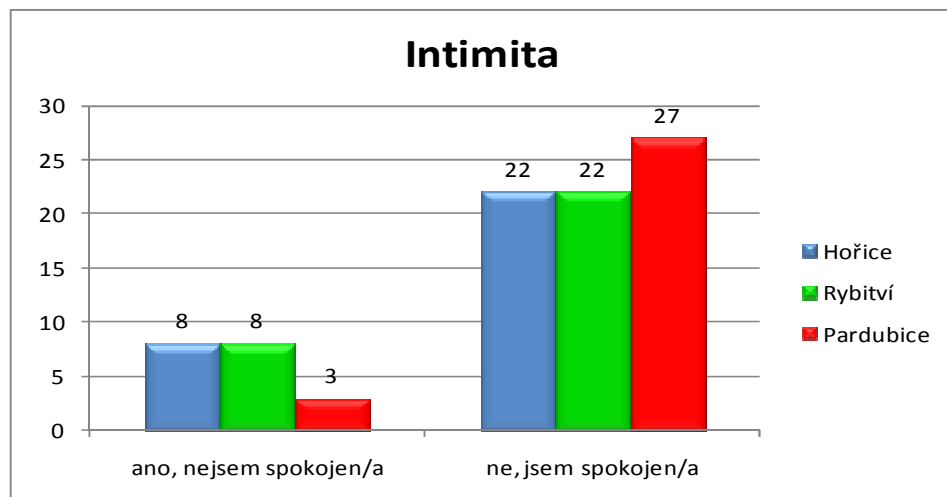
**Graf 23** Pokoj

Otázka č. 18 Stojíte o větší intimitu?

V této otázce jsem se zaměřila na intimitu pacientů, zda by stáli o větší soukromí. 79 % reakcí byla NE, JSEM SPOKOJEN/A, 21 % odezev zastupuje možnost ANO, NEJSEM SPOKOJEN/A – viz tabulka č. 32 a graf č. 24.

Tab. 32 Intimita

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	8	27	8	27	3	10	19	21
ne	22	73	22	73	27	90	71	79

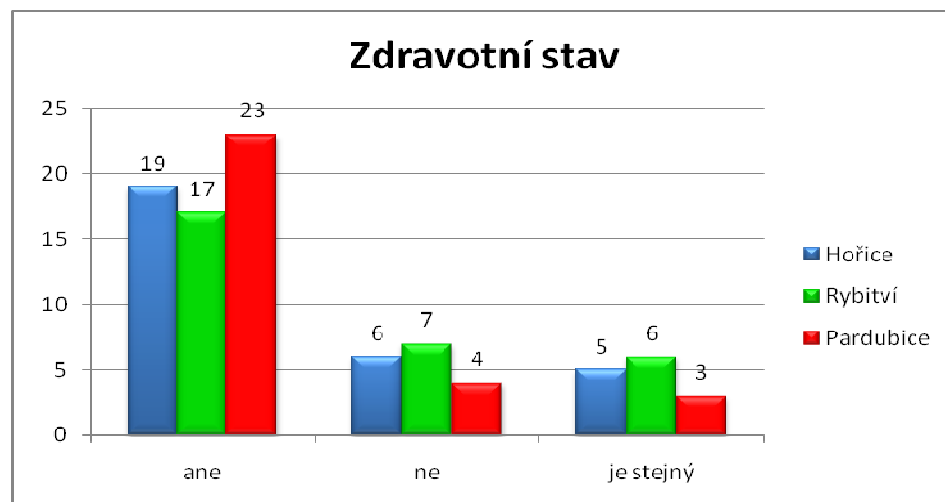
**Graf 24** Intimita

Otázka č. 19 Máte pocit, že se Váš stav zlepšuje?

Otázka č. 19 se věnuje pocitu dotazovaných, zda se jejich stav zlepšuje. Odpověď ANO zvolilo 66 % z nich, 19 % respondentů si myslím, že jejich stav se nezlepšuje a 15 % dotazovaných se domnívá, že je jejich stav stejný – viz tabulka č. 33 a graf č. 25.

Tab. 33 Zdravotní stav

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	19	63	17	57	23	77	59	65
ne	6	20	7	23	4	13	17	19
je stejný	5	17	6	20	3	10	14	16

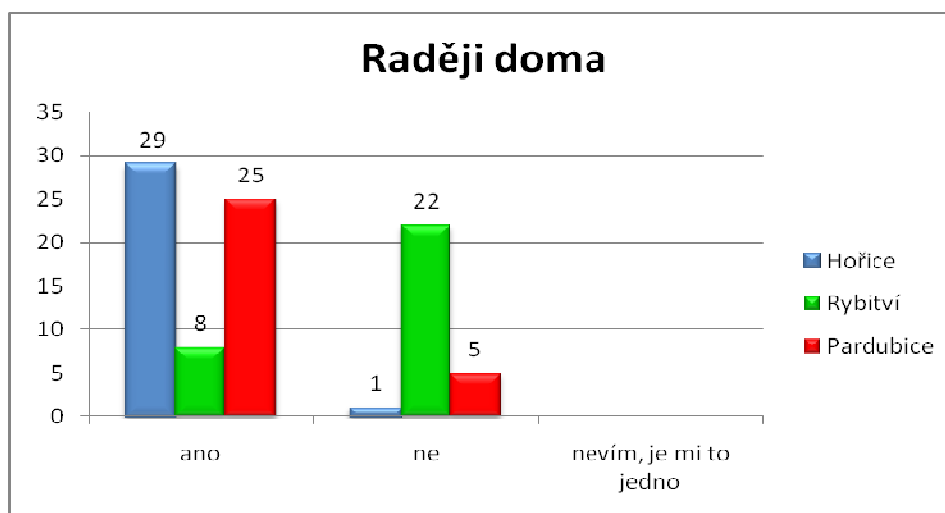
**Graf 25** Zdravotní stav

Otázka č. 20 Byl/a byste raději doma s domácí agenturou (ADP) než tady?

Zde jsem se chtěla dozvědět, zda by klienti LDN byli raději doma s ADP než v LDN. 68 % respondentů přiznává, že ANO, 32 % NE – viz tabulka č. 34 a graf č. 26.

Tab. 34 Raději doma

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	29	97	8	27	25	83	62	69
ne	1	3	22	73	5	17	28	31

**Graf 26** Raději doma**Otázka č. 21 Jste spokojen/a s předchozím životem?**

V otázce č. 21 měli dotazovaní oznámkovat jako ve škole spokojenost se svým předchozím životem. Předchozí život obdržel známku CHVALITEBNĚ od 46 %, známku VÝBORNĚ od 29 % a známku DOBŘE od 26 % dotazovaných – viz tabulka č. 35.

Tab. 35 Předchozí život

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
výborně	18	60	4	13	4	13	26	29
chvalitebně	11	37	13	43	17	57	41	46
dobře	1	3	13	43	9	30	23	25

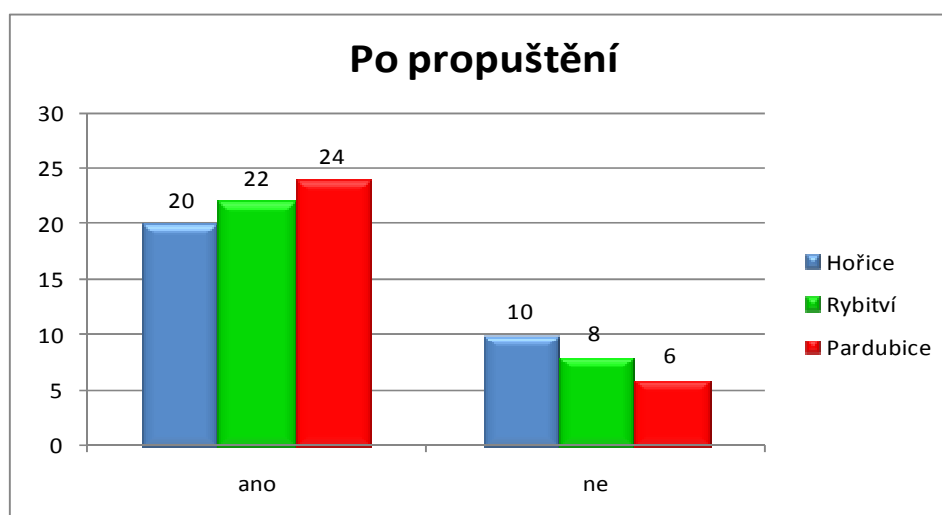


Otázka č. 22 Máte někoho, kdo se o Vás postará po propuštění?

Tady se zaměřuji na to, zda respondenti mají někoho, kdo se o ně po propuštění postará. 73 % z nich někdo má, 27 % však nikoho nemá – viz tabulka č. 36 a graf č. 27.

Tab. 36 Po propuštění

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	20	67	22	73	24	80	66	73
ne	10	33	8	27	6	20	24	27

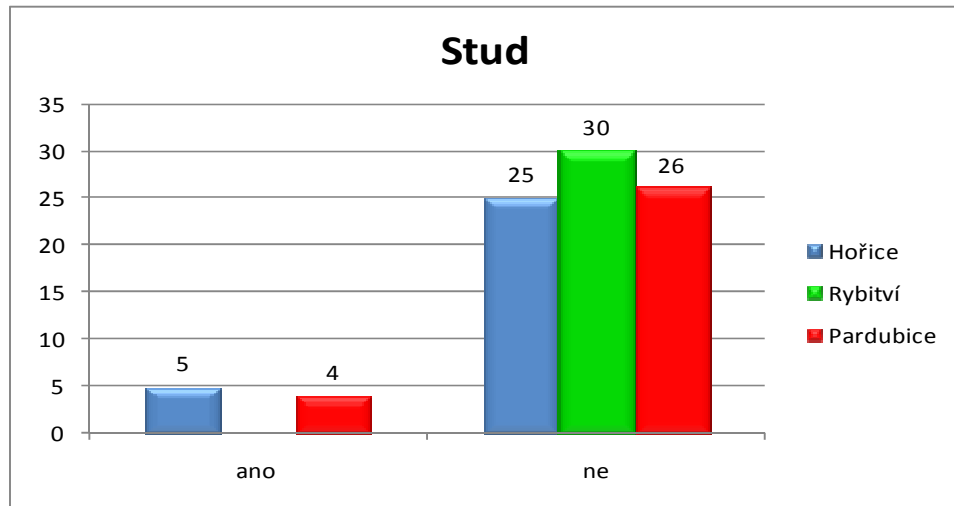
**Graf 27** Po propuštění**Otázka č. 23 Stydíte se, že jste v LDN (léčebně dlouhodobě nemocných)?**

Tabulka č. 37 a graf č. 28 vyhodnocují otázku č. 23, kdy jsem se ptala, zda se respondenti stydí za to, že jsou v LDN. 90 % odpovědí bylo NE, 10 % reakcí bylo ANO.

Tab. 37 Stud

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	5	17	0	0	4	13	9	10
ne	25	83	30	100	26	87	81	90





Graf 28 Stud

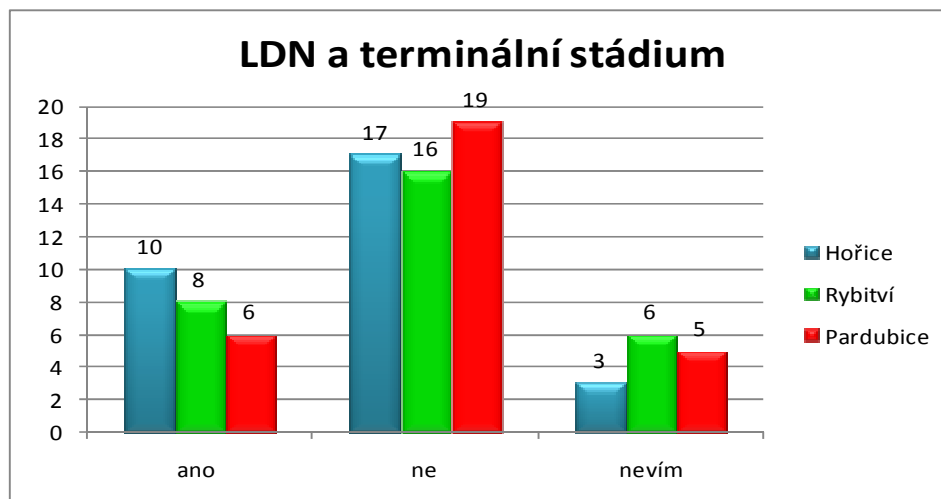
Otázka č. 24 Myslíte si, že LDN pečuje jen o klienty v terminálním/posledním stádiu onemocnění?

Zde mě zajímalo, zda si pacienti hospitalizovaní v LDN myslí, že LDN pečuje jen o klienty v terminálním stádiu onemocnění. V 58 procentech byla označena možnost NE, 27 % respondentů se domnívá, že ANO a 15 % dotazovaných neví – viz tabulka č. 38 a graf č. 29.

Tab. 38 LDN a terminální stádium

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano	10	33	8	27	6	20	24	26
ne	17	57	16	53	19	63	52	58
nevím	3	10	6	20	5	17	14	16





Graf 29 LDN a terminální stádium

Otázka č. 25 Věnují se Vám dostatečně v tomto zařízení?

Otázka č. 25 je rozdělena na dvě části. Respondenti měli za úkol oznámkovat jako ve škole ošetrovatelský personál a lékaře.

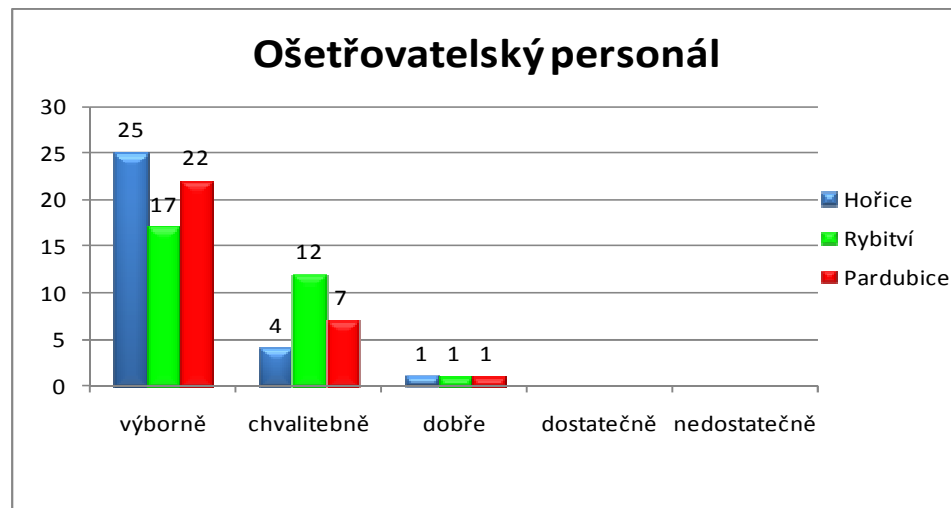
a) ošetrovatelský personál

Tabulka č. 39 a graf č. 30 zobrazují odpověď na otázku č. 25, která se v první části zabývá tím, zda se ošetrovatelský personál dostatečně věnuje klientům hospitalizovaným v LDN. 71 % odpovědí bylo VÝBORNĚ, ve 26 % obdržel ošetrovatelský personál známku CHVALITEBNĚ a známku DOBŘE dali 3 % dotazovaných.

Tab. 39 Ošetrovatelský personál

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
výborně	25	83	17	57	22	73	64	71
chvalitebně	4	13	12	40	7	23	23	26
dobře	1	3	1	3	1	3	3	3





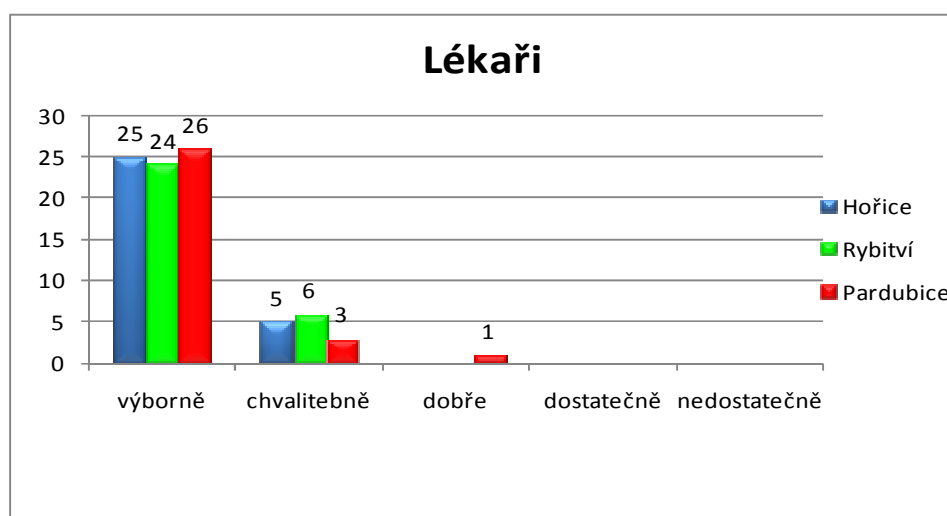
Graf 30 Ošetřovatelský personál

b) lékaři

Ve druhé části byli hodnoceni lékaři. Tabulka č. 40 a graf č. 31 znázorňují jejich oznámkování respondenty. Odpověď VÝBORNĚ byla u 83 % respondentů, 16 % dotazovaných zvolila známku CHVALITEBNĚ a 1% respondentů ohodnotilo lékaře známkou DOBŘE.

Tab. 40 Lékaři

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
výborně	25	83	24	80	26	87	75	83
chvalitebně	5	17	6	20	3	10	14	16
dobře	0	0	0	0	1	3	1	1



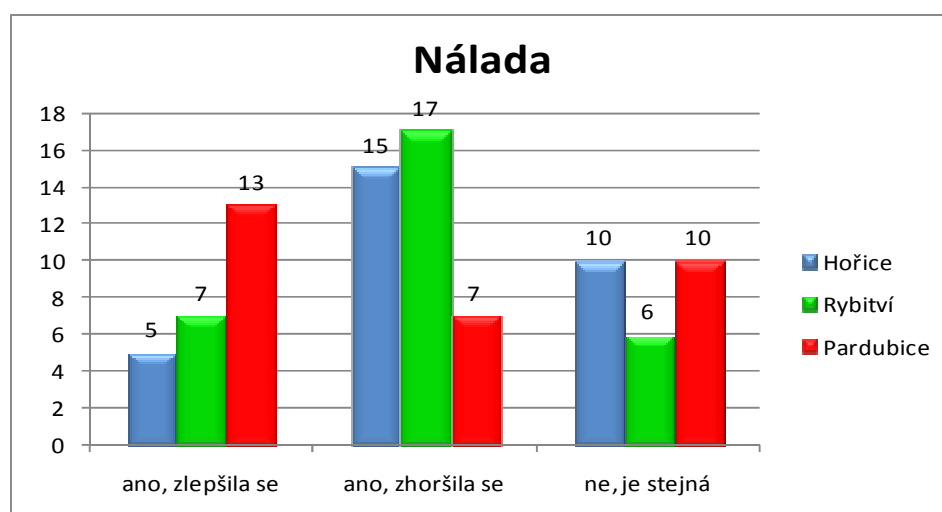
Graf 31 Lékaři

Otázka č. 26 Změnila se Vaše nálada poté, co jste tady?

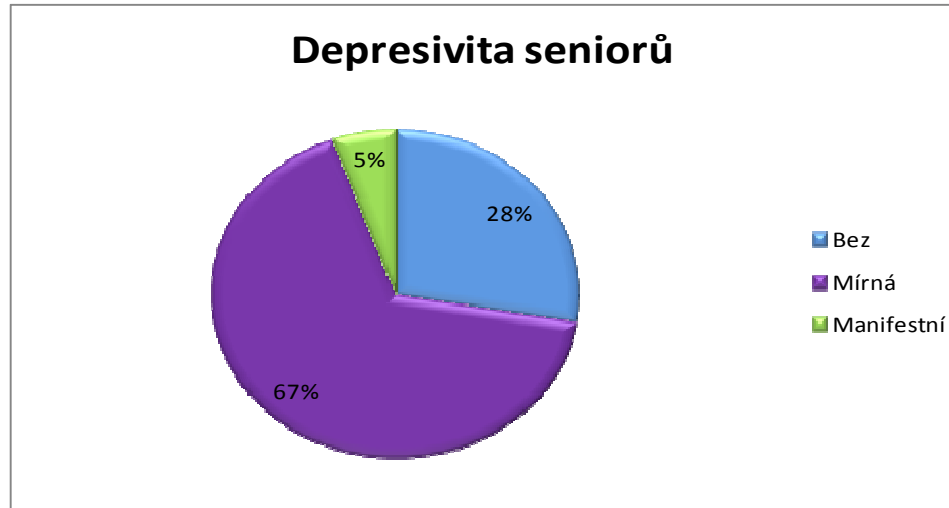
Zde jsem se zabývala otázkou, zda se respondentům změnila nálada poté, co byli hospitalizováni v LDN. 43 % reakcí je ANO, ZHORŠILA SE, 29 % odpovědí je NE, JE STEJNÁ a 28 % odezev je ANO, ZLEPŠILA SE – viz tabulka č. 41 a graf 32.

Tab. 41 Nálada

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i	Počet n_i	% p_i		
ano, zlepšila	5	17	7	23	13	43	25	28
ano, zhoršila	15	50	17	57	7	23	39	43
ne, je stejná	10	33	6	20	10	33	26	29

**Graf 32** Nálada

V závěru dotazníku byla použita Škála deprese pro geriatrické pacienty (Příloha A). Graf č. 33 zobrazuje výskyt depresivity u respondentů hospitalizovaných v LDN. 67 % dotazovaných trpí mírnou depresí, bez deprese je 28 % respondentů a manifestní deprese se projevila u 5 % dotazovaných.



Graf 33 Depresivita seniorů

Tabulka č. 42 vyjadřuje zastoupení depresivity v jednotlivých LDN. Je z ní patrné, že mírnou depresí trpí 77 % respondentů hospitalizovaných v LDN Hořice, 67 % respondentů hospitalizovaných v LDN Rybitví a 57 % respondentů hospitalizovaných v Geriatrickém centru v Pardubicích.

Tab. 42 Depresivita seniorů

	Hořice		Rybitví		Pardubice		Celkem	Celkem v %
	počet	%	počet	%	počet	%		
bez	6	20	7	23	12	40	25	28
mírná	23	77	20	67	17	57	60	67
manifestní	1	3	3	10	1	3	5	5



9. Diskuze

Výzkumné šetření předkládané diplomové práce bylo směřováno na aktuální situaci v oblasti hospitalizovaných geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných. K naplnění cílů jsem stanovila pět výzkumných otázek, které byly výzkumem ověřovány. Výzkum byl proveden statistickou procedurou za použití techniky dotazníku.

První výzkumnou otázkou jsem uvažovala, zda převážné zastoupení dotazovaných klientů bude mít příznaky deprese. Odpověď na tuto otázku zní ANO. Většina dotazovaných klientů léčených dlouhodobě nemocných je depresivních. Z vyhodnocení Škály deprese pro geriatrické pacienty je patrné, že bez deprese bylo jen 28 % dotazovaných. Nejvíce respondentů bez deprese bylo hospitalizovaných v Pardubicích (celkem 40 % z třiceti oslovených klientů tohoto zařízení). Z celkového počtu respondentů bylo 67 % mírně depresivních a 5 % dotazovaných má manifestní depresi. Nejhorší situace byla v LDN v Hořicích, kde dle výsledku šetření bylo 77 % dotazovaných mírně depresivních a 3 % oslovených klientů tohoto zařízení trpělo manifestní depresí. Největší počet manifestní deprese byl zaznamenán u respondentů v LDN Rybitví a to u 10 % respondentů. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že nikdy nebo zřídka pociťuje smutnou náladu pouze malé procento dotazovaných. Více jak polovina respondentů trpí únavou, zácpou, poruchou spánku. Také zde hraje určitou roli denní užívání léků. 77 % dotazovaných klientů zařízení dlouhodobé péče užívá denně více jak pět léků. Polypragmazie je u seniorů velmi častý problém, což se potvrzuje i v tomto výzkumu a zajisté má vliv na vznik depresivity.

Ve druhé výzkumné otázce jsem se přemýšlela, zda bude u ovdovělých respondentů depresivita přítomná více než u ostatních dotazovaných. Tento předpoklad se mi potvrdil. Při vyhodnocení otázky na rodinný stav vyšlo najevo, že z celkového počtu 40 odpovědí vdova/vdovec je 33 vdov (62 % vdov z oslovených 53 žen) a 7 vdovců (19 % vdovců z oslovených 37 mužů). Z celkového počtu ovdovělých je 73 % depresivních, je patrné, že ovdovění má také vliv na výskyt depresivity.

Třetí výzkumná otázka, kterou jsem si položila byla: Vznikne většina doprovodných příznaků deprese až v době hospitalizace? Tento předpoklad se mi potvrdil. V době hospitalizace vznikla u 78 % dotazovaných nechut' k jídlu, u 66 % respondentů porucha spánku a u 64 % oslovených v době hospitalizace vznikla únava. Všechny tyto výsledky svědčí o tom, že depresivita seniorů v zařízeních dlouhodobé péče je a že některé příznaky ukazující na depresi vznikají až v době hospitalizace. Z celkového počtu pěti otázek, které



se zaměřily na vznik příznaků v době hospitalizace, jsou tři otázky pozitivní na vznik v době hospitalizace.

Čtvrtá výzkumná otázka byla položena takto: Bude ošetřující personál v zařízeních dlouhodobé péče hodnocen kladně? Tento výzkumný záměr jsem si podobně jako u předchozích záměrů ověřila několika otázkami v dotazníku. Otázka na respektování důstojnosti personálem přinesla uspokojivé výsledky. Odpověď NE zazněla pětkrát v Hořicích a třikrát v Pardubicích. Dotazovaní se převážně domnívají, že si sestřička udělá čas si s nimi popovídat, vyrovnanější výsledky u odpovědí ANO – NE byly pouze u dotazovaných v Hořicích, jinak převažovala odpověď ANO. Usmívání sestřiček, když vejdou do pokoje, bylo ohodnoceno také u většiny respondentů kladně. Ošetřovatelský personál a lékaři obdrželi od dotazovaných převážně známku výborně. Celkové hodnocení ošetřujícího personálu vyznělo velice kladně.

Pátá výzkumná otázka zněla: Je nejčastější příčinou depresivity seniorů v zařízeních LDN jejich samotná hospitalizace v tomto zařízení? Na otázku „Chtěl/a byste raději být doma s domácí agenturou než tady?“ byly odpovědi rozdílné. Pouze jeden respondent v Hořicích a pět respondentů v Pardubicích odpovědělo NE, zbytek dotazovaných přiznal, že by raději byl doma. Ovšem v Rybitví jenom 8 dotazovaných odpovědělo, že by raději bylo doma, ostatní respondenti uvedli, že NE. 26 % respondentů se také domnívá, že LDN pečují o pacienty v terminálním stádiu, 10 % dotazovaných se stydí za to, že je v LDN, 27 % respondentů nemá nikoho, kdo se o ně postará po propuštění, 13 % dotazovaných stojí o jednolůžkový pokoj. Tato čísla sice nejsou nijak převratná, ale ukazují na problémy seniorů, na které je potřeba myslet, neboť je velmi ovlivňují. Z výsledku šetření jsou nejčastější příčiny depresivity u seniorů v zařízeních dlouhodobé péče především depresivita již před hospitalizací (před hospitalizací byly přítomny doprovodné příznaky deprese a to především u 50 % dotazovaných to byla ztráta zájmu o koníčky, u 57 % respondentů byla narušena radost ze života, 36 % respondentů trpělo únavou, 34 % dotazovaných poruchou spánku), další příčinou depresivity jsou předsudky o zařízení, nemožnost být doma s agenturou domácí péče a především má vliv samotná hospitalizace, neboť zhoršení nálady po hospitalizování uvádí až 43 % respondentů.



IV. ZÁVĚRY

Deprese je závažné onemocnění, které je zátěží nejen pro nemocného, ale také pro jeho rodinu a blízké. Narušuje běžné životní funkce člověka a často zhoršuje současná tělesná onemocnění. Socioekonomické důsledky jsou dalekosáhlé a nejsou ještě ani dostatečně známy. Na rozdíl od většiny dalších neuropsychiatrických onemocnění vyššího věku je deprese dobře léčitelná a lze ji i do jisté míry předcházet.

Předložená práce je rozdělena do dvou základních částí.

Teoretická část shrnuje poznatky o geriatrickém pacientovi, nejčastějších příčinách onemocnění u seniorů a možnosti péče o seniora. Vysvětluje pojem deprese, uvádí její dělení, etiopatogenezi, epidemiologii, klinický obraz deprese, diagnostiku, diferenciální diagnostiku, léčbu a důsledky deprese.

Empirická část se zajímá o to, jak hospitalizace v léčebně dlouhodobě nemocných působí na náladu hospitalizovaných, jaký je výskyt depresivity a mapuje příčiny deprese ve stáří u hospitalizovaných geriatrických pacientů v zařízeních dlouhodobé péče.

Výzkumná sonda byla provedena dotazníkovou formou u 90 osob. Osobním kontaktem, návratnost dotazníků byla 100 %.

Dotazník byl určen pro pacienty hospitalizované v léčebnách dlouhodobé péče v Rybitví, v Hořicích a v Geriatrickém centru v Pardubicích. Většinu respondentů (59 %) tvořily ženy, nejčastěji zastoupená věková skupina byla 75 - 84 let a to v 51 %. Z celkového počtu všech dotazovaných bylo 67 % dotazovaných mírně depresivních, bez deprese bylo 28 % respondentů a manifestní deprese se projevila u 5 % dotazovaných.

Výsledky výzkumné sondy ukazují, že nejčastěji vznikla deprese u seniorů již před hospitalizací, další příčinou depresivity u seniorů v zařízeních dlouhodobé péče jsou předsudky o zařízení, nemožnost být doma s agenturou domácí péče a především má vliv samostatná hospitalizace, neboť zhoršení nálady po hospitalizování uvádí až 43 % respondentů.

V odborné literatuře nalezneme řadu prací na téma depresivity. V nich se autoři sice zabývají depresí jako takovou, ale problematiky příčin deprese u seniorů v zařízeních dlouhodobě nemocných se dotýkají jen okrajově.

Předložená práce zmapovala opomíjenou oblast – poukázala na aktuální situaci v oblasti hospitalizovaných geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Výzkum MUDr. Holmerové a kol., který byl proveden u 122 seniorů žijících v domovech důchodců a který použil stejnou škálu pro hodnocení deprese, potvrdil, že



těžkou depresí trpí 15 % seniorů, mírnou depresí pak 40 % seniorů a dalších 11 % je léčeno antidepresivy. (31)

Oba výzkumy ukazují na depresi, jako na velkou obtíž, která trápí mnoho seniorů žijících nejen v domovech důchodců, ale i hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Mnozí lidé si ani neuvědomují, jakou velkou roli v životě seniorů hraje smutek, samota, pocit nepotřebnosti, bezvýchodnosti, blížící se konec života. Deprese je velký problém, na který musíme nejen při ošetřování, ale i pouhém kontaktu se seniory myslet (v dnešní době nejen v kontaktu se seniory, neboť deprese neber ohled na věk). Důležité je si všimnout medikace, kterou pacienti užívají, jejich případných změn chování, chování jako takového, jejich sociální situace. Sestra by si měla udělat na pacienta čas a snažit se proniknout k nemocnému člověku blíž, vyslechnout či vypozerovat jeho stesky, důležité je mluvit s rodinou a v případě podezření upozornit lékaře na tento problém a spolupracovat s ostatními členy ošetřujícího týmu. S depresí se dá bojovat, ale musíme někdo začít.



V. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. Indická přísloví [online]. © 2007-2010 [cit. 2009-11-02]. Dostupný z WWW:
< <http://prislovi.citaty.net/indicka-prislovi> >
2. John Lennon [online]. © 2007-2010 [cit. 2009-11-02]. Dostupný z WWW:
< <http://citaty.net/autori/lennon-john> >
3. PIDRMAN, V. Deprese seniorů. *Česká geriatrická revue*, 2005, roč. 2005, č.2, s.45-52. ISSN 1214-0732
4. HOLMEROVÁ, I.; VAŇKOVÁ, H.; JURAŠKOVÁ, B. *Deprese ve stáří*. – materiál ČGGS získaný od MUDr. Juraškové
5. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
6. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
7. KALVACH, Z. a kol. *Pojetí geriatrického pacienta a komplexní geriatrické hodnocení pro praktické lékaře*. – materiál ČGGS získaný od MUDr. Juraškové
8. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
9. HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
10. Návrh koncepce oboru geriatricie – materiály ČGGS od MUDr. Juraškové
11. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.



12. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. 1. vydání. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
13. KUČEROVÁ, Z. *Ve většině LDN je péče kvalitní*. [online]. © 2009 [cit. 2010-03-06]. Dostupný z WWW:
< <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/Aktuality/index.html?aktualita=LDN> >
14. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 128 s. ISBN 80-247-0575-3.
16. JANOSIKOVÁ, E. H. ; DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatelstvo*. 1.vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta, s.r.o., 1999. 530 s. ISBN 80-8063-017-8.
17. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2001. 83 s. ISBN 80-85121-68-9.
18. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 180 s. ISBN 80-7178-809-0.
19. ŠLAISOVÁ, I. ; HOSÁK, L. ; MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1, vyd. Hradec Králové : Nucleus, 2004. 92 s. ISBN 80-86225-51-8.
20. ZVOLSKÝ, P. et kol. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2001. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.
21. ZVOLSKÝ, P. et kol. *Speciální psychiatrie*. 2. Vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2001. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.



22. RADIMSKÝ, M. et al. *Psychitrie II*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 217 s. ISBN 80-7013-350-3.
23. KUBÍNEK, R. et kol. Deprese seniorů. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, roč. 2008, č.9, s. 8-11 ISSN - 1213-0508
24. RABOCH, J.; LAŇKOVÁ, J. *Deprese*. 1. vyd. Praha : Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2008. 16 s. ISBN 978-80-86998-22-0.
25. DRÁSTOVÁ, H. ; KROMBHOLZ, R. Deprese v seniu. *Medicína pro praxi*, 2006, ročník 2006, č.2, s. 241-243 ISSN - 1214-8687
26. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2., aktualiz. vyd., Praha : Grada, 2003, 262 s. ISBN 80-247-0253-3
27. GALAJDOVÁ, L.: *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, s. 160 ISBN 80-7169-789-3
28. *Informace o nás* [online]. 2009 [cit. 2009-12-31]. Dostupný z WWW: < <http://www.ldn-rybitvi.cz/informace.htm> >
29. *Léčebna dlouhodobě nemocných*. [online]. 2009 [cit. 2009-12-31]. Dostupný z WWW: < <http://www.nemocnicehorice.cz/ldn.html> >
30. *Geriatrické centrum*. [online]. 2009 [cit. 2009-12-31]. Dostupný z WWW: < <http://www.nemocnice-pardubice.cz/stranka/kliniky-a-oddeleni/geriatricke-centrum/80/> >
31. HOLMEROVÁ, I. ; VAŇKOVÁ, H. a kol. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*, 2006, ročník 2006, č.4, s. 182 - 184 ISSN - 1213-0508



V. SEZNAMY

Seznam grafů

Graf 1 Lůžka v LDN	18
Graf 2 Pohlaví respondentů	35
Graf 3 Věk respondentů	36
Graf 4 Rodinný stav	37
Graf 5 Bydlení	38
Graf 6 Paměť	39
Graf 7 Smutná nálada	41
Graf 8 Boj se smutkem	42
Graf 9 Obtíže	44
Graf 10 Koníček	45
Graf 11 Koníček - vznik	46
Graf 12 Chut' k jídlu	47
Graf 13 Nechuť k jídlu – vznik	48
Graf 14 Spánek	49
Graf 15 Poruchy spánku - vznik	50
Graf 16 Radost ze života	51
Graf 17 Nic mě nebaví - vznik	52
Graf 18 Síla	53
Graf 19 Únava - vznik	54
Graf 20 Důstojnost	56
Graf 21 Čas popovídat si	56
Graf 22 Úsměv	57
Graf 23 Pokoj	58
Graf 24 Intimita	59
Graf 25 Zdravotní stav	60
Graf 26 Raději doma	61
Graf 27 Po propuštění	62
Graf 28 Stud	63
Graf 29 LDN a terminální stádium	64
Graf 30 Ošetrovatelský personál	65
Graf 31 Lékaři	65



Graf 32 Nálada.....	66
Graf 33 Depresivita seniorů.....	67

Seznam tabulek

Tab. 1 Lůžka ošetrovatelské následné péče	15
Tab. 2 Léčebny pro dlouhodobě nemocné - ÚZIS.....	17
Tab. 3 Subjektivní a objektivní příznaky.....	24
Tab. 4 Pohlaví respondentů	35
Tab. 5 Věk respondentů	36
Tab. 6 Rodinný stav	37
Tab. 7 Deprese u ovdovělých	37
Tab. 8 Bydlení.....	38
Tab. 9 Paměť.....	39
Tab. 10 Užívání léků.....	40
Tab. 11 Alkohol	40
Tab. 12 Smutná nálada.....	41
Tab. 13 Boj se smutkem	42
Tab. 14 Pomoc	43
Tab. 15 Boj	43
Tab. 16 Obtíže.....	44
Tab. 17 Koníček.....	45
Tab. 18 Koníček - vznik	46
Tab. 19 Chut' k jídlu.....	47
Tab. 20 Nechut' k jídlu - vznik.....	48
Tab. 21 Spánek	49
Tab. 22 Poruchy spánku - vznik	50
Tab. 23 Radost ze života.....	51
Tab. 24 Nic mě nebaví - vznik.....	52
Tab. 25 Síla	53
Tab. 26 Únava - vznik.....	54
Tab. 27 Váhavost	55
Tab. 28 Důstojnost.....	55
Tab. 29 Čas popovídat si.....	56



Tab. 30 Úsměv	57
Tab. 31 Pokoj.....	58
Tab. 32 Intimita.....	59
Tab. 33 Zdravotní stav	60
Tab. 34 Raději doma.....	61
Tab. 35 Předchozí život	61
Tab. 36 Po propuštění	62
Tab. 37 Stud.....	62
Tab. 38 LDN a terminální stádium	63
Tab. 39 Ošetrovatelský personál.....	64
Tab. 40 Lékaři.....	65
Tab. 41 Nálada.....	66
Tab. 42 Depresivita seniorů	67



VI. PŘÍLOHY

Příloha č. A Dotazník

Příloha č. B Hodnocení škály deprese

Příloha č. C Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné práce

Příloha č. D Škála deprese pro geriatrické pacienty



Příloha A)

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Dobrý den, jmenuji se Lucie Paulusová a studuji na Univerzitě Pardubice na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích magisterský studijní program Ošetřovatelství, obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech. Pro diplomovou práci jsem si vybrala téma Depresivita seniorů v zařízeních dlouhodobé péče. Do rukou se Vám tak dostává anonymní dotazník, který se zaměřuje na problematiku příčin deprese neboli chorobně smutné nálady. Tento dotazník je určen pro seniory žijící v zařízeních dlouhodobé péče.

Prosím Vás, a předem děkuji za pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Údaje budou použity jen pro mou diplomovou práci.

Děkuji Bc. Lucie Paulusová

Prosím, o zaškrtnutí:

Pohlaví:

- a) Muž b) Žena

Věk:

- a) 64 -74 let b) 75 -84 let c) nad 85 let

Stav:

- a) svobodný/á b) rozvedený/á c) ženatý/vdaná d) vdovec/vdova e) druh/družka

Žijící:

- a) sám/ sama b) s dětmi c) manželem / druhem d) v domově důchodců
e) jinde.....



Prosím, o pečlivé přečtení níže uvedených otázek a pokud nebude u otázky uvedeno jinak, prosím, označte libovolným způsobem pouze **jednu** z možných odpovědí.

1. Trpíte poruchami paměti?

- a) ano
- b) ne, netrpím

2. Užíváte nějaké léky?

- a) ano

Kolik denně?

.....

- b) ne, žádné léky neužívám
- c) nevím

3. Pijete alkohol?

- a) ano

Jak často?.....

Jaké množství?.....

- b)ne, alkohol vůbec nepiji.
- c) pil/a jsem, nyní už nepiji

4. Míváte smutnou náladu?

- a) nikdy nebo zřídka
- b) někdy
- c) dosti často
- d) velmi často nebo stále



5. Jak bojíte se smutnou náladou?

- a) straním se lidí
- b) jdu do společnosti
- c) snažím se odreagovat knihou, televizí, sportem
- d) nic mi nepomáhá, nic mě nebaví
- e) pomůže mi rodina, přátelé, blízcí
- f) jiné.....

6. Kdyby jste měl/a pocity dlouhotrvající špatné nálady, deprese, obrátil/a by jste se na odborníky?

- a) ano
- b) ne
 - zvládl/a bych to sama
 - obrátil/a bych se na rodinu, přátele, blízké

7. Zaškrtněte, prosím, všechny obtíže, které z nabídky máte.

- a) nechut' k jídlu
- b) zvýšená chuť k jídlu
- c) zácpa
- d) úbytek na váze
- e) únava
- f) porucha spánku

8. Věnujete se svým koníčkům?

- a) prakticky nyní mám na svého koníčka čas
- b) nemám již tolik sil na svého koníčka I. již před hospitalizací v LDN II. až nyní
- c) nemám náladu na koníčka I. již před hospitalizací v LDN II. až nyní
- d) nechce se mi nic dělat I. již před hospitalizací v LDN II. až nyní



9. Máte chuť k jídlu?

- a) chuť k jídlu mám dobrou
- b) sním jídlo, ale ne s takovou chutí jako dříve I. již před hospitalizací v LDN
II. až nyní
- c) nemám chuť k jídlu, musím se doslova nutit I. již před hospitalizací v LDN
II. až nyní

10. Jak byste ohodnotili kvalitu svého spánku?

- a) spím dobře, prakticky celou noc
- b) večer neusnu bez léku na spaní I. již před hospitalizací v LDN II. až nyní
- c) budím se celou noc, ráno jsem unavený/á I. již před hospitalizací v LDN II. až nyní

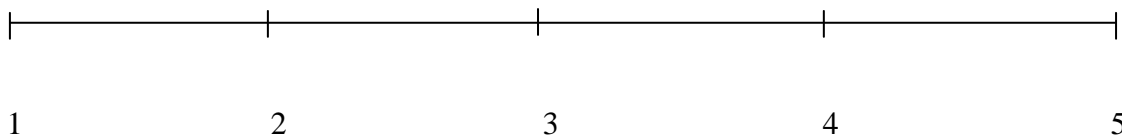
11. Máte radost ze života?

- a) jsem šťastný/á, mám radost ze života
- b) převažuje radost nad pocitem smutku
- c) nemám radost ze života, nic mě na světě nebaví I. již před hospitalizací v LDN
II. až nyní

12. Máte pocit, že stále zvládnete vše bez problémů?

- a) jsem stále při síle, zvládnou všechny úkoly, které jsem si předsevzal/a
- b) zastanu ještě vše, ale již s větší únavou
- c) jsem poslední dobou více unavený/á, prospím většinu dne I. již před hospitalizací v LDN
LDN II. až nyní

**13. Jste při rozhodování váhavý/á, nerozhodný/á?
(oznámkujte se jako ve škole)**



14. Myslíte si, že personál respektuje Vaši důstojnost?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

15. Udělá si sestřička čas si s Vámi popovídat?

- a) ano, denně si chvíli najde
- b) ne
- c) někdy

16. Usměje se na Vás sestřička, když vstoupí do pokoje?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

17. Stojíte spíše o jednolůžkový pokoj?

- a) ano
- b) ne, vyhovují mi vícelůžkové pokoje

18. Stojíte o větší intimitu?

- a) ano, nejsem spokojen/a
- b) ne, jsem spokojen

19. Máte pocit, že se Váš stav zlepšuje?

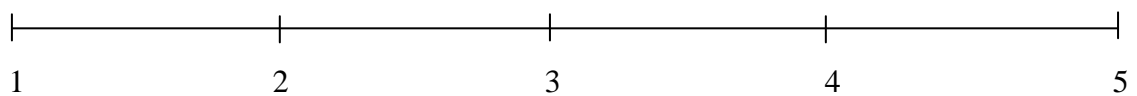
- a) ano
- b) ne
- c) je stejný



20. Byl/a byste raději doma s domácí agenturou než tady?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, je mi to jedno

**21. Jste spokojen/a s předchozím životem?
(oznámkujte se jako ve škole)**



22. Máte někoho, kdo se o Vás postará po propuštění?

- a) ano
- b) ne

23. Stydíte se, že jsem v LDN (léčebně dlouhodobé péče)?

- a) ano
- b) ne

24. Myslíte si, že LDN pečuje jen o klienty v terminálním/posledním stádiu onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím



**25. Věnují se Vám dostatečně v tomto zařízení?
(oznámkujte jako ve škole)**

a) ošetrovatelský personál

1	2	3	4	5

b) lékaři

1	2	3	4	5

26. Změnila se Vaše nálada poté, co jste tady (v zařízení dlouhodobé péče)?

- a) ano, zlepšila se
- b) ano, zhoršila se
- c) ne, je stejná



Jestli máte nějaké doplňkové informace, prosím, napište mi je.

V dotazníku byly použity některé otázky z připravovaného testovníku pro lékárníky od MUDr. Juraškové



Škála deprese pro geriatrické pacienty-Geriatric depression scale.

(podle Sheik,J.I.,Yesavage,J.A..Clin.Gerontol.,5,1986 s.165-172)

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit,že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma,než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si,že máte větší potíže s pamětí než vaší vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné býti na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy,že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si,že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	



Příloha B)

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														



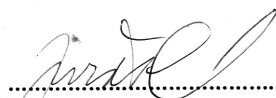
Příloha C)



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Paulusová Lucie
Škola	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Studijní program	Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – 2.r.
Studijní obor/ročník	
Typ práce (bakalářská, magisterská, disertační)	diplomová
Téma	Depresivita seniorů v zařízeních dlouhodobé péče
Jméno vedoucího práce	MUDr. Božena Jurašková
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Skupina respondentů/předpokládaný počet	<i>celkem : 90</i>
Pracoviště kde bude výzkum prováděn	LDN Rybitví LDN Městská nemocnice Hořice LDN Krajská nemocnice Pardubice
Metodika výzkumu	dotazník
Zahájení výzkumu	<i>1.12.2009</i>
Konec výzkumu	<i>31.12.2009</i>


.....
Vedoucí práce


.....
Vedoucí katedry



Příloha D)

ŠKÁLA DEPRESE pro geriatrické pacienty

Specifita symptomů deprese ve stáří

Deprese se ve vyšším věku vesměs rozvíjí na pozadí již probíhajících tělesných (často chorobných) změn, proto budou některé ze základních symptomů, které jsme zvyklí hodnotit u běžné populace, méně průkazné i viditelné. Máme na mysli zejména poruchy spánku, změny chuti k jídlu, ztrátu výkonnosti či fyzické omezení. Je proto třeba zvláště pečlivě hledat ostatní varovné příznaky.

Závažné symptomy

- smutek, pokleslá nálada, tíseň, nucení k pláči
- návratné myšlenky na nežití, smrt, sebevraždu
- pozitivní osobní anamnéza

Další symptomy

- ztráta zájmu o okolí, dění, dřívější adekvátní aktivity
- pocity bezmocnosti, zbytečnosti, nepotřebnosti
- pocit, že život je prázdný
- programové vyhýbání se sociálním aktivitám
- psychomotorická agitace nebo retardace
- obtížné vykonávání rozhodnutí

Pidman, V.: Deprese seniorů. Maxdorf, Praha, 2003, 60 p.



Škála deprese pro geriatrické pacienty

OTÁZKY	ODPOVĚDI	
1. Jste v podstatě spokojený(á) se svým životem?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
2. Vzdal(a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
4. Nudíte se často?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
7. Cítíte se převážně šťastný(á)?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
8. Cítíte se často bezmocný(á)?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel (šla) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými věcmi?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
12. Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
13. Cítíte se plný(á) elánu a energie?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
14. Máte pocit, že je vaše situace beznadějná?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
15. Myslíte si, že je na tom většina lidí lépe než vy?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
CELKOVÉ SKÓRE		

Hodnocení: za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny 1 bod.

0-5 bodů – normální nálada bez deprese | 6-10 bodů – mírná deprese | nad 10 bodů – manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

