

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Depresivita seniorů v domácí péči
Bc. Iva Pazourková**

**Diplomová práce
2010**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Iva PAZOURKOVÁ**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství**
Název tématu: **Depresivita seniorů v domácí péči**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky depresivity seniorů v domácí péči.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentů a rozdávání dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

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


Seznam odborné literatury:

1. PLÉVOVÁ, Jarmila; BOLELOUCKÝ, Zdeněk. Psychofarmakoterapie vyššího věku. 2. vyd. Praha : Grada, 2000. ISBN 80-7169-959-4.
2. BECK, Aaron. Kognitivní terapie a emoční poruchy. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-032-1.
3. PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana; PRAŠKOVÁ, Jana. Deprese a jak ji zvládat. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
4. ŠTILEC, Miroslav. Program aktivního stylu pro seniory. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II. dospělost a stáří. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.


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

Prohlašuji:

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

Byla jsem seznámena 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 30.4.2010

Iva Pazourková

Poděkování:

Děkuji MUDr. Boženě Juráskové Ph.D. za vedení diplomové práce a cenné připomínky.

A Mgr. Martině Jedlické za pomoc při stylistické úpravě mé diplomové práce.

ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

ANOTACE

Práce pojednává o problematice depresivity seniorů v domácí péči. Je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části se zabývá stářím a depresí - Co pojem deprese znamená, co deprese způsobuje, jak se deprese projevuje a jak se deprese liší u lidí ve stáří. Dále se teoretická část práce dotýká problematiky starý člověk v domácí péči.

Druhou část práce tvoří výzkum, který jsem o této problematice prováděla mezi seniory v domácí péči. Tato část práce je věnována metodice, organizaci, průběhu a vyhodnocení výzkumu, který probíhal formou dotazníku.

KLÍČOVÁ SLOVA

stáří, deprese u seniorů, domácí péče, deprese

TITEL

Depression of seniors in domiciliary care

ANNOTATION

The work is deserting about problematic of depression in the elderly people in a home care. It is dividing in to the two parts. First, theoretical part dealt with old-age person (elderly) and depression. – What does the idea depression mean, what evoke the depression, how as the depression express and how is different in humus in old-age. Further the theoretically part cover problematic of old-age person in home care.

The second part is research, which I made it between elderly in home care. This part of my work is devoted of methodics, organisation, process and evaluation of the research, which proceed in form of questionnaire.

KEYWORDS

Elderly, depression by the elderly, home care, depression

OBSAH

OBSAH	7
ÚVOD	9
CÍLE	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STÁŘÍ.....	10
1.1 Psychika a její projevy a rysy ve stáří.....	11
1.2 Ageismus.....	13
2 DEPRESE.....	14
2.1 Psychodynamika deprese.....	15
2.2 Příčiny deprese.....	16
2.3 Příznaky deprese.....	18
2.4 Depresivní epizoda.....	19
3 DEPRESE U SENIORŮ.....	20
3.1 Škály pro hodnocení depresivity seniorů.....	21
4 LÉČBA DEPRESE U SENIORŮ.....	22
4.1 Psychoterapie.....	23
4.2 Kognitivně – Behaviorální terapie.....	24
4.3 Farmakoterapie deprese u seniorů.....	24
4.3.1 Změny ve farmakoterapii ve stáří.....	25
4.3.2 Průběh léčby antidepresivy u seniorů.....	27
4.3.3 Druhy antidepresiv.....	27
4.4 Další možnosti léčby deprese.....	29
4.5 Návykové látky a deprese.....	29
5 STARÝ ČLOVĚK V INSTITUCI.....	30
6 STARÝ ČLOVĚK V DOMÁCÍ PÉČI.....	31
6.1.Domácí péče.....	32
6.2 Poskytovatelé domácí péče.....	34
6.3 Formy domácí péče.....	34
6.4 Výhody domácí péče a její nevýhody.....	35

II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	37
1 HYPOTÉZY.....	37
2 METODIKA.....	38
2.1 Metodika.....	38
2.2 Charakteristika souboru.....	38
2.3 Popis výzkumu.....	38
3 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	39
DISKUSE.....	65
ZÁVĚR.....	67
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	69
SEZNAM PŘÍLOH.....	70
Příloha A : Dotazník.....	71
Příloha B : Yesavageho škála k hodnocení deprese	74

ÚVOD

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma „ Depresivita seniorů v domácí péči“. Jelikož v naší společnosti seniorů stále přibývá a naše populace stárne, je více než žádoucí se zajímat o tuto problematiku.

V dřívější době byli staří lidé považováni za symbol moudra. Mladí lidé od nich přebírali rady a zkušenosti, které považovali za cenné a nesli si je sebou do dalšího života. Rodiče a prarodiče žili blízko svých dětí, které k nim chovaly úctu a vážily si jich.

Dnes už je spousta věci jinak a mezi ně bohužel patří i přístup ke starým lidem. Mladé lidi už nezajímá názor jejich stárnoucích rodičů, babiček a dědečků, jejich moudra a příběhy. V dnešní moderní uspěchané době se starý člověk pro svou rodinu bohužel často stává přítěží. Bývá rodinou odsunut do různých zdravotnických zařízení nebo žije sám opuštěný daleko od své rodiny, která jej například navštěvuje jen několikrát do roka. Samozřejmě tomu tak není ve všech případech. Ale bohužel se s takovými případy setkáváme. Starý člověk se pak cítí opuštěný, nepotřebný, smutný a tyto pocity dříve nebo později vedou ke vzniku deprese.

Přála bych si, aby moje práce dokázala přiblížit problematiku deprese u seniorů žijících doma nebo v zařízeních jako jsou domovy pro seniory nebo domovy s pečovatelskou službou. A zjistit jaký vliv na depresivitu seniorů má prostředí, ve kterém žijí, vztahy s rodinou, styl osobního života a další jiné faktory.

CÍLE

- Kolik lidí v domácí péči trpí depresí a kolik z nich jich je léčeno.
- Jaký vliv na depresivitu seniorů má rodina (konflikty v rodině, kontakt s dětmi, zájem rodiny).
- Jaký vliv má na depresivitu seniorů vztah se zdravotnickým personálem v domácí péči.
- Zjistit jakým způsobem ovlivňuje depresi způsob, jakým tráví senioři volný čas.
- Jaký vliv má zdravotnická supervize.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

Stáří je poslední etapou života, která bývá označována jako post-vývojová. Toto období přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění ale také souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu. Dochází ke zvýšené zranitelnosti jedince, k poklesu jeho schopností a energie. Stáří je životním obdobím relativní svobody ale i dobou kdy dochází ke kumulaci nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech.

Obecně můžeme říci, že z hlediska společenského je člověk starý, když je za takového pokládán ostatními členy společnosti. Vzhledem k tomu, že se současná společnost stále vyvíjí, dochází ke značným posunům hranice, kdy je člověk považován za starého. Posun věkové hranice ovlivňuje mnoho faktorů mezi nimi například individuální variabilita jedince. Tým člověk může vykazovat určitý pokles výkonnosti v některých činnostech, zatímco výkon v jiném ohledu současně ještě stoupá nebo je stabilně zachován. Dalším faktorem je fakt, že ve stáří se ještě více, než v dřívějších obdobích prosazují rozdíly mezi jedinci. Někteří jedinci si zachovávají svěžest a duševní i tělesnou pohodu do vysokého věku. Jiní vykazují výrazné známky stárnutí již velmi brzy. A v neposlední řadě v ovlivňování stáří hrají velkou roli pokroky ve zdravotní péči a celkové společenské změny, které ovlivňují zdravotní stav lidí a posunují tak hranici stáří jedním nebo druhým směrem¹.

Za hlavní specifický význam stáří považujeme dosažení integrity v pojetí vlastního života. To znamená, že starý člověk přijímá svůj život pozitivně, jako ukončené dílo aby mohl přijmout jeho konec. Důležité je aby svůj život akceptoval takový, jaký byl, bez velké úzkosti nad tím, co mohlo být jinak. Je třeba přijmout vlastní nedostatky a nedokonalosti a smířit se s nimi. Aby se vyrovnal se vším, co se nepovedlo, včetně vlastních činů, které v něm ještě způsobují pocity viny.

V literatuře nalezneme různá dělení období stáří. Klasifikace je odvozena od věku člověka, ale samozřejmě musí být brány v potaz všechny individuality člověka. Nejčastěji se setkáme s dělením, kdy se člověk od 60 roku života nachází v životním období, které označujeme jako rané stáří. Období trvá do 75 let života člověka, dochází v něm k individuálním změnám daným stárnutím. Tyto změny ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život. Od 75 roku života pak už mluvíme o pravém stáří, které bývá ještě rozděleno na kmetství a patriarchát. Toto období je označováno jako životní fázi

¹ KREJČÍŘOVÁ, D., LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. 1998

pravého stáří. Bohužel se ho už větší část starších lidí nedožije. Člověk je ohrožen zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Závažnost konkrétní zátěže pro určitého jedince závisí na jeho osobnosti, zkušenostech, hodnotovém systému, na okolních psychických i somatických kompetencích. Kompetence starých lidí se liší. Na jedné straně jsou lidé moudří a zkušení na straně druhé jsou lidé, kteří jsou poznamenáni svým psychickým a somatickým úpadkem. Kvalita života starých lidí spíše klesá, a přestože jsou staří lidé schopni až obdivuhodné adaptace na nepříznivé změny, zhoršuje se subjektivní interpretace vlastní životní situace².

1.1 Psychika a její projevy a rysy ve stáří

Každý člověk se utváří v odlišných společenských a sociálních podmínkách, proto je značně obtížné vystihnout podstatné osobnostní rysy staršího člověka. Rozdíly ukazují, že fyziologické stárnutí probíhá v jednotlivých psychických složkách různě. Stárnutí nastupuje v nestejném věku, postupuje různou rychlostí a i psychika ve stáří je u každého jedince odlišná. Asi nejvíce nápadné jsou rozdíly ve změně schopností člověka ve stáří. Každá schopnost podléhá biologickému stárnutí, některá rychleji jiné jsou odolnější.

Za nejobecnější charakteristiku stárnutí považujeme zpomalení psychické činnosti. To je nejlépe patrné na komplikované situaci. Kde se výrazně projeví rozdíl, a to mezi mladšími a staršími, v rychlosti reakce na danou situaci. U starších lidí je patrný pokles rychlosti reakce, za který jsou zodpovědné centrální procesy, spojené se zpracováním situace, rozhodováním o způsobu reakce. Dochází tak ke kognitivnímu poklesu, který výrazně odlišuje časové řešení limitovaných úkolů mezi mladšími a staršími. Starším lidem nevyhovuje činnost vyžadující rychlé rozhodování nebo činnost pod tlakem³.

Stáří je typické pro úbytek ve smyslovém vnímání, který vyvolá emoční problémy, jako je úzkost, výbušnost, agresivita nebo deprese staršího člověka. Dochází k úbytku sluchu, zraku či chuti, což může mít za následek problémy v sociálním kontaktu a následně i problémy v psychice člověka. Například se ztrátou čichu většinou člověk ztratí přehled i nad vlastní hygienou. Což je nepříjemné pro okolí, které to může vyjádřit netaktně najevo. Starý člověk se pak může cítit méněcenný, lítostivý nebo na opačné straně reaguje pocity vzteku a agrese. Nebo ztráta sluchu, která je ve stáří častá. Starý špatně slyšící člověk pak bývá podezřívavý.

² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 2000

³ ŠTILEC, M. *Program aktivního stárnutí*. 2004

Domnívá se, že s ním ostatní nechtějí mluvit, že se mu vysmívají a podobně a reaguje podrážděně.

Nesmíme opomenout také změny v oblasti učení a paměti, ke kterým ve stáří dochází. Zhoršuje se epizodická paměť, která se váže k určitému místu a době. Třeba kam si dal klíče. Tyto situace jsou ve stáří čím dál častější ale také úplně normální. Avšak v některých lidech mohou vyvolat neklid, obavy nebo dokonce i strach, že například trpí nějakou chorobou spojenou se zapomínáním. Jistou výhodou a také částečnou kompenzací ostatních ztrát ve stáří představuje sémantická paměť. Tato paměť obsahuje osvojené znalosti a zkušenosti. Díky této paměti je člověk schopen se stále učit. Právě proto existují univerzity třetího věku, které umožňují seniorům využívat sémantické paměti. Přinášejí hodnotný program, možnost sociálních kontaktů a duševního rozvoje⁴.

I změny v pohybových schopnostech mají vliv na psychiku člověka a na jeho denní rytmus. Ve stáří ubývají síly, pružnost svalů, zhoršuje se periferní vnímání a centrální kontrola, která je zajištěná motorickými centry v mozkové kůře. Změny pohybových schopností jsou podmíněny genetickými vlivy, předchozím stylem života a přístupem seniora k aktivnímu pohybu. Je prokázáno, že sebemenší pohyb ať už aktivní nebo pasivní má pozitivní vliv na psychiku člověka. Lidé, kteří nemají zájem o pohyb a jiné denní aktivity nebo jim to jejich zdravotní stav nedovoluje, tráví příliš času ve stejném prostředí, stejnými činnostmi, se stejnými lidmi nebo sami. Všechny tyto faktory pak mají negativní vliv na jejich psychiku, bývají pak často smutní, pesimističtí nebo zlí.

Psychika ve stáří však není jen výčtem nedokonalostí, i když to tak doposud vypadalo. Naopak stáří skýtá i četná pozitiva, která je nutno vyzdvihnout. Starý člověk má oproti mladšímu dlouhodobé zkušenosti díky nim dochází vyzrálosti, zklidněnosti a zmoudření. Zvyšuje se jeho trpělivost a přesnost, vyrovnanost. Staří lidé mají větší pochopení pro problémy ostatních, jsou stálejší v názorech a vztazích ke svému okolí. Jednají s větší rozvahou, jejich vystupování je osobité. A snad nejvíce ze všech životních etap má stáří nejvíce vyvinutou schopnost odlišit podstatné od nepodstatného.

⁴ ŠTILEC, M. *Program aktivního stárnutí*. 2004

1.2 Ageismus

V současné společnosti převládá ke stáří a starým lidem spíše negativní postoj. Stáří je chápáno jako období, kdy člověk pouze chátrá, v lepším případě je zachována část toho, co získal dříve. Jeho zkušenost i kompetence ztrácejí význam a pro společnost se takový člověk stává nepřínosný. Hodnotový systém společnosti, bohužel zdůrazňuje zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládí jako je mladistvý vzhled, výkonnost, fyzická zdatnost atd. Staré lidi naopak silně znevýhodňuje. Hodnotový systém je z obrovské části podpořen médii, která různými způsoby potvrzují značný význam vnějšího vzhledu a svěžesti jako současnou normu. Což působí dojmem, že cokoliv, co je jinak je považováno za podřadné.

Ageismus vychází právě z výše uvedeného hodnotového systému. Považuje za méněcenné všechny staré lidi bez rozdílu. Nerespektuje jejich individualitu. Vyjadřuje postoj, který obecně sdílí přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří. Ageismus se projevuje podceňováním, odmítáním nebo až dokonce odporem ke starým lidem. Na základě takového postoje dochází k diskriminaci, ať už symbolické nebo faktické. A to všechno jenom proto, že je člověk považován za starého⁵.

Ageismus chápe stáří jako období ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Společnost už od starých lidí nic podstatného neočekává a inklinuje tak k tendencím staré lidi izolovat a manipulovat je do role pasivního příjemce určitých sdělení či pokynů. Od starých lidí už nejsou očekávány žádné aktivnější reakce. Negativní postoj ke starým lidem mohou posilovat i obavy mladých lidí z vlastního stáří.

Mladé generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací, které bylo dříve udržováno společným souzněním rodinných příslušníků různého věku. Následkem toho mládí nepocítují se starými lidmi sounáležitost. Ba naopak chápou je jako příslušníky jiné, podřadnější kategorie, s níž nemají nic společného. Stáří pro ně nemá žádné hodnotné kvality v závislosti na to ani přijatelný sociální status.

⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 2000

2 DEPRESE

Deprese je jedním z nejčastějších problémů, který lidé v životě sužuje. Alespoň jednou za život se objeví u každého pátého člověka. Každý rok depresi onemocní přibližně 5 % obyvatelstva nezávisle na věku. Ženy onemocní dvakrát častěji než muži. U žen mají na depresi vliv hormonální změny jako je klimakterium, šestinedělí, mateřská dovolená. Mezi další rizikové faktory, které jsou pro obě pohlaví společná, patří například osamělost, chudoba, příslušnost k minoritě a další stresující situace. Velkým rizikem pro vznik deprese jsou různá životní období, kdy dochází k zásadním změnám, jako je například puberta, narození dítěte, odchod do důchodu a jiné. Všechny tyto situace jsou spojeny do určité míry se ztrátou. Deprese se může objevit i u dětí, častěji však u dospělých⁶.

Hlavní podstata proč deprese vzniká, spočívá v obsahu myšlení pacienta, které je zaměřeno na určitou významnou ztrátu. Pacient je přesvědčený, že ztratil něco, co bylo nezbytné pro jeho štěstí a pohodu. Předpokládá negativní výsledek svého úsilí a považuje se za neschopného. Tyto pocity vedou k typickým emocím jako je smutek, zklamání a apatie, které jsou spojeny s depresí.

V literatuře se setkáváme s rozdělením deprese na mírnou, střední a těžkou depresi. Při mírné depresi, je člověk schopen normálně fungovat. Chodí do práce a účastní se každodenních životních událostí, může mít však drobné obtíže. Některé věci mu mohou jít pomaleji, hůře, nemusí ho už tolik těšit jako dříve. Později se začne vyhýbat přátelům, uzavírá se do sebe. Léčba probíhá ambulantně. U středně těžké deprese už člověk není schopný práce a domácích činností. Člověk je nešťastný, zpomalený, napjatý, není schopný se soustředit na určité činnosti. Ztrácí zájem o sexuální život, izoluje se od lidí. Tito lidé se často z něčeho bezdůvodně obviňují a trpí pocity nedostatečné energie. U lidí ve středně těžké depresi je nutná léčba v pracovní neschopnosti. Třetím stádiem deprese je těžká deprese. Člověk není schopný starat se ani sám o sebe. Je výrazně zpomalený v pohybech, mluvě i myšlení nebo naopak výrazně agitovaný a plný neklidu. Většinu času tráví v posteli, kdy si neustále něco vyčítá. Trpí výraznou poruchou nálady, která je téměř neovlivnitelná vnějšími impulzy. Objevují se známky suicidního jednání. Takový stav u pacienta vyžaduje hospitalizaci. Postižený je permanentně zahalený hlubokým smutkem, beznadějí, zoufalstvím často spojeným se strachem a úzkostí. Jeho utrpení je tak obrovské, že postižený bývá často přesvědčen, že jedině smrt ho může vysvobodit.⁷

⁶ PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2003

⁷ PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2003

2.1 Psychodynamika deprese

Problém depresivního člověka spočívá v silném poutu k objektu, kterého se nemůže vzdát ale ani ho v sobě nemůže uchovat. V roce 1917 upozornil S. Freud ve svém prozíravém srovnání zármutku a deprese na jejich četné podobnosti, jako je bolestné rozladění, ztráta zájmu o okolí, ztráta schopnosti milovat a abulie. Na podobnosti deprese a smutku upozornil právě proto, aby mohl co nejlépe dokázat, že se přeci v jednom důležitém bodě zásadně liší. U smutku totiž nenacházíme narušenou ani sníženou sebeúctu. Naproti tomu u deprese se objevuje nápadně snížená sebeúcta, sklon k sebeobviňování a sebeplísnění. V dynamice deprese hrají značnou roli komponenty, které se střídavě mění. Jedná se například o ztrátu objektu, psychomotorický útlum, apatie, agrese, pocity viny, sebeobviňování, sebetrestání. Tento stav se stupňuje až k bludnému očekávání trestu⁸.

Za platnou považujeme jednu z hlavních myšlenek S. Freuda. V níž uvádí, že následky ztrát objektu, které jsou pro pacienta zvláště nepříznivé, lze v těchto případech vysvětlit tak, že před tím existující objektivní vztah měl narcistický charakter, který označujeme také jako „self objekt“. Self objektem je označován objekt, který byl milován a oceňován ne kvůli němu samému, nýbrž kvůli jeho významu pro zachování narcistické povahy a sebeúcty subjektu. Tady opět narážíme na rozdíl mezi depresí a smutkem a také na vlastní jádro dynamiky deprese. Zatím co u normálně truchlícího pacienta znamená ztráta objektu „jen“ ztrátu (části) světa v případě deprese tatáž ztráta znamená ztrátu jeho (self) a následné významné snížení vlastní hodnoty. Při ztrátě objektu, kterou člověk není schopen kompenzovat, nastává konfliktní situace. Dochází k frustraci v extrémní míře, kdy se agrese obrací proti tomu objektu, ke kterému pociťujeme nejsilnější závislost a jehož blízkost a pozitivní náklonnost si nejvíce přejeme. Tyto konflikty lze řešit mnoha způsoby, z nichž nejčastějším je právě zmiňovaná deprese⁹.

Ve své myšlence Freud uvádí, že pokud je subjekt v našem případě pacient postižený ztrátou objektu, spěje v případě deprese k regresivitě a hledá náhradní řešení, kterým je identifikace s objektem. Objekt byl do této doby milován i nenáviděn, to sebou přináší introjekci subjektu objektem těžkosti. Již existující nenávisť je navíc posílená frustrací, která je podmíněná ztrátou objektu a je namířena nikoliv ven, ale dovnitř. Z toho vychází všechny příznaky typické pro melancholii

⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1997

⁹ MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. 2005

– sebeobviňování, sebepohrdání, sebeponižování, sebetrestání atd. Otázkou však zůstává, zda všechny deprese vykazují introjekci a tím také obrácení agrese dovnitř¹⁰.

Depresivní pacient chce zabít objekt, na kterém je závislý. Zoufale se snaží zajistit si pro sebe objekt, který je nezbytně nutný pro vlastní sebeúctu. Což vede k tomu, že si raději vybírá zlý objekt než žádný. Zlý objekt se stává částí jeho já, čímž dochází ke konfliktu deprese. Člověk se následně musí vypořádat s nenávistí k sobě samému. Svět pacienta s depresí bývá zbaven hodnotných obsahů. Neobsahuje nic, pro co by stálo žít. V těchto případech používáme termínu, že narážíme na „spálenou zemi“. Veškerý vnitřní a vnější život ztrácí svou atraktivitu a hodnotu. Výsledkem obrany je, jak už bylo zmíněno sebenenávidění, sebeponižování a sebepokořování.

2.2 Příčiny deprese

Deprese bývá způsobena složitými situacemi, které jsou součástí běžného života člověka a jsou mimořádně obtížně řešitelné. Někteří lidé jsou přesně schopni určit, co je příčinou deprese, jiní zase žádný jasný důvod neznají.

Příčiny deprese bývají složitým zmatkem minulosti i současnosti, jsou propletení a obraty mysli v průběhu života. Na depresi se podílí často více složitých faktorů. Tyto složité faktory vedou k tomu, že pocity mírné deprese zesilují, vyčerpávají a stahují lidi stále hlouběji. Jak už jsme zmínili, faktorů spouštějící depresi je celá řada.

Jedním z faktorů je životní styl seniorů. Životní podmínky některých lidí jsou problematické a skličující. Lidé se často chytají do pastí pokračujících vzorců chování. Dcera násilníka a alkoholika si vezme stejného muže. Je pak nešťastná, trápí se a tento stav sužuje ji i její okolí, obě strany se pak trápí, jsou vyčerpané současným stavem a upadají do deprese.

Osobnost člověka také do velké míry ovlivňuje vznik deprese. V individuálním životě bývají věci, které je obtížné nebo nemožné změnit. Záleží pak na osobnosti člověka jak je schopná se s těmito věcmi vyrovnat a jaký k nim zaujme postoj. Ta osobnost lidí, která má na život pesimistický pohled, která věří, že život je zkažený a smutný, nic jí netěší a nedokáže se, se stresující situací vyrovnat se často dostává do deprese.

Dalším spouštějícím faktorem deprese je ztráta. Dojde-li v životě člověka ke ztrátě objektu, který je pro něho významný dostává se do stresové situace. Pokud se s touto stresovou situací není schopný vyrovnat, podléhá depresi. Ztraceným objektem může být

¹⁰ MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. 2005

dům, milovaná osoba ale i jiné věci. Dominuje-li jeho životu takováto ztráta, je pak prakticky nemožné fungovat v běžném životě.

Obtížná je u deprese problematika pocitu viny. Pokud je vina skutečná, cítí se člověk provinile, i když se třeba omluvil nebo se snažil vinu nějak odčinit. Snaží se různými způsoby s vinou vypořádat. V době kdy člověk sám má pocit, že už se s vinou vypořádal, dochází k zatlačení viny někam hluboko do jeho nitra. Tady pak na člověka číhá jako nebezpečí v budoucnosti a stává se potencionálním zdrojem deprese. Ještě častější a také nebezpečnější je, že člověk pocituje neoprávněnou vinu. Jejím potlačením totiž dochází ke zvýšené přecitlivělosti a náchylnosti ke vzniku deprese. Vhodným příkladem je třeba u žen přehnaný perfekcionismus, který je přivádí do zbytečně stresujících situací, z kterých sami nenalézají cesty¹¹.

Agrese, hněv a zloba negativní emoce, se kterými se setkáváme u seniorů a které mají vliv na vznik deprese. Často totiž dochází k jejich potlačení. Pokud se tomu tak stane a opravdu dojde k jejich potlačení, tělo se pak pokouší vyjádřit svůj hněv. Výsledkem jsou tělesné příznaky deprese, jako je tíha na hrudi, zácpa a jiné.

Jedním ze spouštějících faktorů deprese bývá dětství. Organismus reaguje na vzpomínky, které se přihodily v dětství. Tyto vzpomínky nemusí být pro člověka mimořádně traumatické, a přesto způsobí jizvy až do dospělosti.

Za nejčastější příčinu vzniku deprese považujeme životní stresy, které nás provázejí celým životem. V životě přicházejí situace, které se pro člověka zdají být nezvladatelné, jako je například rozvod, stěhování, problémy v práci. Stresová situace většinou nikdy není jenom jedna. Přijde první, která odstartuje řetěz na sebe se nabalujících problémů, končící ve většině případů depresí. Každý člověk má nastavenou hladinu pro stres, která je velmi důležitá v zotavovací fázi.

Pohlaví a hormonální rovnováha ovlivňují vznik deprese. Častěji jsou tímto onemocněním postíženy ženy a to právě proto, že u žen dochází k hormonální nevyváženosti, která doprovází menstruaci, šestinedělí, těhotenství a jiné hormonální změny. Neznačí to však, že muži tato problematika netrápí. Právě pro muže, který se ocitne v depresi je mnohem těžší se s takovým stavem vypořádat.

Příčin deprese je nepřeberné množství a na každého člověka působí depresivně jiná věc. Věci, které člověka dříve netrápily, se teď vynořují a bolí. Postupně se na sebe nabalují a na závěr stačí jen maličkost, která způsobí úplné zhroucení člověka. Tyto situace asi každý

¹¹ ATKINSONOVÁ, S. *Jak zdolat skálu jménem deprese*. 1993

známe. Je pak těžké rozpoznat, co bylo spouštějícím faktorem. Proto je třeba uspořádat příznaky deprese do srozumitelného pořadí. K tomu nám může pomoci rozhovor s pacientem, kde pátráme potom, proč se cítí smutný a ponecháváme ho, aby se spontánně vyjádřil. Nemůžeme vyjmenovat všechny příčiny deprese, protože jich je obrovské množství. To jediné co s jistotou můžeme je prohlásit, že najít tu hlavní příčinu je strašlivě náročné.

2.3 Příznaky deprese

U deprese nacházíme pestrý obraz změny specifických projevů chování, pocitů, emocí, způsobů myšlení, tělesných potíží a pohledů na sebe, svět a budoucnost. Hlavním příznakem deprese je změna nálady, zasaženo je také myšlení, chování tělesné fungování. Deprese je charakteristická onemocněním celého těla i duše.

U většiny lidí s depresí nalézáme únavu, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Senioři v depresi trpí pocitem ztráty energie, která může dojít až do stádia, že je člověk schopen jen ležet. Dále trpí pocity nedostatečnosti a méněcennosti, které vedou k vyhýbání se lidem. Snižuje se psychické tempo myšlení. V průběhu dne může síla obtíží kolísat. Někdo popisuje horší obtíže ráno někdo zase večer.

Lidé v depresi si stěžují na přetrvávající smutnou náladu, úzkost nebo prázdnotu. Často mívají pocit beznaděje, pesimismu nebo bezmoci. Ztratili smysl života, sužuje je pocit viny. Nemají zájem o okolí, koníčky, přestávají dělat věci, které je v minulosti bavili. Lidé často ztrácí zájem o sexuální život. Trápí je nespavost. Ráno se předčasně budí nebo naopak pospávají během dne a nemohou spát v noci. Může docházet k výraznému snížení váhy z důvodů ztráty chuti k jídlu, nebo naopak přejídání a přibývání na váze. Pokles energie, únava, ospalost, malátnost. Následkem toho lidé nadměrně polehávají nebo posedávají, nemohou se přinutit k jakékoliv činnosti, které neustále oddalují¹².

V těžších případech mají depresivní lidé i myšlenky na smrt, sebevraždu nebo se o ní dokonce pokusí. Dalším příznakem je nervozita, neklid, nadměrná podrážděnost, výbušnost. U některých lidí s depresí byly pozorovány potíže se soustředěním, zapamatováním, vzpomínáním a s pamětí vůbec.

Deprese má i tělesné příznaky, jako je bolest hlavy, porucha trávení, zácpa, dlouhodobá bolest, tíha na hrudi, ztuhlost tělesného svalstva, snadná únavnost. Neznamená, že kdo trpí depresí, musí mít všechny výše uvedené příznaky. Samozřejmě, že i množství a závažnost jednotlivých příznaků je u různých lidí odlišná.

¹² PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2003

2.4 Depresivní epizoda

Depresivní epizoda se zprvu objevuje depresivní náladou, depresivními myšlenkami, člověk pociťuje sníženou aktivitu a mívá některé tělesné příznaky, jako je třeba zácpa, tíha na hrudi. Epizoda výrazně postihuje schopnost pracovat, spát, jíst a mít radost z příjemných činností. Rozvoji epizody může předcházet stresující životní období nebo životní událost. Objevit se však může i bez zjevné vnější příčiny. Depresivní epizody se mohou objevit v životě jednou nebo opakovaně. Depresivní epizody také nalezneme dvakrát častěji než u mužů.

3 DEPRESE U SENIORŮ

U starších lidí je deprese častým onemocněním. Problém nastává v době kdy je přehlédnuta. Deprese totiž často probíhá souběžně s tělesným onemocněním. Její průběh je tak maskovaný tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc, je pak těžké pod tímto obrazem depresi odhalit. Obecně rozumíme depresi stavem snížené afektivní hladiny, převládá nálada smutná, která dále působí na vnímání, poznávání a emoční zkušenost člověka. Příznaky a průběh deprese u seniorů jsou velmi podobný jako u mladších pacientů.

U většiny geriatrických pacientů s depresí pozorujeme kromě úzkosti a smutné nálady, tělesné příznaky, jako je zpomalení motoriky, nerozhodnost, nevykonnost a zácpa.

Deprese je ovšem u starého člověka mnohem větším rizikem nežli u mladého, protože zvyšuje úmrtnost na tělesná onemocnění. Zvýšeně jsou depresí ohroženy hlavně ženy, vdovy a lidé, kteří žijí v pečovatelských zařízeních. Tito lidé trpí pocitem osamocení, méněcennosti a z takových to emocí je k depresi jen krůček. U geriatrických pacientů je také zhoršená přizpůsobivost stresujícím situacím. Tyto situace se stávají nezvladatelnými a společně s negativními emocemi vyvolávají depresi. Nejčastějšími stresujícími faktory je ztráta partnera, přátel, dětí, soběstačnosti, konflikty ve vztazích (rodina, okolí), učení se nových rolí (změna prostředí, důchod) a sociální izolace¹³.

Nutné je věnovat zvýšenou pozornost geriatrickým pacientům při léčbě deprese. Nová antidepresiva bývají pro staré lidi velmi účinná, je však důležité aby lékař velmi pečlivě vybíral druh antidepresiva s ohledem na možná tělesná onemocnění. Důležitá je psychoterapie, kdy se snažíme urychlit proces vyrovnání se ztrátou a hledáme nové smysluplné aktivity, které mohou ztráty nahradit. Člověk se učí zacházet se změnou, smířit se se ztrátou role a hledat pozitiva i negativa na roli nové. To je pro starší pacienty občas obtížné, proto je důležitá i dlouhodobá lidská podpora, ze strany terapeuta, příbuzných. Snažíme se utvářet pro starého člověka smysluplné místo v rodině, ale také ve skupině jako jsou například univerzity třetího věku¹⁴.

¹³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1997

¹⁴ PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2003

3.1 Škály pro hodnocení depresivity u seniorů

Obecně byly tyto škály zavedeny pro výzkumné účely. V současné době se hojně využívají v praxi, kde přinášejí jednotný nástroj ke klinickému hodnocení a zvyšují jeho spolehlivost. Pro měření depresivity u seniorů jsou doporučeny tyto škály:

Beckův dotazník deprese (BDI)

Geriatrická škála deprese (GDS)

Hamiltonova škála deprese (HAMD)

Yesavageho škála k hodnocení deprese u gerontologických pacientů

První dvě zmíněné škály jsou škály sebeposuzující. Kdy pacient sám hodnotí svůj stav, to jak se cítí. GDS je speciálně vyvinutá pro geriatrické pacienty. Osvědčila se jako spolehlivá a validní škála. Použít se dá její kratší (15 otázek) nebo delší verze (30 otázek). Dotazníky jsou tvořené formou ano/ne. Posuzujeme především náladu, kognitivní potíže a sociální chování. Naopak eliminovány jsou části týkající se samotných potíží, protože by u starších osob s polymorbiditou mohly vést k chybě ve smyslu nadhodnocení deprese¹⁵.

BDI používáme především pokud chceme zachytit psychologické rysy deprese jako je dysforická nálada, pesimismus, sebepodceňování, pocity viny. Tato škála se často také používá je-li nutné odlišit fyziologický zármutek od depresivní poruchy, což je někdy velmi obtížné.

U klientů kde není možné použít sebeposuzovací škály, například proto, že mají deficit zraku, omezené vzdělání, jazykový handicap nebo jiné obtíže, které jim brání samostatně posoudit svůj stav a vyplnit dotazník používáme HAMD škálu. Tuto škálu vyplňuje pozorovatel, kterým může být třeba lékař, nebo psycholog, který s klientem vede řízený rozhovor. Cíleně klade otázky týkající se změn očekávaných při depresi (poruchy spánku, změny tělesné hmotnosti, depresivní nálada, změny psychomotorického tempa, úzkost,...). Dojde-li pozorovatel u klienta ke skóre 16 a výše můžeme myslet na depresi, ta je však potvrzená až tehdy pokud je skóre vyšší 16 a jsou potvrzeny dva ze tří základních příznaků deprese.

¹⁵ PLEVOVÁ, J. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2005

4 LÉČBA DEPRESE U SENIORŮ

Léčba deprese je komplexní a jejím cílem je odstranit příznaky onemocnění, odstranit rizika relapsu a obnovit původní kvalitu života. S dosavadních metod léčby terapie se užívá farmakoterapie, biologická léčba, kognitivně-behaviorální léčba a léčba pomocí psychoterapie. U lehčích forem volíme cestu psychoterapie, která nám pomáhá zvládat problémy pacienta. Výhodou je, že tomu činí přirozenou cestou, bez chemických látek, neriskuje tak zatížení organismu nežádoucími účinky.

Nejosvědčenější a ve většině případů nejrozšířenější léčbou u všech depresí je farmakoterapie antidepresivy. Výhoda této léčby spočívá ve snadném podávání léků, rychlé kontrole příznaků. Má ale i nevýhody a těmi jsou výskyt nežádoucích účinků a nutnost monitorování hladiny léků při dlouhodobé problematické léčbě. Optimální je kombinace antidepresiv a psychoterapie. Léky umožní rychlý nástup příznaků a psychoterapie pomůže najít cesty, jak účinnějším způsobem zacházet s problémy v životě, které depresi předcházely nebo během ní vznikly¹⁶.

Samotná léčba probíhá ve třech etapách. V první fázi léčíme akutní epizodu deprese. Cílem je zmírnit a odstranit depresivní příznaky. Léčba akutní fáze trvá tři měsíce. Tato doba se může zkrátit nebo prodloužit. Udržovací léčba nastupuje po odeznění akutní epizody. Chceme udržet dosažené zlepšení na dobu nejméně 6 – 9 měsíců. Po akutní léčbě se člověk může cítit velmi dobře, příznaky deprese jsou totiž překryty léky a po vysazení medikace u většiny lidí dochází k opětovanému vzplanutí deprese. Třetí fáze je tzv. fáze profylaktická, kdy pokračujeme i po ukončení udržovací léčby. Profylaktická léčba trvá zpravidla více let, někdy i celý život. Je indikována hlavně u pacientů, kteří trpí opakovanými epizodami deprese¹⁷.

¹⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1997

¹⁷ PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2003

4.1 Psychoterapie

Jádrem psychoterapie je podpora zdravých částí osobnost. Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem v depresi děje. Učí, jakým způsobem se vypořádat s příznaky a problémy v životě a následně trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové fáze. Používanými metodami psychoterapie je rozhovor, umělecká práce, dramatizace, psychogymnastika nebo nácvik různých dovedností. Hlavním účelem psychoterapie je schopnost obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami, představami, emocemi a chováním.

Terapeut se stává prostředníkem mezi pacientem a jeho pocity. Pomáhá mu porozumět tomu, co se děje, rozeznávat zdravé prožívání nemocného. Důležitá je hlavně pomoc terapeuta při zmírnění a odstraňování patologických prožitků. Cílem této terapie je aby člověk přehodnotil žebříček hodnot. S pomocí terapeuta se snaží rozvíjet vše zdravé a dobré, znovu nalézá přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i svět kolem. Pacient si znovu vytváří pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem, nachází cesty, které mu pomáhají překonat současné životní problémy. U hluboké deprese bývá psychoterapie málo účinnou. V době kdy však už depresivní fáze odeznívá, může být psychoterapie nápomocná. Zkracuje totiž léčbu a je schopna pomoci bez léků¹⁸.

Psychoterapii rozlišujeme na individuální, skupinovou a rodinnou. Psychoterapie individuální pomáhá obnovit důvěru ve svět. Skýtá přátelskou atmosféru, přijetí a pochopení, které do ničeho nenutí. Probíhá mezi terapeutem a pacientem. Skupinová terapie pomáhá porozumět způsobům, jakými se člověk vztahuje k druhým a zároveň pomáhá uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. Probíhá zpravidla ve skupině 8 – 12 osob pod vedením 2 terapeutů. Jedno sedění trvá tak kolem hodiny. Otevírání jednotlivých členů skupiny má za následek vznik atmosféry důvěry, otevřenosti, sympatie a spoluúčasti. To jak se členové chovají v reálném životě, se dříve nebo později projeví ve skupině. Cílem skupinové terapie je poznat souvislosti mezi chováním jedince a jeho nemocí – tyto vzorce následně změnit.

Rodinná a manželská terapie nám pomáhá do léčby zainteresovat také rodinné příslušníky, což je pro nemoc velmi potřebné. Cílem rodinné terapie je vytvořit v rodině příjemné klima bez prudkých emocí, výčitek, hádek. Kvalitní rodinná terapie se snaží zklidnit vztahy v rodině, které deprese rozbouřila. Na konci by měla být úleva a možnost vývoje pro každého člena rodiny a vzájemné porozumění mezi jednotlivými členy rodiny¹⁹.

¹⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1997

¹⁹ PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2003

4.2 Kognitivně – Behaviorální terapie

V kognitivně-behaviorální terapii se zaměřujeme na celkové zklidnění situace pomocí přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, úpravu vzorců malaadaptivního chování, zlepšení komunikace s okolím a relaxaci. Terapie se snaží naučit člověka zacházet se symptomy a problémy, které nemoc přináší. Jak tyto problémy odstranit, jak se zbavit zbytkových příznaků a trénuje dovednosti potřebné pro zvládání stresujících situací.

Základním postupem v kognitivně-behaviorální terapii je porozumění depresi a jejím příznakům. Naplánování činnosti a pozvolné zvyšování aktivity, odmítání depresivního myšlení a vytváření si nového způsobu myšlení vede ke zmírnění příznaků deprese. Dalšími postupem je nácvik relaxace, komunikace, asertivita. Pacient se učí řešit problém. V životě přichází situace, které člověka stresují, vyvolávají v něm úzkost. Kognitivně-behaviorální terapie by měla pomoci člověku se s těmito situacemi vyrovnat. Dokázat aby si uvědomil stresující situaci, která ho dostává do deprese. Při kognitivně-behaviorální terapii se terapeut snaží, aby se pacient uklidnil a uvolnil. Jedině tak dokáže vyjádřit své pocity, které v danou chvíli prožívá. Nejčastěji vyjadřovanými pocity bývá vztek, lítost, smutek, bezmoc. Pacient se pak společně s terapeutem snaží nalézt racionální řešení, které danou situaci vysvětlí, popřípadě jí vyřeší. Dojde-li k nezdařenému řešení situace, je nutné pokusit se nalézt jiné řešení²⁰.

Kognitivně-behaviorální terapie se používá hlavně u lehkých a středně těžkých forem deprese, kde je velmi úspěšná a patří mezi léčbu první volby. V kombinaci s léčbou léky se používá i u těžké deprese.

4.3 Farmakoterapie deprese u seniorů

Antidepressiva jsou lékem první volby u všech depresí. Upravují aktivitu neuromediátorů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu a to tak, že pomáhají vytvořit neurohormonální rovnováhu. Antidepressiva nedodávají přímo chybějící neurohormony nýbrž regulují jejich rovnováhu. Jejich efekt pak není okamžitý, ale objeví se zpravidla za 3 až 6 měsíců po podání.

Antidepressivní terapii u geriatrických pacientů bychom měli zahajovat s dávkami SSRI. Výhodou těchto léků je, že jsou velmi dobře tolerovány, mají málo nežádoucích účinků, které se během několika prvních snižují nebo úplně odezní. V poslední době se sice objevili další

²⁰ BACK, A. T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. 2005

nové nežádoucí účinky, jako je sexuální dysfunkce, opožděné ejakulace, anorgasmie. Tyto nežádoucí účinky bývají spíše problematicky snášeny u mladších lidí. U starších lidí nás trápí nežádoucí neklid, úzkost, nespavost, aktázie, které se objevují při léčbě antidepresivy. Antidepresiva první volby mívají většinou biologický poločas kolem 20 hodin, proto je stačí podávat jednou denně a to nejčastěji na noc. Existují i výjimky jako je třeba fluoxetin, který je podáván ráno. Tento lék totiž u některých pacientů působí stimulačně a právě proto je vhodnější jej podávat ráno. Antidepresiva SSRI, jsou účinné při standardních dávkách 13-30mg/den fluoxetinu, 50-150 mg/den sertralinu, 20mg/den citatopramu, 200 mg/ den fluvoxaminu.

Nejčastější příčinou selhání antidepresivní terapie bývají nedostatečné dávky. Lék sice navodí nežádoucí účinky ale nedosáhne terapeutického efektu. Stav pacienta se pak spíše zhorší. Proto je třeba zvyšovat dávky k individuálnímu stropu pacienta. Tím se rozumí dávka kdy už se sice objevili nežádoucí účinky ale ve vyšší míře jsou přítomny účinky terapeutické²¹.

Lékař by měl rozhodnout jaké antidepresivum je pro klienta vhodné. Měl by znát a zvážit všechny faktory, které ovlivňují léčbu antidepresivy. To znamená jak je lék účinný, jak rychle nastupuje léčebný účinek, jaké má nežádoucí účinky, jak se dává, věk pacienta, celkový stav pacienta ale i cena léku.

4.3.1 Změny ve farmakoterapii ve stáří

Přibývá klinicko-farmakologických studií, které přinášejí poznatky o zvláštích reakcí na léčiva u klientů ve stáří. Studie se zaměřují hlavně na změny ve farmakokinetice a také farmakodynamice léčiv, mapují terapeutické a nežádoucí účinky léčiv. Lékař musí mít na mysli, že geriatrický pacient je zvýšeně ohrožen nežádoucími účinky.

Farmakokinetika - ve stáří probíhají biologické a fyziologické změny, které se odrážejí ve farmakokinetice léčiv. Dochází ke změnám absorpční fáze. Starý člověk, má snížený objem trávicích šťáv, změněné pH, sníženou motilitu GIT, snížený průtok krve mesenterickou oblastí, tenčí a menší povrch tenkého střeva. Všechny tyto faktory mají za následek změnu absorpce léku. Ve stáří lze tedy očekávat opožděný nástup léku a prodloužené trvání jeho účinku²².

²¹ PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2003

²² PLEVOVÁ, J. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2005

Distribuční fázi kdy je lék transportován do organismu, ovlivňuje změna netukové tkáně na tkáň tukovou. Dochází ke zvýšené retenci psychofarmak.

Poslední fází je fáze eliminační. Při této fázi je lék vyloučen s organismu. Důležitá je pro nás informace o celkové clearance (ledvinová, metabolická, jaterní), která určuje při daném dávkování výši dosahovaných plazmatických hladin. Ukazatelem eliminace je biologický poločas, který informuje o době, kdy se při opakovaném podávání léku dosáhne ustáleného stavu a rovněž o poklesu hladiny. Biologický poločas se ve stáří prodlužuje. Dalším ukazatelem eliminace je transformace, která je ve stáří prodloužená. Zmenšuje se totiž objem jaterního parenchymu a omezuje se průtok krve játry, což vede k vyšší intenzitě farmakologického účinku. U starých lidí také dochází ke sníženém renálním, plazmatickému průtoku, snižuje se glomerulární filtrace a tubulární extrakce což má za následek výrazné změny v exkreci léčiv – vylučování léku.

Farmakodynamika - Během farmakoterapie dochází ke změně počtu receptorových míst. Specifická vazebná místa mohou být redukována nebo naopak zvýšena. Tento jev nazýváme receptorovou adaptací, která bývá ve stáří obtížná. Proto je také těžké rozhodnout, zda jsou pozorované změny receptorů primární nebo odrážejí jiné změny tkáně. Ve stáří ubývá zejména dopaminergních receptorů a to beta – receptorů. Tento stav pak může vést k různým klinicky významným změnám, které jsou ovlivněny právě adaptační schopností zbylých receptorů²³.

Farmakoterapie psychofarmaky by měla být u seniorů vzhledem k odchylkám ve farmakokinetice a farmakodynamice zahájena dávkami 1/3 až 1/2 než je normální dávka pro mladší pacienty. Dávky by pak měly být postupně zvyšovány, dokud nedojde k optimální terapeutické odpovědi.

4.3.2 Průběh léčby antidepressivy u seniorů

Léčbu antidepressivy rozdělujeme na akutní a udržovací. Akutní léčba, léčí současný stav pacienta. Důležité je pokračovat v léčbě antidepressivy dostatečně dlouho a v dostatečných dávkách. Protože pokud by tomu tak nebylo, mohlo by dojít k rezistenci na příslušnou léčbu. To znamená, že léky by se tak postupně staly méně účinnými. K tomu často dochází, pokud pacient užívá jeden druh antidepressiv po dobu 14 dnů a pak přejde pro údajnou neúčinnost na

²³ MARTÍNKOVÁ, J. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2007

jiné. Z těchto důvodů je důležité, aby pacient léky bral dostatečně dlouhou dobu a to i přes to, že se mu bude zdát, že nežádoucí účinky jsou výraznější než pomoc, kterou by léky měli přinášet. Je důležité překlenout dobu přibližně 1-2 týdnů, než dojde k adaptaci organismu na vedlejší účinky, lék začne působit a jsou odstraněny depresivní příznaky.

Udržovací léčba deprese je stejně důležitá jako léčba akutní. Pomáhá nám udržet dosaženého vyléčení a zabránit návratu příznaků. Dávka léku se nesmí snižovat z dosažené účinné dávky. Odezní-li depresivní nálada, je nutné pokračovat v užívání léků. Pokud jde o první epizodu deprese v životě, mělo by následné podávání depresiv trvat ještě alespoň půl roku, jde-li o epizodu opakovanou, léky podáváme ještě dva až pět let²⁴.

4.3.3 Druhy antidepresiv

První generace antidepresiv: Pro geriatricky nemocné se tato řada zástupců první generace příliš nehodí a ani se moc neužívá. Má sice výrazné antidepresivní působení, které je ale zatíženo velkým množstvím nežádoucích účinků a je zde velké riziko intoxikace. Patří sem serotonin, noradrenalin, dopamin a triciklická antidepresiva (TCA). TCA jsou velmi účinná, bohužel jsou ale zatížena výskytem nepříjemných nežádoucích účinků jako je sucho v ústech, zácpa, zrychlený pulz, poruchy močení. Používají se hlavně u léčby těžkých depresí. Patří mezi ně imipramin, amitriptylin, dosulepin, klomipramin, maprotilin a další.

Druhá generace antidepresiv: druhá generace antidepresiv má výrazně menší výskyt nežádoucích účinků. Tato antidepresiva byla dříve doporučována pro geriatrické pacienty. Dnes už existují novější antidepresiva. Mezi antidepresiva druhé generace řadíme léky, které inhibují vychytávání serotoninu a noradrenalinu a působí na alfa-adrenergní a histaminové receptory. Patří sem mianserin, maprotilin, trazodon, viloxazin, dibenzepin.

Třetí generace antidepresiv: tato generace antidepresiv se vyznačuje specifickou selektivitou k jednotlivým biogenním aminům, o nichž se předpokládá, že hrají rozhodující roli při vzniku deprese. Selektivně inhibují zpětné vychytávání serotoninu SSRI, noradrenalinu NARI, dopaminu DARI. SSRI patří v dnešní době mezi nejpoužívanější antidepresiva a jsou lékem první volby. Nežádoucí účinky jsou méně časté a spíše v oblasti GIT. Pacienti udávají především pocity nevolnosti a průjem. Tyto pocity se objevují v začátku terapie, stačí snížit dávku a pak pomaleji zvyšovat. Patří sem citalopram, sertralin, paroxetin, fluoxetin a další.

²⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat deprese*. 1997

Čtvrtá generace antidepresiv: zaměřuje se na dva neurotransmitterové systémy důležité pro vznik deprese. Jedná se o duální antidepresiva, která selektivně inhibují vychytávání noradrenalinu a serotoninu SNRI a NaSSA působící noradrenergně a specificky serotoninergně. Výhodou této generace antidepresiv je především nízký výskyt nežádoucích účinků, nízké riziko intoxikace a rychlý nástup léčebného účinku antidepresiva. Patří sem milnacipran, venlafaxin, nefezodon, bupropion.

Další skupiny antidepresiv: IMAO inhibitory monoaminoxidázy, které působí inhibičně na enzym a brání tak koncentraci biogenních aminů v mozku. Ve stáří ubývá MAO a právě proto jsou zde účinná IMAO antidepresiva. Jsou označovány jako antidepresiva třetí volby pro gerontologické pacienty a obvykle bývají použity tam, kde selhala léčiva první a druhé volby. Nevýhodou těchto léků je ortostatická hypotenze a přísná dieta. Ortostatická hypotenze způsobená IMAO se poněkud liší od té běžné, je totiž závislá na dávce a objevuje se v pozdějších fázích podávání IMAO. Při dietě musí klienty vyloučit potraviny, které obsahují tyramin. Mezi tyto antidepresiva patří selegilin, fenelizin, nialamid.

RIMA reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy, mají podobný mechanismus účinku jako IMAO. Jejich výhody spočívá v tom, že není nutné držet dietu. U nás je na trhu jediný preparát této skupiny a to moclobemid. Používá se zejména u pacientů s atypickými příznaky, lidí trpících sociální fobií nebo panickými záchvaty. Pro geriatrické pacienty jsou doporučovány antidepresiva v tomto pořadí. Jako antidepresiva první volby volíme SSRI, sertralín. Antidepresivy druhé volby jsou některá TCA, desipramin. Antidepresivy třetí volby pak bývají nejčastěji IMAO/RIMA²⁵.

4.4 Další možnosti léčby deprese

Fototerapie: tato terapie je nejvhodnější pro léčbu sezónní deprese. Spočívá v ranní aplikaci intenzivního světla. Má poměrně rychlý efekt, někdy plně odstraní depresi již po týdnu aplikace. Výsledkem léčby je harmonizace denních biologických rytmů některých hormonů. Elektrokonvulzivní léčba: používá se u velmi hluboké deprese, kde selhali léky i psychoterapie. Způsobem této terapie je stimulace mozkových hemisfér elektrickým proudem. Provádí se v narkóze.

²⁵ PLEVOVÁ, J. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2005

4.5 Návykové látky a deprese

Alkohol a drogy jsou látky, které mění prožívání. Lidé trpící depresí se k těmto látkám často uchylují, protože věří, že je zbaví napětí nebo potlačí smutek. Z podobných důvodů mohou někdy použít nadměrné dávky hypnotik. Tyto léky ovšem pro pacienty v depresi přináší vážná rizika. Látky mohou zhoršovat probíhající psychické obtíže a zkreslit jejich příznaky. Po užití návykových látek zpravidla dochází k výraznému zhoršení deprese. V interakci s antidepresivy mohou vytvářet zcela nečekané reakce. Například mohou reaktivovat psychické obtíže, které už byly odléčeny. Alkohol může zvýšit agresivitu a zhoršit depresivní obtíže. Je tedy na místě aby se lidé s depresí alkoholu a jiným návykovým látkám vyhýbali popřípadě konzultovali jejich požití s lékařem²⁶.

²⁶ PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2003

5 STARÝ ČLOVĚK V INSTITUCI

Život v tomto zařízení je spojen se ztrátou osobního zázemí. Starý člověk potřebuje někam patřit, ať už je to nějaké místo nebo členství v nějaké skupině. V novém prostředí člověk ztrácí orientaci a dochází tak často k pocitům úzkosti, strachu, ztrácí jistotu, pocit bezpečí známého prostředí.

Každý starý člověk se umístění v zařízení přizpůsobuje jinak. Adaptaci na nové prostředí ovlivňuje spousta faktorů jako je například zdravotní stav, předešlé zkušenosti, věk člověka, prostředí, do kterého je umístěn, povaha člověka a další. Pokud je člověk v ústavním zařízení méně pohyblivý či jinak omezený stává se často do jisté míry specificky izolovaným. Zůstává uzavřený ve svém bytě, nebo ve svém pokoji daleko od okolí. Umístění do instituce pak může vnímat jako konec běžícího života. Život v domově pro seniory se pro něho stává poslední fází, už ho v životě nic jiného nečeká, schází mu motivace a myslí si, že dál už následuje jen smrt. Dochází ke změnám emočního ladění. Přichází deprese, apatie a vyhasnutí jakéhokoliv pozitivního očekávání. Rezignují pod tlakem okolností²⁷.

V opačném případě naopak staří lidé v ústavním zařízení získávají velké množství kontaktů. Navštěvují se s vrstevníky, podnikají různé zájmové aktivity, chodí na procházky, získávají novou motivaci a cítí se spokojení. Vyhovuje jim přítomnost vrstevníku a kontakt s nimi, díky kterému nemají pocit samoty. Nesmíme opomenout, že záliby starých lidí jsou jiné, než které mohli provozovat v domácím prostředí. Musí se přizpůsobit aktuálnímu prostředí a podmínkám. Některým seniorům mohou aktivity, na které byli zvyklí chybět. Mnozí z nich se pak snaží dělat věci užitečné a pomáhají ostatním²⁸.

Negativní vliv na adaptaci starého člověka může mít i vliv zdravotnického personálu. Tím je myšlena například manipulace zdravotnického personálu se starým člověkem i tehdy když to není nutné. To pak vede k vypěstování zbytečné nesoběstačnosti a pasivity. Starý člověk si pak rychle zvykne, že se o něj stará někdo jiný. Můžou se ještě přidat pocity opuštěnosti. Starý člověk se pak snadno upne na někoho z personálu. Důležité je aby se zdravotnický personál naučil rozlišit, kdo jeho péči potřebuje a na jaké úrovni poskytovaná péče má být.

²⁷ SYROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 2007

²⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 2007

6 STARÝ ČLOVĚK V DOMÁCÍ PÉČI

Ve stáří dochází k úbytku psychických a fyzických schopností, které bývají nejčastějším důvodem pro změnu životního stylu starého člověka. Se stoupajícím věkem se postupně zhoršuje soběstačnost člověka, ztrácí svoji autonomii a musí se smířovat se skutečností, že potřebuje pomoc jiných lidí. Nejprve starý člověk potřebuje pomoc s činnostmi, které vyžadují větší náročnost. Později se jedná i o běžné denní aktivity, které není schopný zvládat sám. Pomoc mu mohou nabídnout příbuzní, přátelé nebo profesionálové a to v domácím prostředí nebo v nějakém zařízení, které nahrazuje domácí prostředí jako je například domov pro seniory.

Péče poskytovaná klientovi v jeho přirozeném domácím prostředí probíhá tak, že klient žije ve svém domě, bytě a pravidelně za ním jezdí specializovaný pracovník. Ten pomáhá klientovi zvládat běžné činnosti, na které už sám nestačí. Pečuje nejen o jeho zdravotní stav ale i o stav psychický a stává se pro klienta oporou. Je významným zdrojem sociálního kontaktu a přispívá k vytvoření denního rytmu. Často se stává, že senioři, chápou roli pečovatele nejen jako profesionální pomoc ale začleňují ho do osobního vztahu, který jim chybí. Vztah k pečovateli poměrně snadno a rychle nabývá nepřiměřené, emočně vyhraněnější podoby. Může dojít až k nepřiměřené fixaci starého člověka na pečovatele. Ten se potom stává součástí jeho života a má pro něho větší osobní hodnotu, než jakou by měl reálně mít. Na druhé straně starý člověk může k pečovateli zaujmout negativní nebo dokonce konfliktní postoj. To pak vede k podezírání pečovatele seniorem ze špatných činů nebo k obviňování z poskytování špatné péče. Hledaným objektem k odreagování negativních emocí se stává právě pečovatel. I přesto, že forma této služby skýtá jisté nevýhody a přináší některé již zmíněné problémy, ji většina seniorů považuje za významnou pomoc. Její nesmírnou výhodou je totiž fakt, že umožňuje udržet soukromí klienta a navyklý styl života. Tuto formu péče poskytuje agentura domácí péče nebo charita²⁹.

Jinou možností je umístění starého člověka do některé z institucí, jako je například domov pro seniory nebo dům s pečovatelskou službou. Toto zařízení starému člověku nahrazuje domácí prostředí. Někdy ovšem tato změna představuje pro člověka zátěž, ztrátu autonomie, pocitu soběstačnosti a soukromí. Proto je třeba staré lidi informovat o jejich okolí a o všem co se kolem nich děje. Zabráníme tak nežádoucí úzkosti a nejistotě³⁰.

²⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 2007

³⁰ GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí*. 2009

6.1 Domácí péče

Domácí péče se v roce 1990 stala nedílnou součástí systému zdravotní i sociální péče v České republice. Je kvalifikovanou a odbornou formou péče, dochází v ní k propojení zdravotních, sociálních ale i laických služeb. Svým rozsahem a kvalitou umožňuje vytvoření takových podmínek aby nemuselo dojít k hospitalizaci klienta nebo aby případný pobyt klienta v lůžkovém zdravotnickém zařízení byl zkrácen na nezbytně nutnou dobu³¹.

Péče klientovi je poskytována na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře, ve vlastním sociálním prostředí klienta. A nabízí tak vhodné podmínky pro praktického lékaře v primární péči.

Klientem domácí péče mohou být lidé všech věkových, indikačních i diagnostických skupin, kteří z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu jsou plně či částečně odkázáni na odbornou pomoc druhé osoby. Tyto klienty pravidelně navštěvuje odborně vyškolený personál, v jejich domácím prostředí. Domácím prostředím je míněn buď přímo byt, dům klienta nebo zařízení, které trvale nahrazuje vlastní domácí prostředí. Jako je třeba domov pro seniory nebo domov s pečovatelskou službou. V žádném případě domácím prostředím nemíníme zařízení, které zajišťuje pacientovi přechodný pobyt například stacionář, lázně³².

Většinou je třeba domácí prostředí přizpůsobit poskytované domácí péči. Klient je tedy navštíven odborným pracovníkem agentury domácí péče, který provede vstupní pohovor, zhodnotí stav sociálního prostředí a schopnosti klienta. Klient je seznámen s rozsahem výkonů a frekvencí návštěv domácí péče. Je zvolen harmonogram odborné i laické, který bude vyhovovat oběma stranám, klientovi jeho blízkým i agentuře. Někdy je nutné v zájmu kvality poskytované péče provést určité úpravy v domácím prostředí klienta. Jedná se zejména o umístění lůžka, vybavení kompenzačními pomůckami a přístroji. Vždy je kladen nejvyšší důraz na pohodlí klienta. Vybavením agentury domácí péče jsou přístroje také pomůcky, které slouží k zajištění včasné diagnostiky a terapie a současně pomáhají zajišťovat komfort poskytované péče. Tyto pomůcky jsou zapůjčovány klientům. Patří sem různé kompenzační pomůcky, speciální lůžka, jednorázové zdravotní pomůcky.

Předpokladem pro úspěšné fungování domácí péče je i vlastní aktivní přístup klienta a jeho blízkých v procesu rozhodování při řešení problému a aktivní spolupráce při poskytování péče. Je důležité aby klient a jeho blízcí spolupodíleli a spolurozhodovali v poskytování péče.

³¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 2007

³² GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí*. 2009

Do domácí péče nejčastěji přichází klienti, kteří se nachází v náročné životní situaci, která je daná aktuální změnou zdravotního i sociálního stavu. Pečovatel se dostává často do kontaktu s lidmi, které na každém kroku provází stres, úzkost a beznaděj. Důležitá je role pečovatele, který se vedle plnění biologických potřeb klienta musí zaměřit i na plnění potřeb psychosociálních. Cílem domácí péče je tedy biopsychosociální přístup ke klientovi, který vnímá člověka jako celek.

Financování zdravotní péče je hrazeno ze zdravotního pojištění klienta, kterému je poskytována. Úhrada za výkony provedené v rámci domácí péče mají charakter zdravotní péče. Jsou ordinovány ošetřujícím lékařem a jedná se o odborné a speciální výkony, které jsou prováděny kvalifikovaným zdravotnickými pracovníky. Jejich výčet nalezneme v seznamu diagnostických a terapeutických výkonů. Každý z nich má vlastní kódové hodnoty podle, kterých je péče rozdělována. Z fondu zdravotního pojištění je frekvence poskytování odborné zdravotní péče stanovená na tři návštěvy v rozsahu jedné hodiny denně. Časový rozsah odborné zdravotní péče je dostatečný natolik, aby poskytovatelé domácí péče bezpečně zvládli i velice náročné stavy klientů. Dojde-li k tomu, že se zdravotní stav klienta zhorší, vyžaduje širší rozsah i frekvenci péče. Je možné požádat o navýšení úhrady domácí zdravotní péče, které schvaluje revizní lékař zdravotní pojišťovny. Péče může být navýšena až na frekvenci 5 hodin denně. Takto se děje nejčastěji u umírajících klientů, kde je nutné zajistit péči o bolest. U některých klientů domácí péče je nutné zajistit nepřetržitou dostupnost na 24 hodin denně, 365 dní v roce. Nepřetržitá zdravotní domácí péče je zajištěna prostřednictvím mobilního telefonu, který je předáván mezi jednotlivými zaměstnanci agentury domácí péče. Číslo mobilního telefonu může využít praktický lékař, klienti i jeho blízcí vždy pokud je to nezbytně nutné v průběhu 24 hodin a k dispozici je vždy člověk, který je v daném termínu schopný zajistit vyžadovanou péči a pomoc³³.

Domácí péče se neustále vyvíjí a přizpůsobuje poznatkům vědy a výzkumu. Adaptuje se na změny postoje společnosti ke kvalitě života jedince i požadavkům na dostupnost, efektivitu a kvalitu péče ze strany ošetřujících lékařů i zdravotních pojišťoven. Přes veškeré potíže a náročnost práce v domácí péči je nesmírně uspokojivé, když se podaří vyřešit problém konkrétního klienta a jeho blízkých.

³³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 2000

6.2 Poskytovatelé domácí péče

Poskytovatelem domácí zdravotní péče je víceoborový tým pracovníků. Tým je složen z odborných pracovníků s dlouhodobou praxí patří sem lékaři, sestry, rehabilitační pracovníci, psychologové, logopedové, sociální pracovníci a další. Tito pracovníci poskytují odbornou, specializovanou péči a pomoc v takovém rozsahu, který si vyžaduje aktuální stav klienta a stav jeho vlastní sociálního prostředí.

Pracovníci jsou koordinováni dispečinkem vlastní agentury domácí péče. Každá agentura má svůj pečlivě propracovaný organizační a pracovní řád. Také má vlastní koordinátorku, která uskutečňuje plynulý chod agentury. Koordinátorka je v nepřetržitém kontaktu s pracovníky v terénu a je schopná okamžitě zajistit změny i rozšíření domácí péče konkrétního klienta. Každý klient má svého pracovníka týmu. Může jím být zdravotní sestra, rehabilitační pracovník, který odpovídá za kvalitu a dostupnost domácí péče. V pravidelných, předem dohodnutých intervalech předává informace ošetřujícímu lékaři o celkovém stavu klienta. Úkolem pracovníka je také sledovat aktuální změny a pohotově je řešit³⁴.

Pracovník domácí péče podstupuje přísná kritéria, která zajišťují aby byl schopen na vysoké odborné úrovni flexibilně reagovat na změny ve zdravotním stavu klienta. Proto je u pracovníků domácí péče vyžadována několikaletá praxe a jsou začleněny do nepřetržitého systému vzdělávání, který je průběžně připravuje na bezpečné a spolehlivé řešení zdravotních i sociálních problémů klienta v jeho vlastním domácím prostředí.

6.3 Formy domácí péče

Domácí hospitalizace: tato péče představuje specializovanou formu péče určenou klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Je vhodná pro klienty s kardiovaskulárním, neurologickým onemocněním včetně imunodeficitu. Rozsah této formy péče je poskytován během několika dnů nebo týdnů. Pooperační péče jednodenní nebo také ambulantní je plánovaná a nahrazuje pooperační péči na nemocničním lůžku péčí na lůžku vlastním doma. Nemocný tedy neprojde nemocničním oddělením a není tak vystaven riziku nemocniční nákazy. Při dobře organizované domácí hospitalizaci, dochází k rychlejšímu uzdravení klienta. Díky jeho rychlejší aktivizaci je mu umožněna rychlejší rekonvalescence. Důležitá je dobrá a cílená edukace klientů a jejich blízkých, která je předpokladem pro fungování domácí

³⁴ <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>

péče tak aby adekvátně nahradila péči v nemocnici. Patří sem i péče poudrazová, která je poskytována klientům při vědomí kde nehrozí závažné komplikace. Jedná se o polohování, výživu, pitný a hygienický režim, ošetření ran a následná rehabilitace³⁵.

Dlouhodobá domácí péče: cílovou skupinou jsou chronicky nemocní klienti. Zdravotní i duševní stav chronicky nemocného klienta vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaným personálem. Jedná se o integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péčí, která trvá několik měsíců i let. Obvykle se jedná o klienty po CMP, RS, DM a jiné.

Preventivní domácí péče: tato služba je určena všem skupinám klientů, kde lékař doporučí monitorování zdravotního a duševního stavu v pravidelných intervalech. Personál domácí péče provádí nejčastěji výkony jako je měření fyziologických funkcí, monitorace celkového zdravotního stavu pacienta, odběry biologického materiálu. Frekvenci poskytované péče určí lékař, většinou se jedná o návštěvy jedenkrát týdně nebo měsíčně.

Domácí hospicová péče: je určena klientům v neterminálním a terminálním stadiu života. Forma této péče je poskytována lidem, kteří se nachází v nejtěžší fázi lidského života, kterou je umírání. Klient prochází několika stadii umírání, projevuje se u něj řada symptomů, které ovlivňují kvalitu jeho života i jeho blízkých. Ošetřující lékař tuto péči předepisuje klientům, u nichž předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců³⁶.

Hospicová péče zahrnuje především management bolesti, emocionální podporu, zmírnění utrpení klienta i jeho rodiny v procesu umírání. V první řadě je třeba zmírnit fyzické a hlavně psychické utrpení umírajícího i jeho blízkých. Dále se hospicová péče zaměřuje na tlumení bolesti, mírní obtíže spojené s příjmem tekutin, živin, které jsou zajištěny intravenózní hydratací nebo aplikací výživy do NGS. Zajištění oxygenoterapie. Při hospicové péči využíváme i pomoc laických dobrovolníků. Největší efekt domácí péče o umírající spočívá v polidštění těch nejtěžších chvil v životě každého člověka³⁷.

³⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 2007

³⁶ <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>

³⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 2007

6.4 Výhody domácí péče a její nevýhody

Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu klienta. Přijímá klienta s jeho vlastním vnímáním kvality života. Nespornou výhodou je péče poskytovaná v domácím prostředí, v přítomnosti blízkých osob. Tento fakt má pozitivní vliv na psychickou pohodu člověka, na stav imunitního systému člověka a hraje nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování. Dalším pozitivem domácí péče je eliminace nozokomiálních nákaz. Právě nozokomiální nákazy vznikají v souvislosti s pobytem klientů ve zdravotnickém zařízení. Léčba těchto nákaz, si pak vyžaduje vysoké finanční náklady. Domácí péče pomáhá minimalizovat pobyt klientů ve zdravotnických zařízeních a významně tak přispívá k zmírnění výskytu nákaz a snadnějšímu průběhu léčby.

Obtížné a neúčelné je poskytování domácí péče tehdy, když si ho klient sám nepřeje nebo pokud nejsou vhodné sociální podmínky a prostředí pro poskytování domácí péči. Domácí péče může komplikovat i nespolupráce nebo neochota ze strany klienta nebo jeho rodiny. Těžký stav klienta, který si vyžaduje přístrojovou terapii může být do jisté míry také nevýhodou. Samozřejmě, že v dnešní moderní době není problém zřídit stanici intenzivní péče v domácím prostředí. Je to však vysoce ekonomicky a psychicky náročné pro rodinu. Vliv vlastního sociálního prostředí na stav klienta pak v prostředí domácí intenzivní péče ztrácí svůj smysl. Je však pouze na rodině jak se rozhodnou³⁸.

³⁸ <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>

II VÝZKUMNÁ ČÁST

1 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

- 1) Domnívám se, že na depresivitu seniorů má značný vliv to kde a s kým bydlí a jak jsou spokojeni se svým současným životem.
- 2) Předpokládám, že lidé, kteří, tráví svůj volný čas převážně doma, nechodí do společnosti a nemají žádné zájmy ani záliby, trpí častěji depresí než lidé žijící společenským životem, kteří, tráví svůj volný čas aktivně.
- 3) Domnívám se, že na vznik deprese u seniorů mají vliv vztahy s vrstevníky popřípadě ztráta vrstevníků.
- 4) Domnívám se, že senioři o které rodina projevuje zájem a kteří se cítí potřební trpí depresí méně, než lidé, kteří mají pocit, že jsou nepotřební, že je v rodině nikdo nepotřebuje, že jsou přebyteční.
- 5) Domnívám se, že úplná nebo částečná ztráta soběstačnosti seniorů a následná závislost na druhé osobě se podílí na vzniku deprese.

2 METODIKA

2.1 Metodika

Pro získání informací jsem využila dotazníkové formy, která slouží ke zkoumání, získávání dat. Dotazník se skládal celkem ze 14 otázek a hodnotící škály pro depresi gerontologických klientů podle Yesavageho. Otázky byly cílené a měli zjistit, jak určité faktory ovlivňují vznik deprese. Respondenti měli na výběr z několika možností, z nichž mohli vybrat vždy jen jednu.

Požadovanou odpověď jsem získala prostřednictvím uzavřené formy otázek. Respondenti zde měli na výběr z více možností nebo nabídku ANO / NE. Tento typ otázek je velice výhodný, protože vyplnění odpovědí je jednoduché a přitom nasměruje respondenta na to, co nás zajímá.

2.2 Charakteristika souboru

Zkoumaný vzorek tvořilo 100 respondentů. Snažila jsem se, aby výběr zkoumaného vzorku byl co do počtu respondentů srovnatelný a mohl poskytnout co nejobjektivnější výsledky.

2.3 Popis výzkumu

Dotazníky jsem sama rozdala v následujících zařízeních: ordinace praktického lékaře, agentury domácí péče, domovy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, kde byly dotazníky rozdány náhodně seniorům v různých věkových kategoriích. Senioři vyplňovali dotazníky vždy sami. Na vyplnění mněli několik dní a poté jsem si dotazníky opět sama sebrala.

Celkem bylo rozdáno 115 dotazníků, z nichž se mi jich vrátilo 110. Ze 110 dotazníků jsem dále vyřadila 10 dotazníků, protože jejich vyplnění nesplňovalo potřebné požadavky. Získala jsem tedy 100 platných dotazníků.

Při vlastním rozdávání a zpracování dotazníků jsem se nesečkala s žádnými většími potížemi.

3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části diplomové práce jsem se zaměřila na výsledky výzkumu a postupně rozebrala jednotlivé otázky. Následně jsem u každé otázky konkrétně uvedla srovnání, kde je znázorněno jaký má daná zkoumaná problematika vliv na depresivitu seniora v domácí péči. Na konci dotazníku je uvedena škála pro hodnocení deprese u gerontologických klientů dle Yesavageho. Podle této škály jsem zjišťovala, zda dotazovaný respondent trpí depresí.

Jednotlivé výsledky uvádím vždy v přehledné tabulce, která obsahuje absolutní četnost, relativní četnost a celkovou sumu absolutní a relativní hodnoty. Relativní četnost jsem vypočítala ze vzorce $f_i = (n_i / n) \cdot 100$ (f_i - relativní četnost, n_i - absolutní četnost, n - celkový počet respondentů). U každé otázky je uveden názorný graf, kde jsou hodnoty vyjádřeny v procentech.

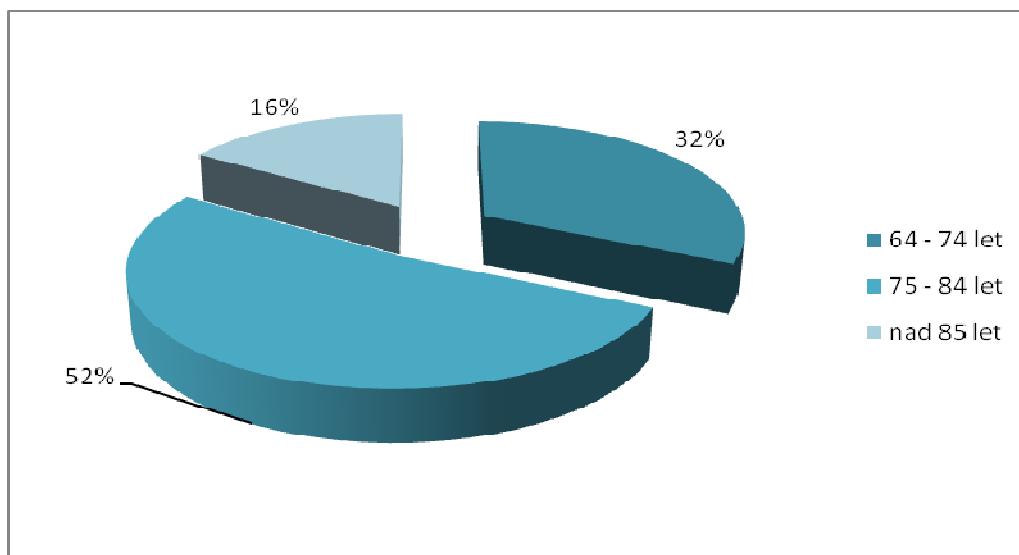
Otázka č. 1 : Váš věk?

V této otázce jsem zjišťovala, jaký je věk dotazovaných respondentů.

Ze sta dotazovaných respondentů jich bylo 32 ve věku 64 -74 let, 52 bylo ve věku 75 – 84 let a 16 ve věku nad 85 let. Znázorněno v tabulce 1, obr. 1.

Tab. 1. : Věk respondentů

odpověď	n_i	$f_i\%$
64 - 74 let	32	32
75 - 84 let	52	52
nad 85 let	16	16
n	100	100



Obr. 1. Graf: Věk respondentů

Tato otázka měla porovnat výskyt deprese v různých věkových kategoriích. Nejčastěji trpí depresí respondenti ve věkové kategorii 75 – 84 let a to v počtu 7 z 52 dotazovaných. Stejný výskyt deprese je ve věkové kategorii 64 – 74 let, kdy se v depresi nachází 7 respondentů z 32 dotazovaných. Na posledním místě se nachází věková kategorie nad 85 let, v níž z 16 dotazovaných trpí 4 respondenti depresí. Uvedeno v tabulce 2.

Tab. 2. : Výskyt deprese v různých věkových kategoriích

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
64 - 74 let	7	7	25	25
75 - 84 let	7	7	45	45
nad 85 let	4	4	12	12
n	18	18	82	82

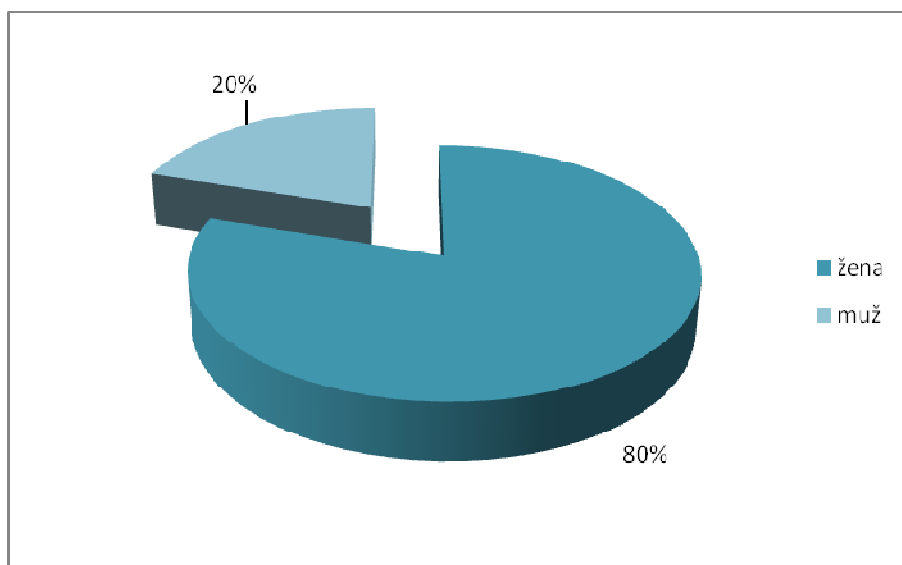
Otázka č. 2 : Pohlaví?

V této otázce respondenti uváděli své pohlaví.

Z dotazovaných respondentů bylo 20 mužů a 80 žen. Znázorněno v tabulce 3, obr. 2.

Tab. 3. : Pohlaví respondentů

Odpověď	n_i	$f_i\%$
žena	20	20
muž	80	80
n	100	100



Obr. 2. Graf: Pohlaví respondentů

Otázka číslo 2. měla porovnat, jak se liší výskyt deprese u mužů a žen. Z 80 dotazovaných žen jich 15 trpí depresí. Mužů v dotazníku odpovídalo 20, z nichž 3 trpí depresí. Znázorněno v tabulce 4.

Tab. 4 : Výskyt deprese podle pohlaví respondentů

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
ženy	15	15	65	65
muži	3	3	17	17
n	18	18	82	82

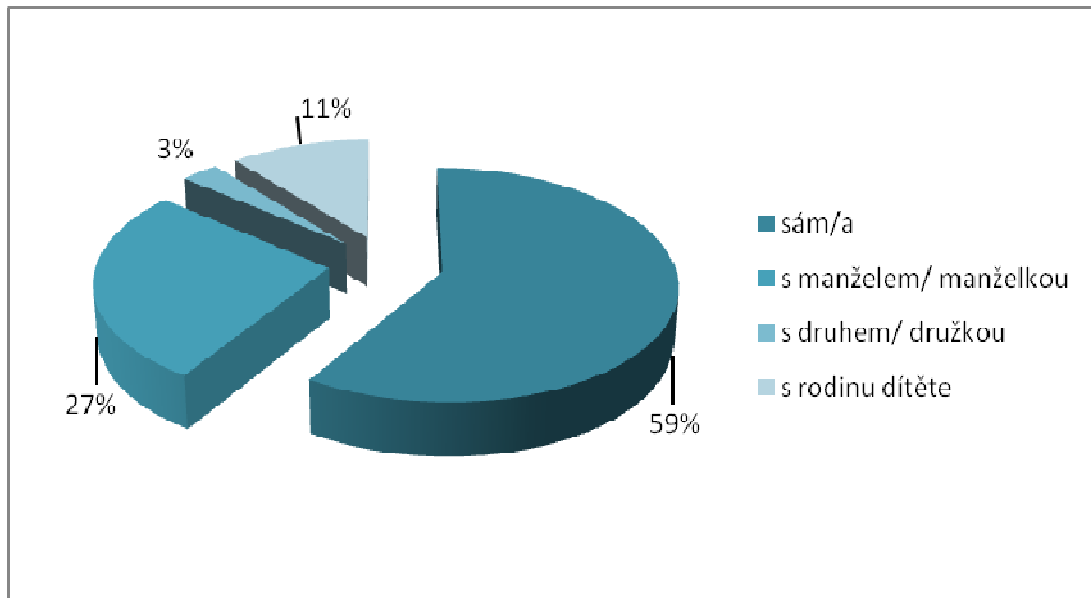
Otázka č. 3 : Doma bydlím?

Otázka číslo 3. měla zjistit s kým senioři sdílí společnou domácnost.

Z dotazovaných sta respondentů jich 27 společnou domácnost sdílí s manželem nebo manželkou, 3 společnou domácnost sdílí s druhem nebo družkou, 11 jich bydlí s dětmi a 59 bydlí samo. Znázorněno v tabulce 5, obr. 3.

Tab. 5. : S kým senioři sdílí společnou domácnost

odpověď	n_i	$f_i\%$
sám/a	59	59
s manželem/ manželkou	27	27
s druhem/ družkou	3	3
s rodinu dítěte	11	11
n	100	100



Obr. 3. Graf: S kým senioři sdílí společnou domácnost

Tato otázka měla porovnat jaký vliv má na depresivitu seniorů skutečnost s kým bydlí. Z dotazovaných respondentů je nejčastější výskyt deprese u respondentů kteří bydlí sami a to v počtu 11 z 59 dotazovaných. Z 27 dotazovaných respondentů, kteří bydlí s manželem nebo manželkou deprese trpí 4. Společnou domácnost s rodinou dítěte jich sdílí 11 z toho 3 trpí deprese. Nejméně trpí deprese senioři, kteří bydlí s druhem nebo družkou a to z 3 dotazovaných jich deprese netrpí nikdo. Ukázáno v tabulce 6.

Tab. 6. : Výskyt deprese v závislosti na tom s kým senioři bydlí

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
sám/a	11	11	48	48
s manželem/ manželkou	4	4	23	23
s druhem/ družkou	0	0	3	3
s rodinu dítěte	3	3	8	8
n	18	18	82	82

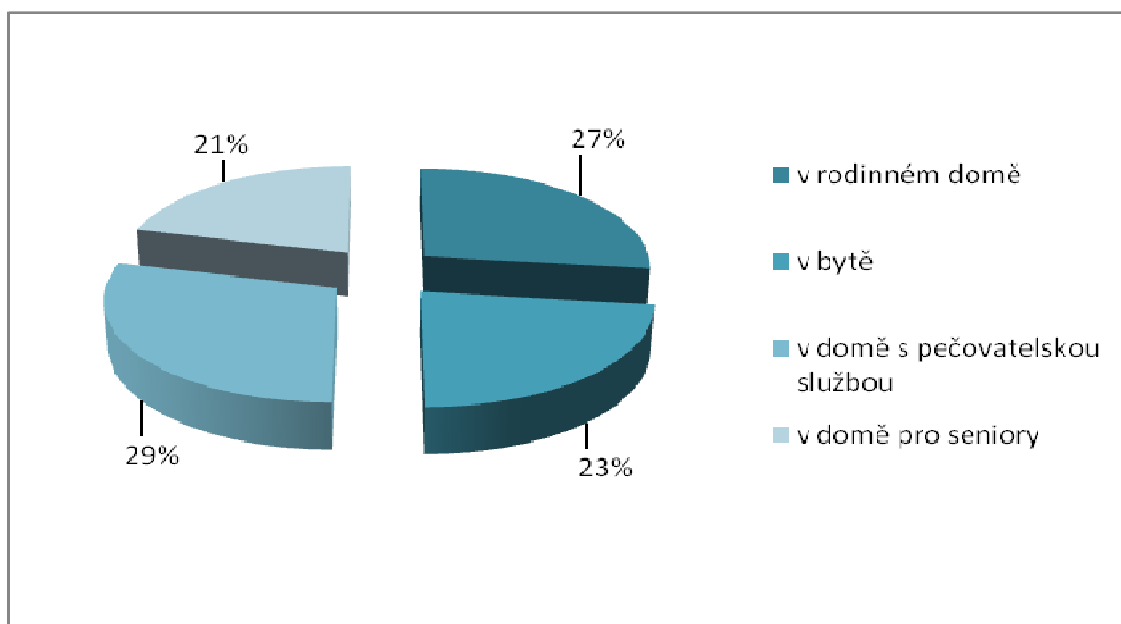
Otázka č. 4 : Bydlím v?

Úkolem této otázky bylo zjistit, kde senioři nejčastěji žijí.

Na otázku odpovědělo ze sta dotazovaných respondentů, že 27 jich bydlí v rodinném domě, 23 jich bydlí v bytě. Dalších 29 dotazovaných respondentů bydlí v domě s pečovatelskou službou a 21 respondentů bydlí v domě pro seniory. Znázorněno v tabulce 7, obr. 4.

Tab. 7. : Kde senioři nejčastěji žijí

odpověď	n_i	$f_i\%$
v rodinném domě	27	27
v bytě	23	23
v domě s pečovatelskou službou	29	29
v domě pro seniory	21	21
n	100	100



Obr. 4. Graf: Kde senioři žijí

Tato otázka měla zároveň porovnat výskyt deprese u seniorů podle toho, kde bydlí. Nejčastěji trpí depresí senioři žijící v rodinném domě. Z 27 dotazovaných jich 5 trpí depresí. Z 29 seniorů, kteří žijí v domě s pečovatelskou službou deprese trpí 5. Senioři, kteří žijí v bytě trpí deprese v počtu 4 z 19 dotazovaných. Ve stejném počtu trpí depresí senioři, kteří žijí v domě pro seniory. A to v počtu 4 ze 17 dotazovaných. Uvedeno v tabulce 8.

Tab. 8 : Vliv prostředí, ve kterém senioři žijí na výskyt deprese u seniorů

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
v rodinném domě	5	5	22	22
v bytě	4	4	19	19
v domě s pečovatelskou službou	5	5	24	24
v domě pro seniory	4	4	17	17
n	18	18	82	82

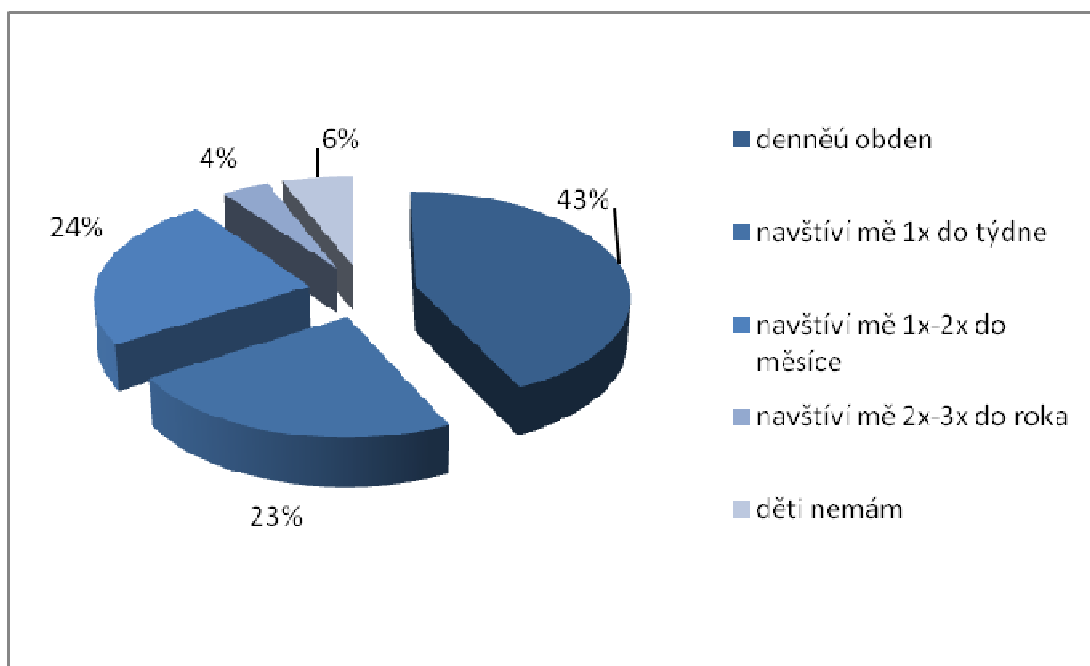
Otázka č. 5 : S dětmi se stýkám?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, Zda dotazovaní respondenti mají děti. A pokud ano, jak často se stýkají dotazovaní respondenti se svými dětmi.

Ze sta dotazovaných seniorů jich 6 uvedlo, že nemají děti. 43 seniorů uvedlo, že se s dětmi stýká denně nebo obden, 23 seniorů navštěvují děti 1x do týdne, 24 seniorů se s dětmi stýká 1-2x do měsíce a 4 seniori se stýkají s dětmi 2x – 3x do roka. Znázorněno v tabulce 9, obr. 5.

Tab. 9. : Jak často se seniori stýkají se svými dětmi

odpověď	n_i	$f_i\%$
denně obden	43	43
navštíví mě 1x do týdne	23	23
navštíví mě 1x-2x do měsíce	24	24
navštíví mě 2x-3x do roka	4	4
děti nemám	6	6
n	100	100



Obr. 5. Graf: Jak často se seniori stýkají se svými dětmi

Díky otázce číslo 5 jsem mohla porovnat jaký vliv má na deprivitu seniorů frekvence s jakou je jejich děti navštěvují. A jak ovlivňuje deprivitu seniorů fakt, že žádné děti nemají. Respondenti, které jejich děti navštěvují denně trpí depresí v počtu 7 ze 43 dotazovaných. 23 seniorů je svými dětmi navštěvováno 1x do týdne z nichž jich 5 trpí depresí. 24 respondentů se stýká se svými dětmi 1x – 2x do měsíce z toho 2 respondenti trpí depresí. U seniorů, které jejich děti navštěvují 2x -3, do roka se deprese vyskytuje v počtu 1 ze 4 dotazovaných. 6 seniorů odpovědělo, že nemá děti vůbec a z nich 3 trpí depresí. Znázorňuje tabulka 10.

Tab. 10. : Vliv kontaktu seniorů s vlastními dětmi na jejich deprivitu

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
denně obden	7	7	36	36
navštíví mě 1x do týdne	5	5	18	18
navštíví mě 1x-2x do měsíce	2	2	22	22
navštíví mě 2x-3x do roka	1	1	3	3
děti nemám	3	3	3	3
n	18	18	82	82

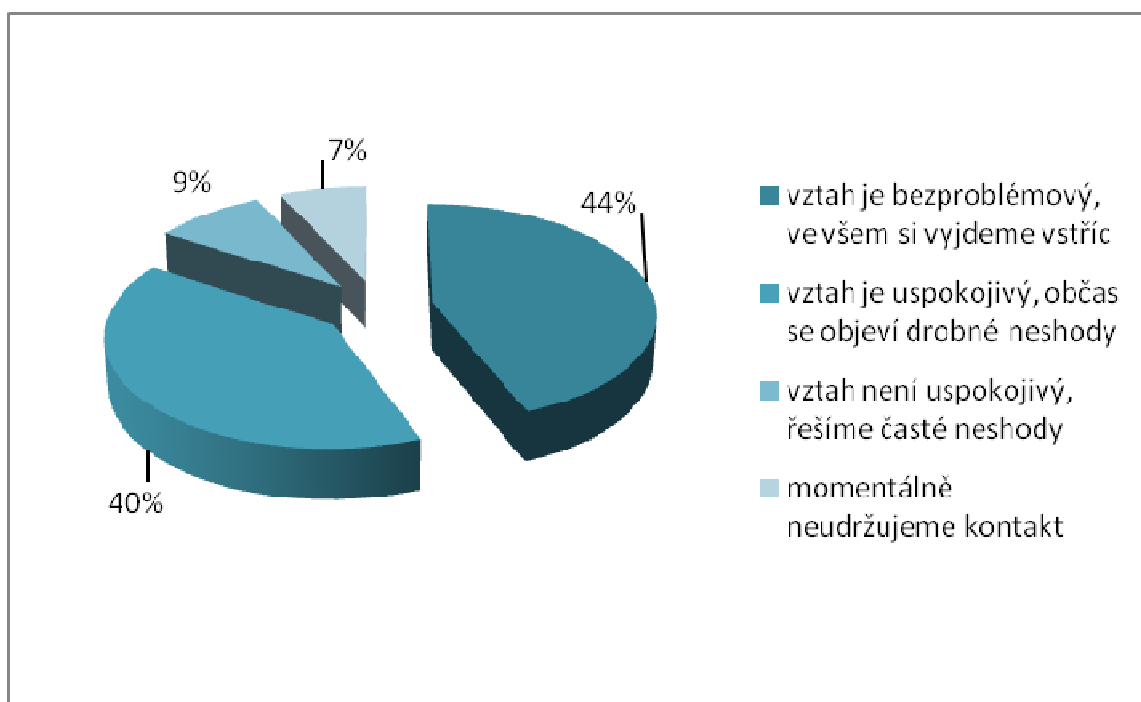
Otázka č. 6 : Se svými blízkými vycházím (děti, manžel/ka, druh, družka,...)

Zde jsem chtěla zjistit, jaký mají respondenti vztah se svými blízkými.

44 respondentů odpovědělo, že jejich vztah s blízkými je bezproblémový, 40 respondentů odpovědělo, že je vztah s blízkými uspokojivý. U 9 respondentů je jejich vztah s blízkými neuspokojivý a řeší časté neshody 7 respondentů odpovědělo, že s blízkými momentálně neudrží kontakt. Uvedeno v tabulce 11, obr. 6.

Tab. 11. : Vztah seniorů se svými blízkými

odpověď	n_i	$f_i\%$
vztah je bezproblémový, ve všem si vyjdeme vstříc	44	44
vztah je uspokojivý, občas se objeví drobné neshody	40	40
vztah není uspokojivý, řešíme časté neshody	9	9
momentálně neudržíme kontakt	7	7
n	100	100



Obr. 6. Graf: Vztah seniorů se svými blízkými

Otázka měla zjistit, jak na depresivitu seniorů působí jejich vztah s blízkými. Nejčastěji trpí depresí senioři, jejichž vztah s blízkými je uspokojivý a objeví se jen občas drobné neshody a to v počtu 6 ze 40 dotazovaných. U respondentů jejichž vztah s blízkými je bezproblémový se deprese vyskytuje v počtu 5 z 44 dotazovaných. Lidé, kteří mají vztah se svými blízkými neuspokojivý a řeší časté neshody se deprese vyskytuje v počtu 5 z 9 dotazovaných. Nejméně se deprese vyskytovala u respondentů, kteří se svými blízkými momentálně neudržují kontakt. Zde se deprese vyskytovala v poměru 2 z 5 dotazovaných. Uvádí tabulka 12.

Tab. 12. : Vliv vztahu seniora a blízkých na jeho depresi

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
vztah je bezproblémový, ve všem si vyjdeme vstříc	5	5	39	39
vztah je uspokojivý, občas se objeví drobné neshody	6	6	34	34
vztah není uspokojivý, řešíme časté neshody	5	5	4	4
momentálně neudržujeme kontakt	2	2	5	5
n	18	18	82	82

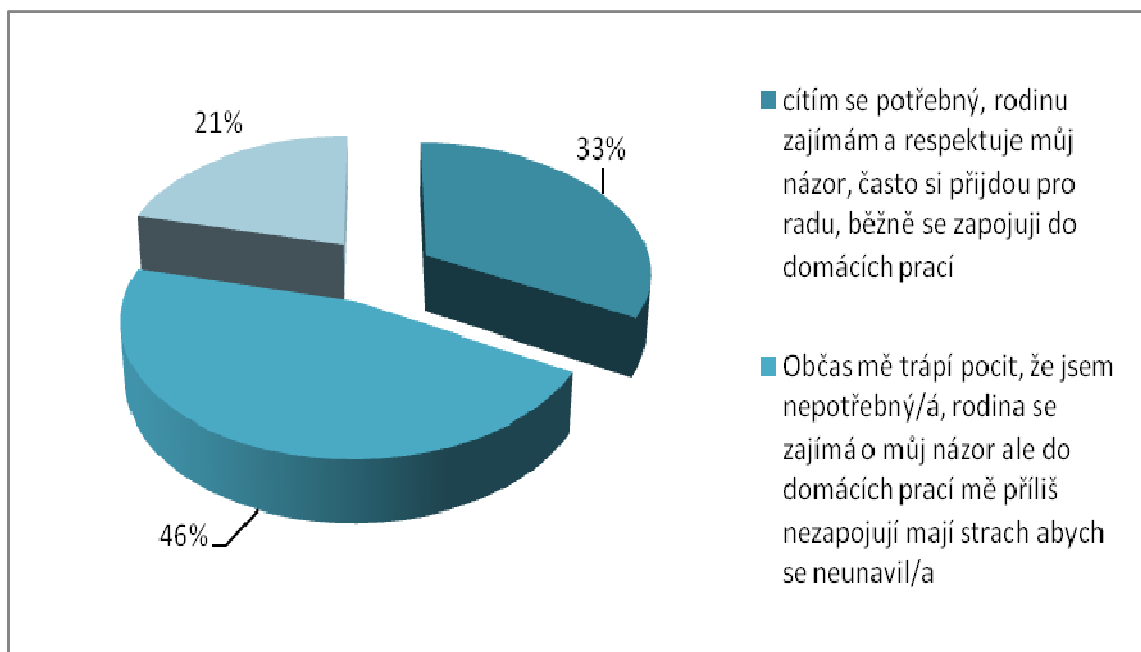
Otázka č. 7 : Jak hodnotíte svoji pozici v rodině?

Tato otázka měla zjistit, jak dotazovaní respondenti hodnotí svoji pozici v rodině a jak si přijdou pro rodinu nepostradatelní a potřební.

Na tuto otázku odpovědělo sto respondentů, z nichž jich 33 odpovědělo, že se cítí být potřební, 46 trápí občasný pocit nepotřebnosti a zbývajících 21 respondentů trpí pocitem nepotřebnosti a úplného nezájmu rodiny. Znázorněno v tabulce 13, obr. 7.

Tab. 13. : Jak respondenti hodnotí svoji pozici v rodině

odpověď	n _i	f _i %
cítím se potřebný, rodinu zajímám a respektuji můj názor, často si přijdou pro radu, běžně se zapojuji do domácích prací	33	33
občas mě trápí pocit, že jsem nepotřebný/á, rodina se zajímá o můj názor ale do domácích prací mě příliš nezapojují, mají strach abych se neunavil/a	46	46
přijdu si nepotřebný/á, rodinu nezajímá můj názor, vše si raději dělají sami podle sebe	21	21
n	100	100



Obr. 7. Graf: Jak respondenti hodnotí svoji pozici v rodině

Touto otázkou jsem chtěla zjistit jaký vliv má na depresivitu seniorů skutečnost, jak vnímají svoji pozici v rodině a zájem o svou osobu. 33 respondentů se cítí být potřebnými z toho jich přesto 2 trpí depresí. 46 respondentů, kteří se cítí být občas nepotřební jich trpí depresí 8. Nejvíce trpí depresí respondenti, kteří se cítí být zcela nepotřební. A to v počtu 8 z 13 dotazovaných viz tabulka 14.

Tab. 14 : Vliv pozice seniora v rodině na jeho depresivitu

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
cítím se potřebný, rodinu zajímám a respektuje můj názor, často si přijdou pro radu, běžně se zapojuji do domácích prací	2	2	31	31
občas mě trápí pocit, že jsem nepotřebný/á,rodina se zajímá o můj názor, ale do domácích prací mě příliš nezapojují mají strach abych se neunavil/a	8	8	38	38
přijdu si nepotřebný/á, rodinu nezajímá můj názor, vše si raději dělají sami podle sebe	8	8	13	13
n	18	18	82	82

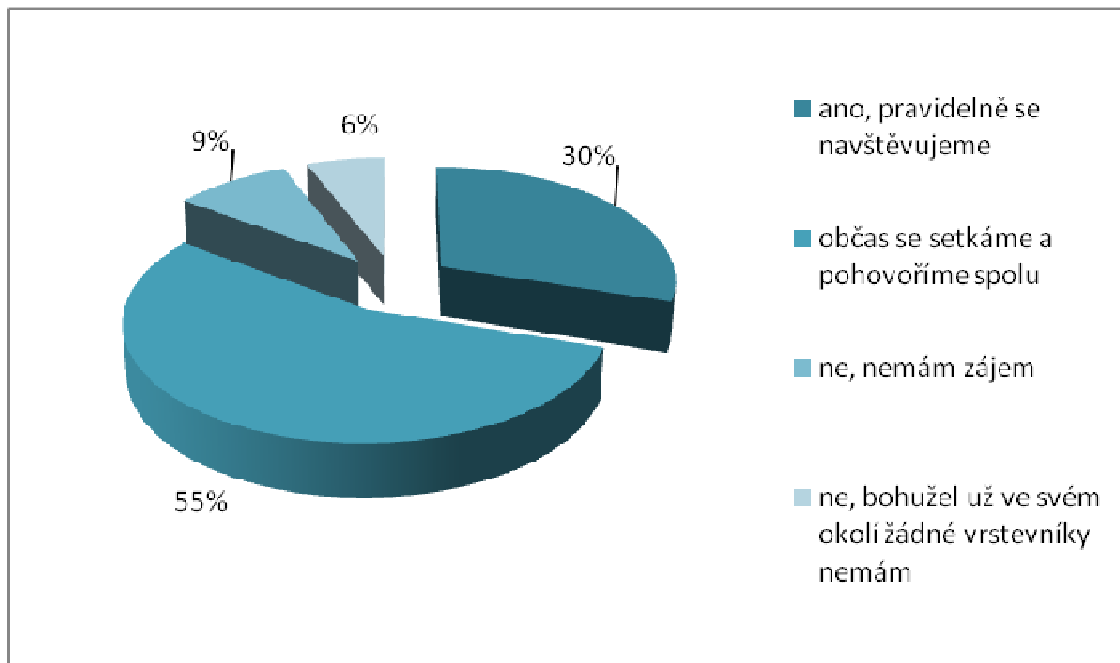
Otázka č. 8 : Stýkáte se s vrstevníky ve vašem okolí?

V této otázce měli respondenti uvést, jestli se stýkají s vrstevníky ve svém okolí a jak často tomu tak je.

Ze sta dotazovaných respondentů jich 30 odpovědělo, že se pravidelně navštěvuje se svými vrstevníky, 55 respondentů se občas setká a pohovoří s vrstevníky, 9 respondentů nemá zájem o kontakt s vrstevníky a 6 respondentů již ve svém okolí žádné vrstevníky nemá. Znázorňuje tabulka 15, obr. 8.

Tab. 15. : Kontakt seniorů s vrstevníky ve svém okolí

odpověď	n_i	$f_i\%$
ano, pravidelně se navštěvujeme	30	30
občas se setkáme a pohovoříme spolu	55	55
ne, nemám zájem	9	9
ne, bohužel už ve svém okolí žádné vrstevníky nemám	6	6
n	100	100



Obr. 8. Graf: Kontakt seniorů s vrstevníky ve svém okolí

Cílem této otázky bylo porovnání výskytu deprese u seniorů, jež se stýkají se svými vrstevníky a respondentů, kteří nemají zájem o ostatní nebo už je bohužel ve svém okolí nemají. Výskyt deprese byl nejčastější u respondentů, kteří se občas stýkají se svými vrstevníky. A to v počtu 10 z 55 dotazovaných. U seniorů, kteří se s vrstevníky setkávají pravidelně je výskyt deprese u 3 respondentů z 30 dotazovaných. 9 respondentů se s vrstevníky nemá zájem stýkat a deprese trpí 3 respondenti. Nejméně jsou výskytem deprese zasaženi senioři, kteří se s vrstevníky nestýkají, jelikož už žádné vrstevníky kolem sebe nemají. Depresi z nich trpí pouze 2 ze 4 dotazovaných. Viz tabulka 16.

Tab. 16. : Vliv vztahu seniorů s vrstevníky na jejich depresivitu

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
ano, pravidelně se navštěvujeme	3	3	27	27
občas se setkáme a pohovoříme spolu	10	10	45	45
ne, nemám zájem	3	3	6	6
ne, bohužel už ve svém okolí žádné vrstevníky nemám	2	2	4	4
n	18	18	82	82

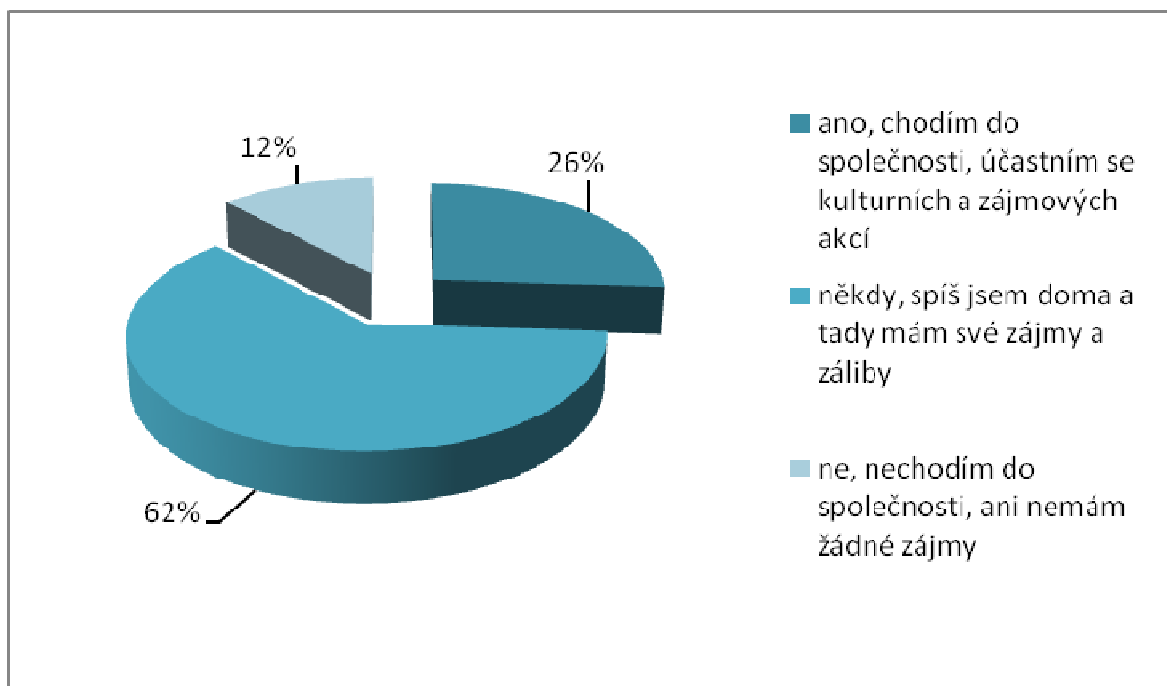
Otázka č. 9: Navštěvujete rád/a společnost, máte své zájmy, záliby, aktivity?

Cílem této otázky bylo zjistit, jakým způsobem respondenti nejčastěji tráví volný čas.

Nejvíce respondentů a to 62 odpovědělo, že svůj volný čas tráví doma, kde mají své zájmy a záliby. 26 respondentů odpovědělo, že svůj volný čas tráví aktivně, chodí do společnosti a účastní se kulturních a zájmových akcí. Zbývajících 7 respondentů svůj volný čas tráví doma a nemá žádné zájmy. Uvedeno v tabulce 17, obr. 9.

Tab. 17. : Jak senioři tráví volný čas

odpověď	n_i	$f_i\%$
ano, chodím do společnosti, účastním se kulturních a zájmových akcí	26	26
někdy, spíš jsem doma a tady mám své zájmy a záliby	62	62
ne, nechodím do společnosti, ani nemám žádné zájmy	12	12
n	100	100



Obr. 9. Graf: Jak senioři tráví volný čas

Otázka číslo 9 měla zjistit jaký vliv má na depresivitu seniorů způsob jakým tráví svůj volný čas. Nejvíce a to v počtu 10 z 62 trpí depresí respondenti, kteří uvedli, že svůj volný čas tráví spíše doma, kde mají své zájmy a záliby. Respondenti, kteří tráví svůj volný čas aktivně, chodí do společnosti trpí depresí v počtu 3 z 26 dotazovaných. Respondenti, kteří svůj volný čas tráví doma a nechodí do společnosti ani nemají žádné zájmy trpí depresí v počtu 5 ze 7 dotazovaných respondentů. Uvedeno v tabulce 18.

Tab. 18. : Způsob jakým tráví senioři volný čas a jeho vliv na depresivitu seniorů

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
ano, chodím do společnosti, účastním se kulturních a zájmových akcí	3	3	23	23
někdy, spíše jsem doma a tady mám své zájmy a záliby	10	10	52	52
ne, nechodím do společnosti, ani nemám žádné zájmy	5	5	7	7
n	18	18	82	82

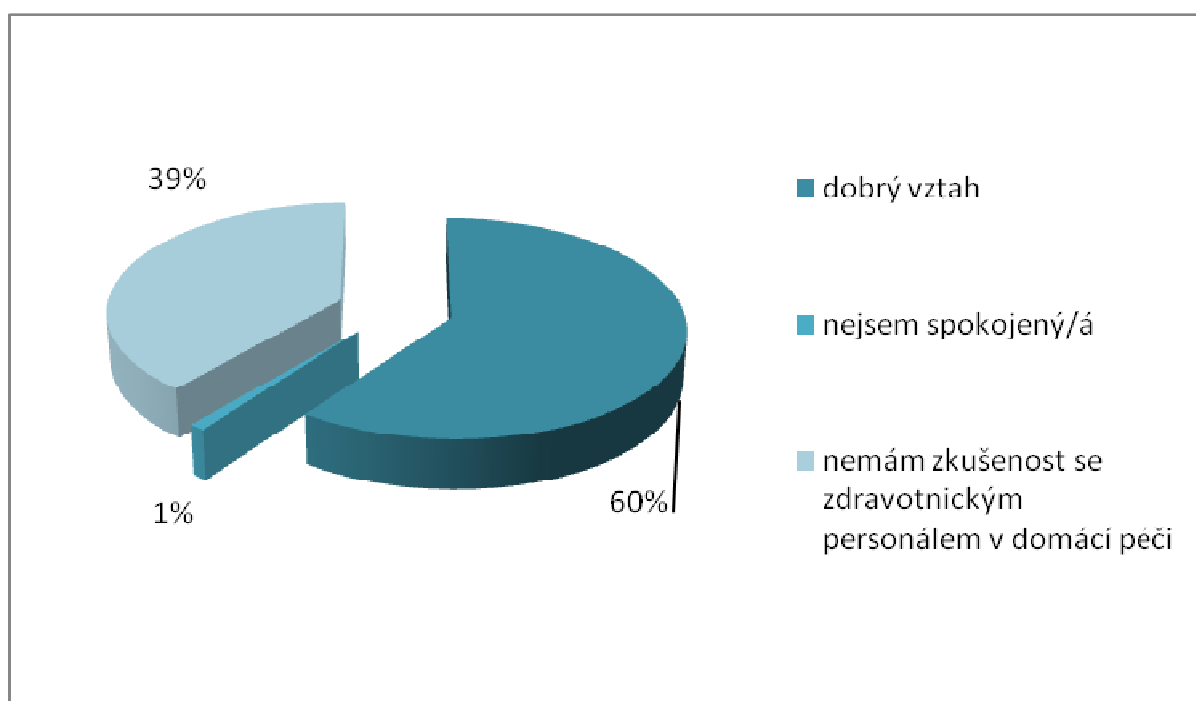
Otázka č. 10 : Jaký je Váš vztah se zdravotnickým personálem v domácí péči?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaký mají senioři vztah se zdravotnickým personálem v domácí péči.

Velice dobrý vztah s personálem v domácí péči má 60 respondentů, 1 respondent hodnotí svůj vztah se zdravotnickým personálem jako neuspokojivý, návštěvy ho unavují a přijímá je pouze z nutnosti a 39 respondentů nemá se zdravotnickým personálem v domácí péči zkušenost. Znázorněno v tabulce 19, obr. 10.

Tab. 19. : Vztah seniorů se zdravotnickým personálem v domácí péči

odpověď	n_t	$f_t\%$
velice dobrý, ve všem mi vyjdou vstříc, mají profesionální přístup, těším se na ně, po jejich návštěvě mám hned lepší náladu, beru je jako rodinu	60	60
nejsem spokojený/á s jejich službami, péči přijímám jen z nutnosti, z jejich návštěv jsem nevrlý/á a unavený/á	1	1
nemám zkušenost se zdravotnickým personálem v domácí péči	39	39
n	100	100



Obr. 10. Graf: Vztah seniorů se zdravotnickým personálem

Prostřednictvím této otázky jsem chtěla zjistit, jaký vliv má na depresivitu seniorů jejich vztah se zdravotnickým personálem v domácí péči. Respondenti, kteří uvedli, že jejich vztah se zdravotnickým personálem v domácí péči je velice dobrý, trpí depresí v počtu 11 respondentů z 60. Respondenti, kteří uvádí, že vztah se zdravotnickým personálem v domácí péči je neuspokojivý trpí depresí v počtu 1 z 1 dotazovaných. Zbývajících 39 respondentů, z nichž jich 6 trpí depresí uvádí, že nemají žádnou zkušenost se zdravotnickým personálem v domácí péči. Uvedeno v tabulce 20.

Tab. 20. : Jak ovlivňuje depresivitu seniorů vztah se zdravotnickým personálem v domácí péči

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
velice dobrý, ve všem mi vyjdou vstříc, mají profesionální přístup, těším se na ně, po jejich návštěvě mám hned lepší náladu, beru je jako rodinu	11	11	49	49
nejsem spokojený/á s jejich službami, péči přijímám jen z nutnosti, z jejich návštěv jsem nevrlý/á a unavený/á	1	1	0	0
nemám zkušenost se zdravotnickým personálem v domácí péči	6	6	33	33
n	18	18	82	82

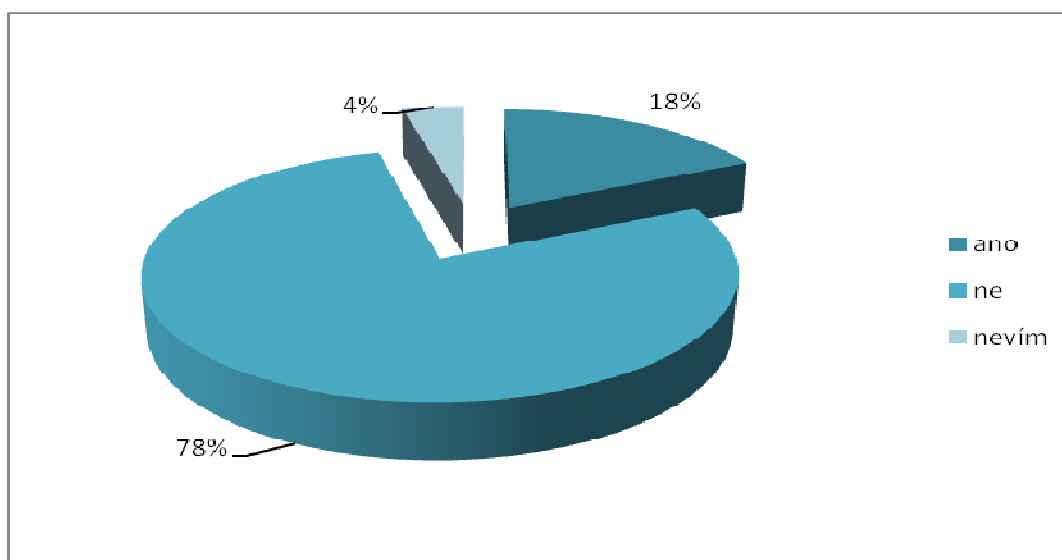
Otázka č. 11 : Léčíte se s depresí?

Tato otázka měla zjistit, kolik respondentů v domácí péči se léčí s depresí.

Ze sta dotazovaných respondentů jich uvádí 18, že se léčí s depresí, 78 se s depresí neléčí a 4 neví, zda se léčí nebo neléčí s depresí. Uvedeno v tabulce 21, obr. 11.

Tab. 21. : Přehled léčby deprese u dotazovaných respondentů

odpověď	n_i	$f_i\%$
ano	18	18
ne	78	78
nevím	4	4
n	100	100



Obr. 11. Graf: Přehled léčby deprese u dotazovaných respondentů

Tato otázka měla zároveň porovnat kolik seniorů trpí depresí a kolik z nich je léčeno. Ze sta dotazovaných respondentů jich je 18 léčeno s depresí a 7 jich depresí trpí, 78 jich není léčeno s depresí a 9 z nich jich depresí trpí a 4 respondenti neví zda se s depresí léčí a 2 z nich mají depresi. Znázorněno v tabulce 22.

Tab. 22 : Kolik respondentů trpí depresí a kolik z nich je léčeno

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
ano	7	7	11	11
ne	9	9	69	69
nevím	2	2	2	2
n	18	18	82	82

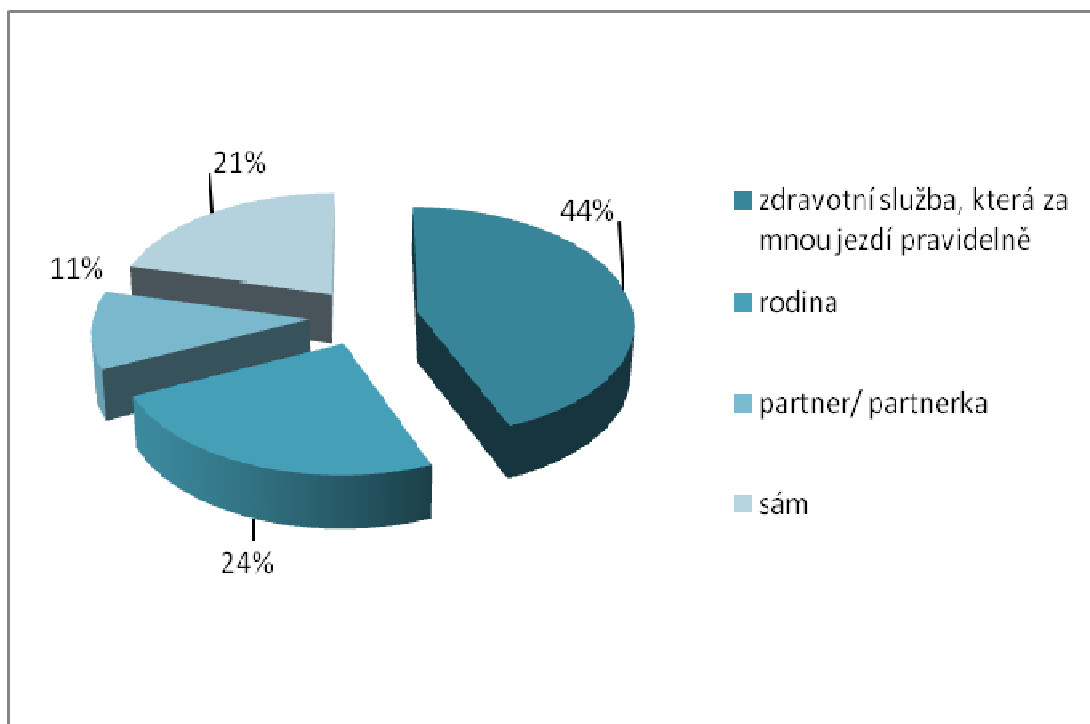
Otázka č. 12 : O Váš zdravotní stav pečujete?

Na základě této otázky jsem chtěla zjistit kdo nejčastěji pečuje o seniory v domácí péči

Z dotazovaných respondentů jich 44 odpovědělo, že o jejich zdravotní stav pečuje zdravotní služba, 24 jich odpovědělo, že o jejich zdravotní stav pečuje rodina. 11 respondentů uvádí, že o ně pečuje partner nebo partnerka a 21 respondentů uvedlo, že o svůj zdravotní stav pečují sami. Uvedeno v tabulce 23, obr. 12.

Tab. 23. : Kdo pečuje o zdravotní stav seniorů

odpověď	n_i	$f_i\%$
zdravotní služba, která za mnou jezdí pravidelně	44	44
rodina	24	24
partner/ partnerka	11	11
sám	21	21
n	100	100



Obr. 12. Graf: Kdo pečuje o zdravotní stav seniorů

Otázka číslo 12 měla porovnat jak ovlivňuje depresivitu seniorů skutečnost kdo o jejich zdravotní stav pečuje. Zdravotní služba pečuje o 44 dotazovaných seniorů, z nichž jich 11 trpí depresí, rodina pečuje o 24 dotazovaných respondentů, z nichž 2 trpí depresí. Partner nebo partnerka pečují o 11 seniorů, z nichž 2 depresí trpí. 21 seniorů, kteří uvádí, že o svůj zdravotní stav pečují sami, se deprese vyskytuje u 3 respondentů. Tabulka 24.

Tab. 24. : Vliv péče o zdravotní stav seniora na jejich depresivitu

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_t	$f_t\%$	n_t	$f_t\%$
zdravotní služba, která za mnou jezdí pravidelně	11	11	33	33
rodina	2	2	22	22
partner/ partnerka	2	2	9	9
sám	3	3	18	18
n	18	18	82	82

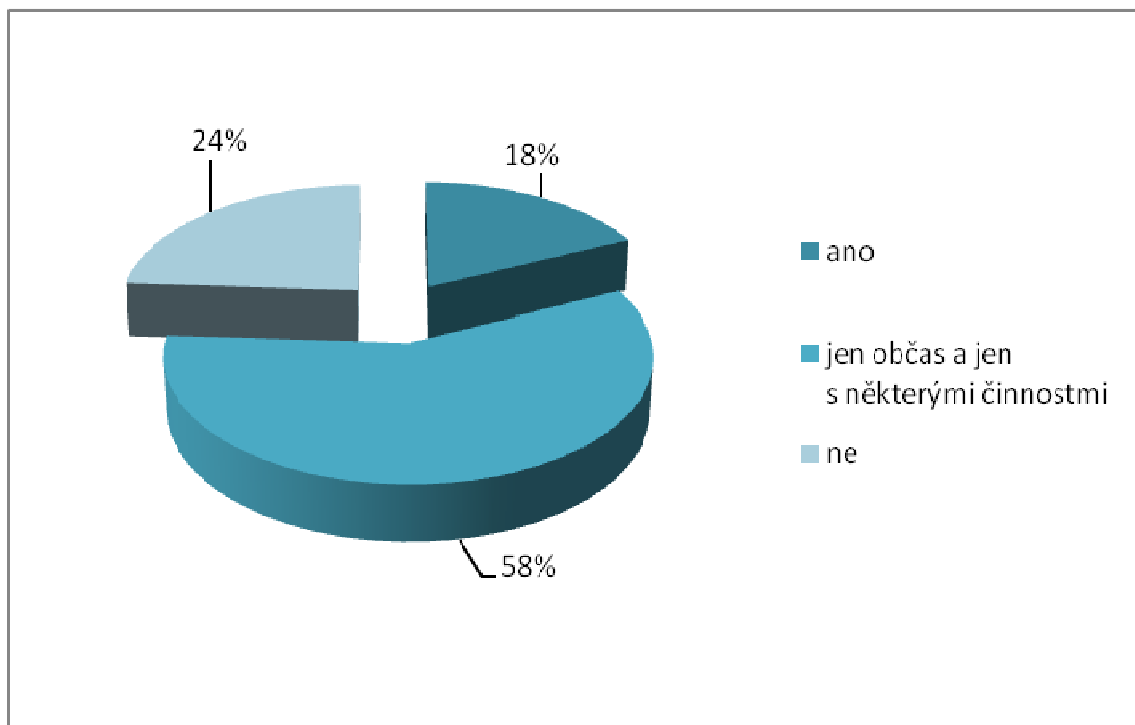
Otázka č. 13 : Potřebujete pomoc druhých osob v běžných denních činnostech?

Otázka měla zjistit, jestli dotazovaní respondenti potřebují pomoc jiných osob v běžných denních činnostech.

Ze sta dotazovaných respondentů jich 18 odpovědělo, že potřebují pomoc v běžných denních činnostech 58 respondentů potřebuje pomoc jen s některými činnostmi a 24 respondentů je soběstačných a pomoc jiných osob nepotřebuje. Uvedeno v tabulce 25, obr. 13.

Tab. 25. : Závislost dotazovaných respondentů na jiných osobách v běžných denních činnostech

odpověď	n_i	$f_i\%$
ano	18	18
jen občas a jen s některými činnostmi	58	58
ne	24	24
n	100	100



Obr. 13 Graf: Závislost dotazovaných respondentů na jiných osobách v běžných denních činnostech

Otázka číslo 13 měla zjistit, jak závislost dotazovaných respondentů na jiných osobách ovlivňuje depresivitu seniorů v domácí péči 18 respondentů odpovědělo, že jsou závislí na péči jiných osob, z nichž jich 3 trpí depresí. 58 dotazovaných respondentů potřebuje občasnou pomoc jiné osoby a depresí jich trpí 12. Zbývajících 24 respondentů nepotřebuje pomoc jiných osob a deprese se objevila u 3 respondentů. Tabulka 26.

Tab. 26. : Vliv závislosti na jiné osobě v běžných denních činnostech na depresivitu seniorů

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese		
	n_t	$f_t\%$	n_t	$f_t\%$	
ano	3	3	15	15	
jen občas a jen s některými činnostmi	12	12	46	46	
ne	3	3	21	21	
n	18	18	82	82	

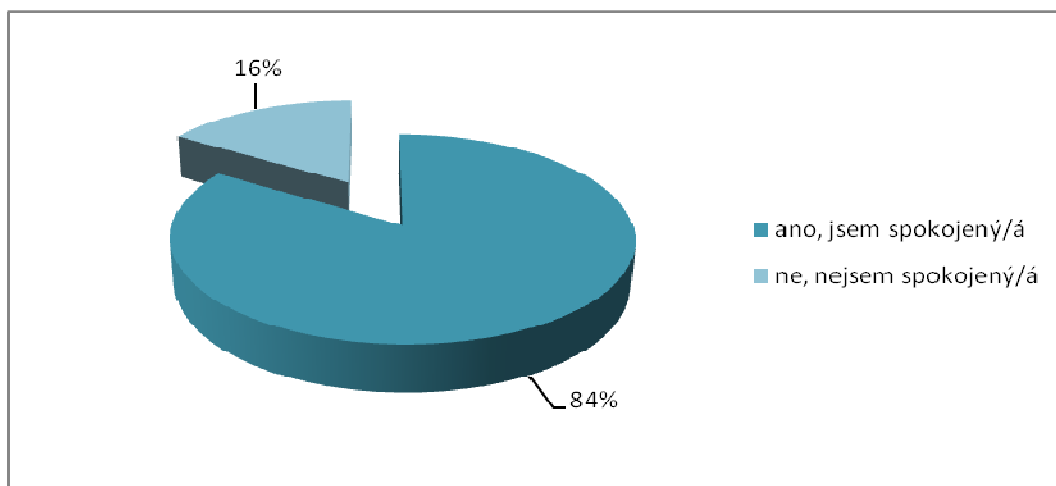
Otázka č. 14 : Jste spokojený/á s přístupem a poskytovanou péčí svého praktického lékaře?

Cílem této otázky bylo zjistit, jako jsou respondenti spokojeni se službami, které jim poskytuje jejich praktický lékař.

S péčí svého praktického lékaře je spokojeno 84 respondentů, nespokojenost se službami svého praktického lékaře uvádí 16 respondentů. Znázorňuje tabulka 27, obr. 14.

Tab. 27. : Spokojenost respondentů se službami praktického lékaře

odpověď	n_i	$f_i\%$
ano, jsem spokojený/á	84	84
ne, nejsem spokojený/á	16	16
n	100	100



Obr. 14. Graf: Spokojenost respondentů se službami praktického lékaře

Cílem této otázky bylo také zjistit, jaký vliv má zdravotnická supervize na depresivitu seniorů a na jejich celkovou spokojenost. U 84 respondentů, kteří uvedli, že jsou spokojeni s péčí svého praktického lékaře se objevuje deprese u 17 respondentů. Naproti tomu u 16 respondentů, kteří jsou nespokojeni s péčí svého praktického lékaře se deprese objevuje u 1 respondenta. Viz tabulka 28.

Tab. 28. : Vliv zdravotnické supervize na depresivitu senioru

odpověď	respondenti v depresi		respondenti bez deprese	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
ano, jsem spokojený/á	17	17	67	67
ne, nejsem spokojený/á	1	1	15	15
n	18	18	82	82

Škála pro hodnocení deprese u seniorů v domácí péči

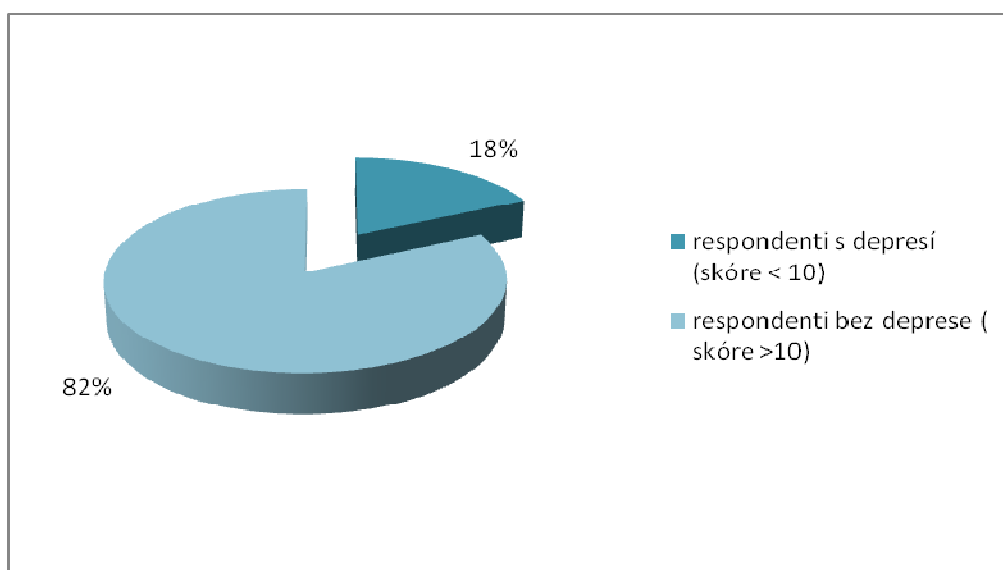
Prostřednictvím této škály jsem zjišťovala, zda dotazovaný respondent trpí depresí nebo naopak. A na základě těchto výsledků jsem pak mohla provést srovnání, jak na depresivitu seniora působí různé faktory. K hodnocení byla použita Yeasavageho škála k hodnocení deprese u gerontologických klientů.

Respondenti zaškrtovali vždy jen jednu odpověď na každou otázku. Vyhodnocení pak proběhlo součtem odpovědí napsaných velkými písmeny, přičemž za každou takovou odpověď dostal dotazovaný respondent jeden bod. Pokud skóre dosahovalo více jak 10 bodů, byl respondent považován za významného pro diagnózu deprese. Příloha B: Yeasavageho škála k hodnocení deprese.

Z dotazovaných sta respondentů mělo 18 součet bodů vyšší než 10 a tedy byli považováni za významné pro diagnózu deprese. 82 dotazovaných respondentů mělo skóre nižší nežli 10 bodů a přítomnost deprese u nich byla tudíž vyloučena. Znázorněno v tabulce 30. obr. 15.

Tab. 30. : Výskyt deprese u dotazovaných respondentů

odpověď	n_i	$f_i\%$
respondenti s depresí (skóre nad 10)	18	18
respondenti bez deprese (skóre pod 10)	82	82
n	100	100



Obr. 15. Graf: Výskyt deprese u dotazovaných respondentů

DISKUSE

Dle výsledku výzkumu je patrné, že převážná část seniorů v domácí péči depresi netrpí, což považují za velmi pozitivní. Přesto část dotazovaných respondentů vykazuje známky deprese. Prostřednictvím mého dotazníku jsem mohla porovnat, do jaké míry ovlivňují depresi určité faktory, jako je například vztah s rodinou, rodinné zázemí, kontakt s dětmi, vztahy s vrstevníky, společenský život, celková spokojenost s dosavadním životem.

Zjistila jsem, že depresivitu seniorů v domácí péči do značné míry ovlivňuje jejich celková pohoda a spokojenost se službami, které jim poskytuje praktický lékař nebo agentura domácí péče. Senioři, kteří jsou s těmito službami spokojeni, trpí depresí méně. Vzájemná souvislost mezi nespokojeností se zdravotnickým personálem a vznikem deprese nás nutí položit si otázku, co čemu předcházelo? Nespokojenost s domácí péčí, praktickým lékařem a následný vznik deprese nebo naopak.

V mém prvním výzkumném předpokladu jsem se domnívala, že na depresivitu seniorů má značný vliv to, kde a s kým bydlí, jak jsou spokojeni se svým současným životem. Výzkum mé předpoklady potvrdil a ukázal značné rozdíly. Senioři, kteří odpovídali, že bydlí sami v bytě nebo rodinném domě a cítí se spokojeni se svým současným životem, trpí depresí častěji na rozdíl od seniorů, kteří bydlí v domě pro seniory, v domě s pečovatelskou službou, jsou obklopeni rodinou, nebo žijí s partnerem a se svým dosavadním životem jsou spokojeni.

Dále jsem předpokládala, že lidé, kteří, tráví svůj volný čas, převážně doma, nechodí do společnosti, nemají žádné zájmy ani záliby, trpí častěji depresí, protože mají více času přemýšlet, což většinou nemá kladný vliv na jejich psychický stav. Na základě výsledků výzkumu jsem zjistila, že senioři, kteří tráví svůj volný čas pasivně bez zájmů a zálib se v depresi nacházejí častěji.

Domnívala jsem se, že na vznik deprese u seniorů mají vliv vztahy s jejich vrstevníky popřípadě ztráta vrstevníků z okolí. Na základě výzkumu jsem zjistila, že opravdu pravidelný kontakt s vrstevníky v jejich okolí, způsobuje nižší výskyt deprese.

Dalším faktorem ovlivňujícím depresi a tedy dalším výzkumným předpokladem byla domněnka, že senioři, o které rodina projevuje zájem a kteří se cítí potřební trpí depresí méně než lidé, kteří mají pocit, že jsou nepotřební a přebyteční. Domnívala jsem se, že je tomu tak právě proto, že pocit nepotřebnosti a nezájmu rodiny v seniorovi vyvolává negativní myšlenky a následný vznik deprese. Výzkum můj předpoklad potvrdil. Dotazovaní senioři, kteří se v rodině cítí potřební trpí depresí, výrazně méně, než senioři u kterých je tomu právě naopak.

V posledním výzkumném předpokladu jsem se domnívala, že úplná nebo částečná ztráta soběstačnosti a následná závislost na druhé osobě se podílí na vzniku deprese. Výsledky výzkumu potvrdili že úplná nebo částečná ztráta soběstačnosti je častěji spojena s výskytem deprese.

ZÁVĚR

V dnešní společnosti nalezneme nespočet témat, o kterých se opakovaně diskutuje s neuvěřitelným zaujetím a patřičnou horlivostí. Na straně druhé však existují témata, o nichž se nemluví téměř vůbec, snad proto, že nejsou dostatečně zajímavá, nebo před nimi z obavy utíkáme. Domnívám se, že jedním z těchto témat je právě stáří a deprese s ním spojená. Pod pojmem stáří se každému z nás vybaví jiná myšlenka. Někdo si představí poklidné chvíle strávené v klidu a pohodě s lidmi, které miluje a aktivitami na které doposud v každodenním shonu neměl čas. Jiní si pod pojmem stáří představí období v bolesti, samotě, nespokojenosti a závislosti na jiné osobě. Asociace pojmu stáří je u každého z nás do značné míry ovlivněna životní zkušeností, výchovou a společností ve které žijeme.

Stáří je životní etapou, která neodmyslitelně k životu člověka patří, a přesto se jí značná část lidí nedomnívá. Je to období, které přináší řadu změn a to dobrých i špatných. Člověk odchází z pracovního prostředí a stává se důchodcem, o slovo se hlásí nemoci, ubývá fyzická síla, přichází o své nejbližší kamarády a životní partnery. Při celoživotním soužití partnerů znamená úmrtí jednoho z nich pro druhého těžký psychický šok. Pochopitelně čím vyšší je věk postiženého, tím těžší je pro něj se se ztrátou vyrovnat. Všechny tyto situace přináší smutek a neradostné myšlenky, s kterými roste riziko vzniku deprese, která často vede ke zhoršení zdravotního stavu a riziku vzniku kardiovaskulárních onemocnění a předčasné smrti.

Deprese ve stáří se od deprese v dospělosti obecně liší tím, že starší lidé si méně často stěžují na špatnou náladu a nepřipouští si, že by trpěli depresí. Spíše si stěžují na tělesné obtíže a považují je za hlavní příčinu své nepohody. Trápí je například nejrůznější bolesti, nechutenství, objevuje se zácpa a nedostatečné močení. Právě řada těchto obtíží provází často jak stáří, tak deprese. V těchto případech je nutné vyloučit somatické onemocnění. I přes vyloučení somatického onemocnění se řada pacientů neuklidní a nadále si myslí, že trpí daleko vážnější tělesnou nemocí, než aby si připustili, že tyto příznaky jsou známkou deprese. Právě proto je na tomto místě důležitá zdravotnická supervize. Kdo jiný by měl na depresi u seniorů pomýšlet než praktický lékař? A poukázat na faktory, které vzniku deprese mohou předcházet, jako je aktivní styl života seniorů, kontakt s vrstevníky, vlastní volnočasové zájmy a záliby. Vždyť právě praktický lékař je prvním člověkem, za kterým senior přichází s nějakým problémem nebo obtížemi. Lékař by neměl propadnout terapeutickému ageismu – diskriminování seniorů, a měl by se vyvarovat zcela mylnému přesvědčení, že k vysokému věku utrpení patří a nedá se s tím nic dělat.

Cílem práce bylo dotknout se výše uvedené problematiky a zjistit jaký je výskyt deprese

u seniorů v naší populaci. Výsledek mě upřímně potěšil, protože jsem zjistila, že převážná část respondentů depresí netrpí. Tento výsledek můžeme pokládat za velmi dobrou vizitku moderní společnosti. Vyplývá z něho totiž, že většina dotazovaných respondentů má dobré vztahy s partnerem a dětmi, stýká se se svými vrstevníky, jsou spokojeni se svým životem a aktivně navštěvují společnost. Přesto že je výsledek dobrý, nemůžeme ho považovat za všeobecně platný. Výzkum prokázal, že depresí trpí osmnáct seniorů ze sta dotazovaných. Podotýkám ze sta dotazovaných, ale jak jsou na tom zbývající senioři? Samozřejmě si přeji, aby tomu tak bylo v co nejvíce případech a aby převážná část seniorů v naší republice depresivitou netrpěla.

V závěru své práce chci už jen podotknout a zdůraznit, že právě naše společnost, společnost, ve které žijeme, může ovlivnit vznik deprese u seniorů. Snažme se nevyčleňovat je z naší přítomnosti a poskytnout jim dostatek podnětů aby byli vznikem deprese co nejméně ohroženi. Nezapomínejme, že i my jsme součástí společnosti a přizpůsobme svoje chování ke starým lidem tak, abychom se sami jednou nemuseli bát zestárnout. Přistupujme ke starým lidem s úctou, vždyť úcta je právě to co si tolik zaslouží. Naučme se od nich přijímat jejich moudra a zkušenosti, vedme naše děti k úctě ke starým lidem, ať i my jednou máme komu předávat své zkušenosti.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ATKINSONOVÁ, Sue. Jak zdotat skálu jménem deprese. 1.vyd. Praha: Albatros, 1993. ISBN 80-00-01544-7.
2. BECK, Aaron. T. Kognitivní terapie a emoční poruchy. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-032-1.
3. BOUČEK, Jaroslav; PIDRMAN, Vladimír. Psychofarmaka v medicíně. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1136-2.
4. GRUSS, Peter. Perspektivy stárnutí. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6
5. KREJČÍŘOVÁ, Dana; LANGMEIER, Josef. Vývojová psychologie. 2.vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. 1.vyd. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-349-9.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Pozitivní psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
8. MATÍNKOVÁ, Jiřina. Farmakologie pro studenty zdravotních oborů. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
9. MENTZOS, Stavros. Dynamika duševní nemoci. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5.
10. PLÉVOVÁ, Jarmila. Psychofarmakoterapie vyššího věku. 2.vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-959-4.
11. PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana; PRŠKOVÁ, Jana. Deprese a jak jí zvládat. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
12. PIDRMAN, Vladimír. Demence. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
13. PIDRMAN, Vladimír; KOLIBÁŠ Eduard. Změny jednání seniorů. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
14. SYROVOVÁ, Dana. Autonomie ve stáří. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
15. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
16. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

17. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
18. ŠTILEC, Miroslav. Program aktivního stárnutí. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.
19. <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>
20. <http://www.drobnik.cz/domaci-pece.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník.....	71
Příloha B: Yesavageho škála k hodnocení deprese.....	74

Příloha A: Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Iva Pazourková, studuji 2. ročník magisterského studijního oboru Ošetrovatelství na Univerzitě Pardubice, fakulta Zdravotnických studií. Tímto prostřednictvím bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku na dané téma Depresivita seniorů v domácí péči. Deprese je duševní choroba vyznačující se dlouhodobě pokleslou náladou a sklíčeností jedince, který často pociťuje úzkost, osamocenosť, bezmocnosť, vinu, malou sebedůvěru, únavu, problémy s pamětí a pozorností, nechutenství, poruchy spánku. Dotazník je anonymní, výsledky tohoto výzkumu použiji výhradně jen pro svoji magisterskou práci.

Velice děkuji za Vaši ochotu, přeji příjemný den.

Prosím vyberte pouze jednu vhodnou odpověď na otázku a označte ji křížkem.

1) VÁŠ VĚK?

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

2) POHLAVÍ?

- a) žena
- b) muž

3) DOMA BYDLÍM?

- a) sám/a
- b) s manželkou/manželem
- c) s druhem/družkou
- d) s rodinou dítěte

4) BYDLÍM V

- a) v rodinném domě
- b) v bytě
- c) v domě s pečovatelskou službou
- d) v domě pro seniory

5) S DĚTMI SE STÝKÁM

- a) denně/obden
- b) navštíví mě 1x do týdne
- c) navštíví mě 1x-2x do měsíce
- d) navštíví mě 2x-3x do roka
- e) děti nemám

6) SE SVÝMI BLÍZKÝMI VYCHÁZÍM (děti, manžel/a, druh/družka,....).

- a) vztah je bezproblémový, ve všem si vyjdeme vstříc
- b) vztah je uspokojivý, občas se objeví drobné neshody
- c) vztah není uspokojivý, řešíme časté neshody
- d) momentálně neudržíme kontakt

7) JAK HODNOTÍTE SVOJI POZICI V RODINĚ?

- a) cítím se potřebný, rodinu zajímám a respektuje můj názor, často přijdou pro radu, běžně se zapojuji do domácích prací
- b) občas mě trápí pocit, že jsem nepotřebný/á, rodina se zajímá o můj názor ale do domácích prací mě příliš nezapojují mají strach abych se neunavil/a
- c) přijdu si nepotřebný/á, rodinu nezajímá můj názor, vše si raději dělají sami podle sebe

8) STÝKÁTE SE S VRSTEVNÍKY VE VAŠEM OKOLÍ?

- a) ano, pravidelně se navštěvujeme
- b) občas ses setkáme a pohovoříme spolu
- c) ne, nemám zájem
- d) ne, bohužel už ve svém okolí žádné vrstevníky nemám

9) NAVŠTĚVUJETE RÁD/A SPOLEČNOST, MÁTE SVÉ ZÁJMY, ZÁLIBY, AKTIVITY?

- a) ano, chodím do společnosti, účastním se kulturních a zájmových akcí
- b) někdy, spíš jsem doma a tady mám své zájmy a záliby
- c) ne, nechodím do společnosti, ani nemám žádné zájmy

10) JAKÝ JE VÁŠ VZTAH SE ZDRAVOTNÍCKÝM PERSONÁLEM V DOMÁCÍ PÉČI?

- a) velice dobrý, ve všem mi vyjdou vstříc, mají profesionální přístup, těším se na ně, po jejich návštěvě mám hned lepší náladu, беру je jako rodinu
- b) nejsem spokojený/á s jejich službami, péči přijímám jen z nutnosti, z jejich návštěv jsem nevrlý/á, unavený/á
- c) nemám zkušenost se zdravotnickým personálem v domácí péči

11) LÉČÍTE SE S DEPRESÍ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12) O VÁŠ ZDRAVOTNÍ STAV PÉČUJE ?

- a) zdravotní služba, která za mnou jezdí pravidelně
- b) rodina
- c) partner/partnerka
- d) sám

13) POTŘEBUJETE POMOC DRUHÝHÉ OSOBY V BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTECH?

- a) ano
- b) jen občas a jen s některými činnostmi
- c) ne

14) JSTE SPOKOJENÝ/Á S PŘÍSTUPEM A POSKYTOVANOU PÉČÍ SVÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

- a) ano, jsem spokojený
b) ne, nejsem spokojený

Jste v podstatě spokojený se svým životem?	ano	NE
Musel jste zanechat mnoha svých zájmů a činností?	ANO	ne
Cítíte, že váš život je pustý?	ANO	ne
Nudíte se často?	ANO	ne
Jste většinu času v dobré náladě?	ano	NE
Obáváte se, že se přihodí něco zlého?	ANO	ne
Cítíte se převážně šťastný?	ano	NE
Cítíte se bezmocný?	ANO	ne
Dáváte přednost tomu zůstat doma před tím někam se vypravit a objevovat nové věci?	ANO	ne
Cítíte, že máte víc problému s pamětí než ostatní?	ANO	ne
Myslíte si, že je krásné žít?	ano	NE
Myslíte si, že způsob vašeho života je prázdný?	ANO	ne
Cítíte se plný energie?	ano	NE
Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO	ne
Myslíte si, že převážná většina lidí je na tom podstatně lépe než vy?	ANO	ne

Příloha B: : Yesavageho škála k hodnocení deprese

Původní věta zní: „*Odpovězte, jak jste se cítil/cítila v minulém týdnu. Zaškrtněte vždy jen jednu odpověď na každou otázku.*“

Jste v podstatě spokojený se svým životem?	ano	ne
Musel jste zanechat mnoha svých zájmů a činností?	ano	ne
Cítíte, že váš život je pustý?	ano	ne
Nudíte se často?	ano	ne
Jste většinu času v dobré náladě?	ano	ne
Obáváte se, že se přihodí něco zlého?	ano	ne
Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne
Cítíte se bezmocný?	ano	ne
Dáváte přednost tomu zůstat doma před tím někam se vypravit a objevovat nové věci?	ano	ne
Cítíte, že máte víc problému s pamětí než ostatní?	ano	ne
Myslíte si, že je krásné žít?	ano	ne
Myslíte si, že způsob vašeho života je prázdný?	ano	ne
Cítíte se plný energie?	ano	ne
Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne
Myslíte si, že převážná většina lidí je na tom podstatně lépe než vy?	ano	ne

Hodnocení:

Počet bodů je součtem odpovědí napsaných velkými písmeny. Skóre nad 10 je považováno za významné pro diagnózu deprese.