

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informovanost pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o
diagnóze deprese

Gabriela Pelikánová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Gabriela Pelikánová**
Osobní číslo: **Z14173**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Informovanost pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HOLMEROVÁ, Iva et al. Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.
2. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Stáří a smysl života. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
3. PRAŠKO, Ján; BULIKOVÁ Barbora a Zuzana SIGMUNDOVÁ. Depresivní porucha a jak ji překonat. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-656-4.
4. SVOBODA, Mojmir; ČEŠKOVÁ Eva a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Adéla Michková, Ph.D.

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. února 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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 26. 04. 2017

Gabriela Pelikánová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Adéle Michkové Ph.D. za velmi cenné rady a připomínky, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří spolupracovali při vyplňování dotazníků.

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o informovanosti pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese. Práce je členěna na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se zabývá problematikou deprese, jejími příčinami, formami, příznaky a léčbou. Dále přibližuje témata stáří a deprese ve stáří. Výzkumná část bakalářské práce zjišťuje informovanost pracovníku v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese. V závěru práce jsou prezentovány výsledky šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Deprese, deprese ve stáří, domov pro seniory, stáří

TITLE

Awareness of workers in social services in homes for the elderly about diagnosis of depression

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the social services workers' awareness about the diagnosis of depression in the home for the elderly.

The thesis is divided into a theoretical part and a research part. The theoretical part deals with problems of depression, its causes, forms, symptoms and treatment. It also focuses on age issue and depression in old age. The research part of the bachelor's thesis identifies social services workers' awareness about the diagnosis of depression in the home for elderly. At the end of the thesis, the results of the survey are presented.

KEYWORDS

Depression, depression in old age, home for the elderly, old age

OBSAH

ÚVOD.....	11
CÍLE PRÁCE.....	12
1 DEPRESE	13
1.1 Vymezení pojmu	13
1.2 Dělení deprese	13
1.3 Formy deprese	13
1.4 Příčiny deprese	15
1.4.1 Biologické faktory	15
1.4.2 Genetické faktory.....	15
1.4.3 Psychosociální faktory	15
1.5 Příznaky deprese	16
1.6 Léčba deprese.....	16
2 DEPRESE VE STÁŘÍ	19
2.1 Stáří a stárnutí	19
2.1.1 Biologické změny ve stáří.....	19
2.1.2 Psychické změny ve stáří.....	20
2.1.3 Sociální změny ve stáří	20
2.2 Charakteristika deprese ve stáří	20
2.3 Příčiny deprese ve stáří	21
2.4 Příznaky deprese ve stáří.....	21
2.5 Diagnostika deprese ve stáří.....	21
2.6 Pseudodemence	22
2.7 Léčba deprese ve stáří	23
2.8 Přístup k depresivním klientům	23
3 DOMOV PRO SENIORY	25
3.1 Pracovník v sociálních službách	25

VÝZKUMNÁ ČÁST	26
1 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI	26
2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	26
3 METODIKA VÝZKUMU	27
3.1 Typ výzkumu	27
3.2 Sběr dat.....	27
3.3 Rozpracování výzkumných otázek	27
3.4 Výzkumný soubor	28
3.5 Analýza dat.....	30
4 PREZENTACE VÝSLEDKU DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	31
5 DÍSKUZE	47
6 ZÁVĚR	51
7 POUŽITÁ LITERATURA	52
8 PŘÍLOHY	55

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Pohlaví respondentů	29
Obrázek 2 délka zaměstnání na pozici PSS	29
Obrázek 3 Nejvyšší vzdělání respondentů	30
Obrázek 4 Definice deprese	31
Obrázek 5 Často zaměňované onemocnění s depresí ve stáří	32
Obrázek 6 Základní příznaky deprese	33
Obrázek 7 Po jaké době lze diagnostikovat deprese	34
Obrázek 8 Výskyt deprese u seniorů	35
Obrázek 9 Možnosti diagnostikování deprese	36
Obrázek 10 Kdo diagnostikuje depresi	37
Obrázek 11 Vyšetření sloužící k diagnostice deprese	37
Obrázek 12 Možnosti léčby	38
Obrázek 13 zdroj informací o depresi	42
Obrázek 14 Účast na semináři	43
Obrázek 15 Vlastní iniciativa ve vyhledávání informací o depresi	44
Obrázek 16 Zprostředkování informací pracovištěm	45
Obrázek 17 Zprostředkování vzdělání pracovištěm	46

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ECT	Elektrokonvulzivní léčba
KBT	Kognitivně behaviorální psychoterapie
IPT	Interpersonální psychoterapie
PSS	Pracovník v sociálních službách

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je „*Informovanost pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese*“. Deprese je z mého pohledu velice zajímavé a aktuální téma. Vybrala jsem si ho z důvodu, že mě toto onemocnění zajímá a také proto, že jsem si v této oblasti chtěla prohloubit své vědomosti. Na depresi ve stáří jsem se zaměřila, protože bývá velice často opomíjena, i přesto, že je to nejčastěji se vyskytující duševní porucha.

Jak uvádí Holmerová et. al. (2014, s. 44), výskyt deprese u seniorů žijících v domově pro seniory je až 50 %. Také se velice často stává, že příznaky deprese bývají připisovány stáří, i když tomu tak není. Každý člověk má právo být co nejvíce spokojený a mít šťastný život, a to i senioři v domovech pro seniory. Je tedy důležité minimalizovat výskyt deprese a k tomu mohou velice přispět pracovníci v sociálních službách v domovech pro seniory. Jelikož jsou s klientem v každodenním kontaktu, jsou to právně oni, kdo mohou upozornit a pomoci v léčbě tohoto onemocnění.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit informovanost pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese. Práce se skládá z části teoretické a výzkumné. Teoretická část se zaměřuje na depresi, její charakteristiku, příčiny vzniku, příznaky, typy a léčbu deprese. Také pojednává o problematice stáří a přibližuje specifika deprese ve stáří. V neposlední řadě obsahuje teoretická část kapitolu o domově pro seniory. Výzkumná část bakalářské práce se zabývá vyhodnocením výzkumného šetření, zaměřující se na depresi, provedeném v domově pro seniory.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl práce

- Zjistit informovanost pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese u seniorů

Teoretický cíl práce

- Shrnout informace o depresi.

Dílčí cíle práce

- Zjistit, zda mají pracovníci v sociálních službách v domově pro seniory potřebné informace o diagnóze deprese u seniorů.
- Zjistit, zda se domov pro seniory podílí na zprostředkování informací pracovníkům v sociálních službách o diagnóze deprese u seniorů
- Zjistit, jaký je zdroj informací u pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese u seniorů

1 DEPRESE

1.1 Vymezení pojmu

Deprese je patologická porucha nálady projevující se smutnou a sklíčenou náladou. Nemocnému způsobuje duševní trýzeň a bolest. Deprese postihuje až dvakrát více žen než mužů a nejčastěji se začíná projevovat mezi 20. a 35. rokem. (Fišar et. al., 2009, s. 249). Patří mezi nejčastěji se vyskytující duševní poruchy. Je to také 4. příčina na světě, která vede k pracovní neschopnosti (Probstová a Pěč, 2014, s. 76-77; Češková a Příkryl, 2013, s. 24).

1.2 Dělení deprese

Deprese lze dělit dle stupně na mírnou depresi, středně těžkou depresi a těžkou depresi. **U mírné deprese** je nemocný schopen vykonávat běžné každodenní činnosti, chodit do práce, ale pracuje pomaleji a hůře. Omezuje kontakt se společnostmi, přestává komunikovat a věci ho přestávají těšit. Léčba probíhá ambulantně. **U středně těžké deprese** nemocný těžko vykonává domácí činnosti a není schopen pracovat. Nemocný se cítí nešťastný, je mírně zpomalený nebo nadměrně napjatý. Nedokáže se soustředit, dochází k izolaci od lidí a k sebeobviňování. V tomto případě se léčba uskutečňuje během pracovní neschopnosti a docházkou do denního sanatoria. Pokud se u nemocného vyskytnou sebevražedné myšlenky je nutná hospitalizace. **Při těžké depresi** nemocný nemůže vstát z postele a nedokáže se postarat sám o sebe. Jeho řeč, myšlení a pohyby jsou zpomalené. Naopak také může cítit neklid, který ho popohání z místa na místo. Nemocný ztratil energii a jeho hluboká porucha nálady je neovlivnitelná vnějšími impulsy. Léčba těžké deprese vyžaduje vždy hospitalizaci (Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 11-12).

1.3 Formy deprese

Jako většinu nemocí můžeme i depresi rozdělit na různé formy.

Depresivní epizoda se může projevit jako jedna epizoda nebo se mohou epizody opakovat – rekurentní depresivní epizoda. Dochází k depresivní náladě, ke ztrátě zájmu nebo prožitku a ke snížení energie. Spouštěčem depresivní epizody může být například životní událost, stresující životní období, ale také může vzniknout bez vnější příčiny (Svoboda, Češková, Kučerová, 2012, s. 204; Praško, Buliková a Sigmundová., 2009, s. 31).

U rekurentní depresivní poruchy dochází k opakovaným epizodám deprese, kde chybí samostatné epizody mánie. Může se projevit zvýšená aktivita, která nastává bezprostředně po depresivní epizodě. Jednotlivé fáze mohou trvat 3 až 12 měsíců. Mezi fázemi většinou nastává úplné uzdravení, ale u některých osob může nastat trvalá deprese (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 33).

Dystymie začíná pomalu a plíživě, nemocný se cítí unaveně a v depresi. Trvalé nebo opakující se depresivní nálady, nejsou příliš závažné, aby splňovaly kritéria depresivní poruchy. Dystymie většinou nastupuje v raném věku, trvá několik let, popřípadě celý život (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012, s. 206; Praško, Buliková, Sigmundová 2009, s. 34).

U bipolární afektivní poruchy dochází ke střídání cyklu deprese, mánie a povznesené nálady. V tomto případě deprese převažuje nad mánií. Změna nálady většinou nastává postupně, ale může nastat i velmi rychle. Nemocný je v manické epizodě lehkomyšlný a mnohomluvný. Má tendence realizovat mnoho povrchních nápadů, které nedokáže dokončit. Pokud se nemocnému někdo snaží odporovat, může se také popřípadě objevit i agrese (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012, s. 204, Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 36).

Sezónní porucha nálady se rozvíjí v podzimních a zimních měsících a nástupem jara se postupně vytrácí. Dochází k úbytku energie, nadměrné únavě, případně se může objevit přibírání na váze a zvýšená spavost (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 38).

Reaktivní poruchu nálady (reaktivní deprese) vyvolává těžký stres, pokračující trauma, nebo také stresová událost, která vedla ke ztrátě. Situace, které mohou vést k rozvoji reaktivní deprese jsou rozchod, rozvod, úmrtí blízkého člověka, odchod dítě z domu apod. Reaktivní deprese nastupuje ihned, popřípadě do jednoho měsíce (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 40).

Krátká rekurentní depresivní porucha je poměrně vzácná. Depresivní epizody trvají 2-3 dny a nastupují minimálně jednou za měsíc. Příznaky se objevují ráno po probuzení, nemocný je zesláblý, unavený, nemůže vstát z postele a jít do práce. Přibližně po 3 dnech odpočívání, cítí opět normální náladu (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s 43).

Poporodní deprese se objevuje u 50 % žen po porodu. Projevuje se pláčem, únavou, změnou nálady a úzkostí. Příznaky se objevují nejčastěji 2 týdny po porodu a ve většině případů není nutná léčba, pouze psychologický přístup (Češková, Příkryl, 2013, s.30).

Deprese při tělesném onemocnění se projevuje převážně u diabetu, kardiovaskulárního onemocnění a neurologických onemocnění. U tohoto typu deprese je těžká diagnostika, jelikož se mohou některé příznaky překrývat (Češková, Příkryl, 2013, s.48-49).

Deprese ve vyšším věku je specifická forma deprese, z tohoto důvodu se touto formou budu více zabývat v kapitole 2.2.

1.4 Příčiny deprese

Faktory, které vedou ke vzniku deprese mohou být biologické, genetické a psychosociální (Svoboda, Češková, Kučerová, 2012, s. 202). Praško, Prašková, Prašková (2008, s. 60) také uvádí, že deprese nevzniká působením pouze jedné příčiny, ale vzniká společným působením dílčích příčin.

1.4.1 Biologické faktory

Bylo zjištěno, že v mozku dochází ke snížení hladiny neurotransmiterů. Neurotransmitery jsou chemické látky, které pomáhají ke komunikaci mezi jednotlivými nervovými buňkami. Dále také dochází ke snížení serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Biologickou rovnováhu mozku pomáhají upravit antidepresiva, které zvyšují hladinu serotoninu a noradrenalinu (Praško, Buliková, Sigmundová 2009, s. 51-52).

1.4.2 Genetické faktory

Člověk nedědí samotnou nemoc, pouze vlohly k onemocnění. 2-3krát jsou náchylnější ke vzniku deprese příbuzní 1. stupně. Genetické faktory nejsou často jediným spouštěčem deprese, ale hrají zde důležitou roli stresující zážitky a stresující prostředí (Češková a příkryl, 2013, s. 25; Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s.48).

1.4.3 Psychosociální faktory

Psychosociální faktory hrají důležitou roli v počáteční fázi. Působí na rozvoj, závažnost a průběh deprese. Na rozvoji deprese se často podílí životní ztráty nebo také konflikty v manželství (Svoboda, Češková, Kučerová 2012, s. 203; Praško et. al., 2013, s. 415). Ohroženi vznikem deprese jsou také lidé s nízkým sebevědomím a lidé, kteří se neumějí sami pochválit a odměnit (Praško, Buliková, Sigmundová 2009, s. 53).

1.5 Příznaky deprese

Depresi provází řada příznaků projevujících se v tělesné, emoční a kognitivní oblasti (Češková, Příkryl, 2013, s. 27). Raboch et. al. (2012, s. 262) uvádí, že k diagnostice deprese je důležité, aby se u pacienta vyskytovaly příznaky minimálně po dobu 2 týdnů. Mezi základní příznaky řadí Malá a Pavlovský (2010, s. 38) neodůvodněnou chorobnou, smutnou náladu s častými sebevražednými myšlenkami. Dále také ztrátu pozitivních emočních reakcí, ztrátu zájmů a potěšení z aktivit, apatii až abulii (neschopnost jakékoliv činnosti), zpomalené myšlení i řeč, obtížné soustředění, sníženou schopnost komunikace, únavu, psychickou a fyzickou nevykonnost. Mohou se také vyskytnout somatické potíže, jako například bolesti na hrudi, bolesti hlavy, bolesti v zádech, závratě. Stav pacienta bývá nejhorší ráno. V odpoledních a večerních hodinách dochází ke zlepšení stavu (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012, s. 205; Kučerová, 2013, s. 100). U těžších forem deprese je možný i výskyt bludu a halucinací (Venglářová, 2007, s. 19).

1.6 Léčba deprese

Fišar a kol. (2009, s. 253) uvádí, že depresivní onemocnění je v dnešní době dobře léčitelné. Lékař může využít k léčbě psychoterapii, antidepresiva, elektrokonvulzivní terapii (ECT), léčbu světlem a spánkovou deprivaci. Výběr léčby závisí na intenzitě deprese, kdy u mírných depresí dochází k využití psychoterapie, u těžších forem se volí léčba biologická. V mnoha případech se volí kombinace farmakologické a psychoterapeutické léčby. Pokud není pacient léčen, odezní deprese do 6-12 měsíců. Pomocí antidepresiv se doba léčby zkrátí na 2-3 měsíce, zlepšení nálady dochází již po 7-14 dnech po podání antidepresiv (Fišar a kol., 2009, s. 253, Svoboda, Češková, Kučerová 2012, s. 213).

Průběh léčby lze také dělit na akutní, pokračovací a udržovací. **Akutní etapa** trvá 6 -12 měsíců, **pokračovací** 4-9 měsíců a **udržovací etapa** může trvat po dobu jednoho roku, někdy i více let. Pokračovací léčba se snaží zabránit návratu symptomů a udržovací léčba novému výskytu depresivní epizody (Fišar a kol., 2009, s. 253, Svoboda, Češková, Kučerová 2012, s. 213).

Pacient může být léčen praktickým lékařem či psychiatrem. Pokud jsou depresivní epizody mírné nebo střední intenzity, v minulosti proběhla léčba bez psychiatrické pomoci a pacient si přeje být léčen svým praktickým lékařem, není nutná psychiatrická pomoc a léčba probíhá u praktického lékaře. Pokud se jedná o těžkou depresivní epizodu se suicidálními myšlenkami nebo se projevují příznaky více duševních poruch a klinický obraz je komplikovaný či

nedocházelo k úspěšné léčbě v primární péči, je nutné podstoupit léčbu u psychiatra (Raboch a kol. 2012, s. 272).

Psychoterapie lze definovat v nejširším smyslu jako léčebné působení pomocí psychologických prostředků. V užším slova smyslu se psychoterapeut snaží záměrně a cílevědomě působit na pacienta. Psychoterapie se zabývá nemocí, poruchou, duševním stavem, osobností a jejími vztahy. Cílem psychoterapie je zmírnit nebo odstranit příznaky, ale také se snaží naučit pacienta mít příznaky pod kontrolou, řešit problémy nebo změnit postoj klienta k problémům. Psychoterapeut může při psychoterapii zaujmout postoj direktivní či nedirektivní. Pokud zvolí direktivní postoj, vyznačuje se psychoterapeut jako expert nebo odborník a snaží se usměrňovat chování, postoj a myšlení jedince. U nedirektivního přístupu se psychoterapeut snaží být průvodcem, který zaujímá neutrální postoj a tím podněcuje pacienta ke slovní či emoční produkci (Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 337; Orel a kol., 2016, s. 291-292). Dle Češkové a Příkryla (2013, s. 45) je velmi účinná při léčbě deprese kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT) a interpersonální psychoterapie (IPT). **IPT** trvá 12 až 16 týdnů. Zaměřuje se na vztah mezi pacientem a osobami, které jsou pro pacienta v jeho životě důležité. Psychoterapeut působí jako obhájce pacienta a ten je zbaven odpovědnosti za svou nemoc, ale musí se pokusit bojovat se svou nemocí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 346-347; Praško et al., 2013, s. 429) **KBT** je omezená na 15 ž 20 hodin terapie. Klient musí spolupracovat s terapeutem a dochází na řešení současných problémů. Probíhá formou individuální, skupinovou či párové terapie s partnerem. Terapeut v tomto případě využívá aktivní a direktivní přístup a snaží se vést klienta k tomu, aby se snažil rozpoznat logické chyby ve svém myšlení. Také usiluje o to, aby si nemocný sám uvědomil vliv svého myšlení na svou náladu a jednání (Praško et al., 2013, s. 432).

ECT je velmi účinná léčba, která se používá u nejtěžších forem depresivních poruch a pokud jsou přítomné sebevražedné myšlenky. Také se k ECT může přistoupit pokud, nastává ohrožení zdraví nemocného např. když pacient při těžké depresi nepřijímá jídlo a tekutiny. Dále se využívá u farmakorezistentní deprese (Hosák et. al., 2015, s. 234). ECT je prováděna v celkové anestezii, kdy se snižuje riziko nežádoucích účinků a zvyšuje se přijatelnost této metody. I přesto, že je to velmi účinná léčba, je provázená různými mýty (Raboch a kol, 2012, s. 417).

Fototerapie nebo- li léčba světlem se využívá u sezonní afektivní poruchy. Nejvhodnější je ranní aplikace intenzivního světla. Využívá se intenzita 10 000 luxů každý den po dobu třiceti minut. Aplikuje se několik týdnů, popřípadě celé zimní období. U této formy deprese je efekt

fototerapie rychlejší, než efekt antidepresiv (Praško, Buliková, Sigmundová 2009, s. 67; Orel a kol, 2016, s. 285).

Spánková deprivace lze využít jako úplná spánková deprivace, nebo částečná. Při úplné spánkové deprivaci nespí pacient přibližně čtyřicet hodin. Při částečné spánkové deprivaci se pacientovi zabrání spaní po půlnoci. Tato metoda má rychlý efekt, ale dochází pouze k přechodnému zlepšení nálady (Hosák a kol., 2015, s. 234-235; Orel a kol. 2016, s. 286-287).

Antidepresiva jsou léky využívající se při léčbě všech forem deprese. Působí na hladinu serotoninu, noradrenalinu a dopaminu v mozku. Účinek antidepresiv se projevuje přibližně po 3- 6 týdnech. Správná antidepresiva určuje psychiatr, který si vybírá z více druhů antidepresiv. Máme antidepresiva tricyklická a tetracyklická, inhibitory monoaminoxydázy, reverzibilní inhibitory monoaminoxydázy, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a tianeptin. Při používání antidepresiv je možné pozorovat vedlejší účinky jako například zácpa, sucho v ústech, útlum a závratě. Léčba antidepresivy je dlouhodobá, trvá i po odeznění depresivní nálady až půl roku (Praško, Prašková, Prašková, 2008, s. 80-82).

Antidepresiva jsou léky nenávykové, ale pokud dochází k vysazení, musí se tak učinit postupně. Pokud se tomu nestane, mohou se objevit tzv. příznaky z vysazení (pocity lehké hlavy, bolesti hlavy, derealizace, depersonalizace). Obvykle tyto příznaky trvají 2-3 dny, vzácně se tato doba může prodloužit na 7-14 dnů. (Praško et. al., 2013, s. 187-191)

2 DEPRESE VE STÁŘÍ

2.1 Stáří a stárnutí

Stáří je konečná etapa vývoje každého jedince. Často bývá spojováno s nesoběstačností, neschopností samostatného života a se závislostí na jiném člověku. Stáří je provázeno stárnutím. Stárnutí je nevratný, fyziologický proces, který provází involuční změny (Příbyl, 2015, s. 9, Malíková, 2010, s. 13-12).

Stárnutí může být rozlišováno na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí neboli zdravé stárnutí je děj, který je provázen přirozenými běžnými projevy souvisejícími s věkem. Patologické neboli sekundární stárnutí je stárnutí chorobné, kdy je tento proces urychlen. (Příbyl, 2015, s. 9-10).

Stáří patří k přirozenému průběhu života a označuje se jako poslední vývojová fáze jedince. Ve společnosti je stáří častokrát vnímáno negativně. Pro některé seniory je však stáří etapa, ve které mohou realizovat své plány a sny. Také mají senioři čas věnovat se své rodině a blízkým. Je tedy většinou na každém člověku, jak se na stáří během svého života připraví a jak bude jeho poslední životní etapa probíhat (Mühlpachr, 2009, s. 18, Malíková, 2010, s. 14).

Ondrušová (2011, s. 13) uvádí, že „*Stárnutí a stáří nelze chápat jen jako proces degradace, úbytku sil a opakovaných ztrát. Je to životní období, které má stejně jako ta předchozí svou cenu – své radosti, ale i smutky, naděje i zklamání, hodnoty i trápení*“.

Dle Příbyla (2015, s. 11) se nejčastěji k rozlišení stáří využívá klasifikace:

- 65 – 74 let = mladí senioři,
- 75 – 84 let = staří senioři,
- 85 a více let = velmi staří senioři.

2.1.1 Biologické změny ve stáří

Ve stáří dochází k mnohým tělesným změnám. Na první pohled je možné vidět ochabování svalstva, kdy jeho pružnost klesá a dochází k přibývání vrásek. Také dochází ke zpomalení pohybů, zmenšování postavy a k šedivění vlasů (Haškovcová, 2010, s. 31). Nastává zhoršení zraku a sluchu, kdy porucha těchto smyslů může vyvolat sociální izolaci. Nastává také řídnutí kostí, které se stávají náchylné ke zlomeninám. Ty vedou k hospitalizaci nemocného a způsobují odkázání na péči druhé osoby. Mohou se také vyskytovat srdeční choroby, chronické záněty kloubů, vysoký krevní tlak, nemoci páteře a nohou. Tyto nemoci mohou být příčinou snížené soběstačnosti (Mühlpachr, 2009, s. 23).

2.1.2 Psychické změny ve stáří

Psychické změny bývají individuální a záleží na osobnosti člověka. Může nastat zhoršení kognitivních neboli poznávacích funkcí, pružnosti myšlení a psychické vitality. U starších osob se může vyskytnout zvýšená plačtivost, rychlé střídání nálad, úzkost a strach. Také bývá velice časté depresivní naladění seniora. Senioři také nevyhledávají velké životní změny a mají rádi svůj stereotyp (Mlýnková, 2011, s. 24-24).

Mlýnková (2011, s. 25) dále uvádí, že je pro seniory velkou a traumatizující změnou ztráta partnera. Většina seniorů má i nadále potřebu žít, i když je pro ně tato ztráta neúnosná. Také jsou tu ale senioři, kteří se s tímto traumatem ve svém životě nevyrovnejí a zapříčiní to jejich vlastní odchod.

2.1.3 Sociální změny ve stáří

Hlavní a první důležitou sociální změnou ve stáří je odchod do starobního důchodu. Senior mění svou sociální roli a jeho dosavadní život. Senior už nemusí chodit do práce, má mnoho volného času, který může účelně využít. Nebo také nastane situace, kdy senior neví, jak naplnit jeho den a může u něho dojít k přemýšlení o smyslu života a k lítostivosti, která vede k nespokojení se životem (Mlýnková, 2011, s. 25-26).

Tělesné změny mohou také vyvolat nepříznivé sociální aspekty. Pokud je přítomno onemocnění, smyslové či pohybové omezení apod., může dojít k omezení kontaktu s přáteli, k fyzické závislosti a sociální izolaci. Tyto situace mohou vyvolat u seniora strach ze stáří, samoty a nesoběstačnosti. A takové pocity mohou vést ke špatnému psychickému stavu nemocného (Malíková, 2010, s. 22).

2.2 Charakteristika deprese ve stáří

O depresi ve stáří lze mluvit tehdy, pokud deprese vniká u osob starších 65 let (Češková, 2011, s. 330). Konrád (2013, s.7) uvádí, že deprese je druhá nejčastější psychická porucha vyskytující se ve stáří. Deprese také bývá často nediagnostikovaná, stává se, že se skrývá za tělesné příznaky nebo navazuje na tělesné onemocnění, jako je například hypertenze, cévní mozková příhoda a ischemická choroba srdeční (Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 45-46).

Staří lidé jsou v častém kontaktu se svým praktickým lékařem, je tedy důležité, aby lékař při diagnostikování myslel na depresi, dokázal ji rozpoznat a správně léčit (Franková, 2010). Nediagnostikovaná deprese zvyšuje mortalitu, morbiditu, zhoršuje soběstačnost a péči o sebe.

Má tedy nepříznivý vliv nejen na pacienta a jeho kvalitu života, ale i na rodinné příslušníky nebo pečovatele (Topinková, 2010, s. 146; Holmerová, Jurašková a Vaňková, 2011).

Výskyt deprese je ve stáří častější, než ve středním věku (Konrád). Holmerová et. al. (2014, s. 44) uvádí, že u hospitalizovaných s Alzheimerovou chorobou je 50% výskyt deprese. U osob vyššího věku, kteří žijí ve vlastním prostředí je výskyt deprese 8-9 %. U seniorů nad 85 let žijících ve vlastním prostředí je výskyt deprese 20 %.

2.3 Příčiny deprese ve stáří

Příčiny deprese ve stáří mohou být stejné jako u osob mladšího či středního věku, které jsou popsány v kapitole 1. 4 Příčiny deprese. Konrád (2013, s. 7-9) dále rozděluje příčiny deprese ve stáří do tří oblastí. 1. chronický stres, 2. negativní životní události, 3. organické změny mozku. V některých případech může deprese vzniknout také iatrogeně z důvodu polypragmatie. Důležitou příčinou je především chronický stres, na jehož zvyšování se například podílí chronické i akutní tělesné onemocnění a bolesti, sociální a finanční nouze, nepříznivá bytová situace a osamělost. K negativním životním událostem řadíme především ztrátu partnera a odchod do důchodu. Poslední příčinou jsou organické změny mozku, které mají vliv na odolnost psychiky (Konrád).

Dle Topinkové (2010, s. 146) se také na vzniku deprese podílejí rizikové faktory, mezi které řadí například ženské pohlaví, nízký socioekonomický statut, kognitivní poruchy.

2.4 Příznaky deprese ve stáří

Příznaky bývají podobné jako viz. kapitola 1.5 Příznaky deprese, ale ve vyšším věku se vyskytují určité rozdíly. Starší lidé si u lékaře nestěžují či dokonce popírají viditelné příznaky. Často dochází u starších lidí ke stížnostem na bolesti, nechutenství, zácpu, nedostatečné močení, svíravé křeče nebo také na nespavost. Jedná se o tzv. somatizaci. U nemocného se rovněž může vyskytnout sebepoškozování či změna povahy a chování (Franková, 2010, Konrád, 2013, s. 9).

2.5 Diagnostika deprese ve stáří

Diagnostika deprese ve stáří je velice náročná. Často dochází k zaměňování příznaků deprese s jiným onemocněním. Stává se, že se příznaky nejčastěji připisují stáří nebo se zaměňují s demencí. Je tedy nutné, aby došlo k rozlišení mezi demencí a depresí. Pro lékaře je tedy velice důležitá anamnéza nemocného. Může se však stát, že senioři své příznaky bagatelizují nebo

nedokážou popsat své pocity. Je tedy nutné získat informace i od pracovníků, kteří jsou s nemocným v denním kontaktu (Topinková, 2010, s. 146, Venglářová, 2007, s. 18-19).

K diagnostice deprese ve stáří se dále využívá screeningové vyšetření, které je prováděno pomocí standardizovaných škál. K testování je možné využít Škálu geriatrické deprese dle Yessavage, kde testovaný odpovídá pouze ANO/NE na 15 otázek. Pro zjištění stupně deprese, lze využít například Montgomeryho-Asbergova škála deprese, Hamiltonova škála deprese či samohodnotící Beckova škála deprese (Kalvach et. al. 2008, s. 88).

Dále je důležité zhodnotit kognitivní funkce a soběstačnost. Kognitivní funkce můžeme nejlépe zhodnotit pomocí Mini-mental state Examination a Testu kreslení hodin. U zhodnocení soběstačnosti lze využít Barthelův test základních všedních činností a test instrumentálních všedních činností. Jedná se o velmi jednoduché a používané testy (Topinková, 2010, s 147, Kalvach et. al., 2008, s. 89).

Franková (2010) uvádí, že některé nemoci mohou být příčinou vzniku deprese. Je tedy nutné v diagnostice myslet také na laboratorní vyšetření. Nemoci, které mohou způsobit depresi jsou například hypo/hypertyreóza, diabetes mellitus, anémie, Parkinsonova nemoc, demence a revmatoidní artritida.

Křivohlavý (2010, s. 89) také uvádí, že pokud se u nemocného vyskytne minimálně 5 z uvedených příznaků, jedná se o depresi:

- depresivní nálada,
- ztráta zájmu o obvyklé běžné prováděné činnosti,
- ztráta chuti k jídlu,
- obtíže se spánkem (spaním),
- zpomalení běžných pohybů (psychomotoriky),
- ztráta energie (živosti, vitality),
- pocity bezcennosti a nadměrné viny (sebeobviňování),
- snížená kognitivní aktivita (utlumení myšlenkové práce) a zhoršená koncentrace (schopnost soustředit se),
- myšlenky na sebevraždu (suicidium).

2.6 Pseudodemence

U pseudodemence dochází ke kognitivnímu deficitu, který vzniká u deprese (Bičan, 2014). Hort a kol. (2007, s. 302-303) uvádí, že 8-15 % nemocných, u nichž byla diagnostikována demence,

ve skutečnosti trpí depresí. I když se často stává, že jsou tyto dvě diagnózy zaměňovány, jejich projevy se od sebe velice liší.

Pseudodemence má rychlý začátek potíží, nemocný si sám uvědomuje změny a má strach z demence, často to bývá pacient, který má zájem o vyšetření. Výsledky kognitivních testů velice kolísají, ale po indikaci antidepresiv dochází k úpravě (Bičan, 2014).

Demence má pomalý nástup, nemocný nevidí potřebu léčby a výsledky kognitivních testů jsou neustále špatné. V tomto případě je to rodina, kdo si všímá příznaků a zajišťuje lékařskou intervenci (Bičan, 2014).

2.7 Léčba deprese ve stáří

Hlavní léčbou deprese ve stáří jsou antidepresiva. Z důvodu dobré tolerance jsou vybírána antidepresiva ze skupiny inhibitor zpětného vychytávání serotoninu (Konrád). Hort a kol. (2007, s. 304) uvádí, že ke zlepšení stavu u seniorů dochází až po 4-8 týdnech a ke zlepšení paměťových funkcí může dojít až po půl roce. U starších lidí se doporučuje podávat antidepresiva alespoň 10-12 měsíců.

Konrád uvádí, že u lehčích forem deprese ve stáří je kombinace psychoterapie a antidepresiv velmi úspěšná. Dále k léčbě přispívá kontakt s druhými lidmi, pravidelný denní režim, dostatek jídla a tekutin.

Také se může stát, že se deprese stane chronickou a farmakologická léčba nemá žádné výsledky. Velice úspěšnou léčbou může být elektrokonvulzivní léčba. V některých případech se může stát, že deprese nelze vyléčit a přechází do demence (Konrád).

2.8 Přístup k depresivním klientům

Pokud člověk trpí depresí, je to velice obtížné pro jeho rodinu a osoby, které o nemocného pečují (Venglářová, 2007, s. 22). Je tedy důležité informovat pacienta a pečující osoby o průběhu onemocnění, nutnosti dodržování léčby a jaké jsou nebezpečné vlivy náhlého vysazení antidepresiv na stav nemocného (Holmerová, et. al., 2014, s. 44).

Velice často se stává, že se pacient uzavírá sám do sebe a je bez jakéhokoliv zájmu. Dokonce se může stát, že je pacient agresivní nebo odmítá péči. Je možné, že se personál snaží a vydává mnoho sil za klienta. Pokud je ale personál neustále odmítán, může dojít k omezení kontaktu ze strany pečovatele (Venglářová, 2007, s.22).

Základním klíčem k úspěšné léčbě je přístup k pacientovi. Důležité je být k pacientovi empatický a snažit se navázat a udržet spolupráci. Pokud se pacient chová odmítavě, je důležité vytrvat, být v komunikaci aktivní a mírně se snažit směřovat pacienta k cíli. Jestliže je stav pacienta tak vážný, že se o sebe nedokáže postarat, je nutné zajistit nebo sledovat zajištění potřeb například péče o hygienu, stravování a účinné střídání odpočinku. Pokud nastává porucha spánku, je potřeba zamezit pospávání během dne. Nutné je také vyslechnout pacienta a vyjádřit pochopení, pokud chce o svých potížích hovořit. V komunikaci je také nutné dávat dostatek času k vyjádření, být trpělivý a mluvit srozumitelně (Venglářová, 2007, s. 22-23, Probstová a Pěč, 2014, s. 86-87).

Při komunikaci mezi pečovatelem a pacientem může dojít k mnohým chybám. Je tedy důležité, aby se pečovatel vyvaroval větším typům: vzmužte se, zapojte pevnou vůli, zabavte se něčím jiným. Pečovatel by také neměl zlehčovat obtíže, nutit nemocného k rozhodování a neměl by ponechat nemocného sobě samému. Také je dobré nezahlcovat novými aktivitami, mohlo by se stát, že by se nemocný přehltil (Venglářová, 2007, s. 23, Probstová a Pěč, 2014, s. 86).

3 DOMOV PRO SENIORY

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách spadá domov pro seniory do služby sociální péče. Domov pro seniory je pobytová služba, která se zaměřuje na osoby se sníženou soběstačností, a to zejména z důvodu věku, které se o sebe nemohou samy postarat a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domov pro seniory poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně. Dále zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, vykonává sociálně terapeutickou činnost a aktivizační činnost. V neposlední řadě se také podílí na uplatňování práv, zájmu a obstarávání osobních záležitostí klienta.

3.1 Pracovník v sociálních službách

V domově pro seniory se o klienta stará multidisciplinární tým, ve kterém má své místo i pracovník v sociálních službách (PSS), který s klientem tráví spoustu času. Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 116 je PSS ten, kdo vykonává „*přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácvičku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivity, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb*“.

Dle Vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách musí PSS podstoupit kvalifikační kurz pro PSS, který je rozdělen na obecnou a zvláštní část. Obecná část kurzu se zaměřuje například na základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností a v neposlední řadě také na úvod do psychologie, psychopatologie a somatologie. Zvláštní část kvalifikačního kurzu se zaměřuje na odbornou praxi, krizovou intervenci a také na základy péče o nemocného. Časový rozvrh tematických okruhů se stanovuje dle zaměření účastníků kurzu.

Dále je zaměstnavatel povinen zprostředkovat PSS vzdělání, které by mělo být minimálně v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Toto vzdělání by mělo vést k upevnění a obnovení znalostí PSS (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). PSS má možnost například zúčastnit se akreditovaného semináře, který PSS seznámí se základy duševní poruchy, s projevy, následky a také s možnostmi léčby. V neposlední řadě se také zaměřuje na kontakt mezi PSS a klientem s depresí (Vzdělávání-in, 2010-2017).

VÝZKUMNÁ ČÁST

1 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Hlavní cíl práce

- Zjistit informovanost u pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory o diagnóze deprese u seniorů.

Dílčí cíle práce

- Zjistit, zda mají pracovníci v sociálních službách v domově pro seniory potřebné informace o diagnóze deprese u seniorů.
- Zjistit, zda se domov pro seniory podílí na zprostředkování informací pracovníkům v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese u seniorů.
- Zjistit zdroj informací u pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese u seniorů.

2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Mají pracovníci v sociálních službách v domově pro seniory potřebné informace o diagnóze deprese u seniorů?
2. Podílí se domov pro seniory na zprostředkování informací pracovníkům v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese u seniorů?
3. Jaký je zdroj informací u pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese u seniorů?

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 Typ výzkumu

Pro vypracování výzkumné části byl zvolen kvantitativní výzkum. Sběr dat byl proveden pomocí dotazníkového šetření, které bylo určeno výzkumnými otázkami. Dotazník, který byl vlastní konstrukce, obsahoval 20 otázek. Převážně byly použity otázky uzavřené, pouze některé otázky byly otevřené a polouzavřené. První 3 otázky byly zaměřené na identifikaci respondentů. Další otázky se zaměřovaly na znalosti a zdroje respondentů o problematice depresivního onemocnění. Aby nebyl dotazník vnímán jako test, zařadila jsem do odpovědí možnost „nevím“. Dotazník byl zcela dobrovolný a anonymní.

3.2 Sběr dat

Výzkum, který probíhal v březnu 2017, byl proveden ve dvou domovech pro seniory v kraji Vysočina. Při pilotním šetření dotazníku bylo osloveno 5 PSS. K dotazníku nebyly žádné připomínky. Byl tedy ponechán v původní verzi. Dotazníky byly dále předány vedoucím sociální péče, kteří dotazníky rozdali PSS. Dotazníků bylo rozdáno 40 a zpět se mi vrátilo 33 dotazníků. Návratnost byla tedy 82,50 %.

3.3 Rozpracování výzkumných otázek

VO: 1. Mají pracovníci v sociálních službách v domově pro seniory potřebné informace o diagnóze deprese u seniorů?

Za potřebné informace o diagnóze deprese považuji ty informace, které pracovníci v sociálních službách potřebují, aby byli schopni zvolit adekvátní přístup ke klientovi a mohli se případně podílet také na léčbě. V neposlední řadě by také měli umět zpozorovat změny chování u klienta a v rámci týmové spolupráce na pozorovanou změnu upozornit. Na základě obsahu kvalifikačního kurzu a akreditovaného semináře, kterého se mohou pracovníci v sociálních službách zúčastnit, považuji za důležité tyto informace: základní zařazení, nejčastější příznaky, základní informace o diagnostice, základní informace o léčbě a adekvátní volba přístupu ke klientovi. V dotazníku jsou tyto informace zahrnuty v otázkách 4 až 15. K vyhodnocení výsledků znalostního šetření jsem zvolila kritéria informovanosti:

- 100 – 91 % - výborná informovanost,
- 90 – 81 % - velmi dobrá informovanost,
- 80 – 71 % - dobrá informovanost,
- 70 % a méně - nedostatečná informovanost.

Aby mohl být dotazník vyhodnocen, musela být zvolena kritéria vyhodnocení znalostní části dotazníku. U uzavřených otázek týkajících se příznaků a správného přístupu ke klientovi, v nichž bylo možné označit více odpovědí správných a současně respondenti měli ve výběru i odpovědi nesprávné a možnost nevím, bylo vyhodnocení provedeno následujícím způsobem: Pokud respondent zvolil alespoň dvě správně odpovědi, otázka byla správně zodpovězena. Jestliže označil chybnou odpověď nebo variantu „nevím“, otázka nebyla správně zodpovězena.

U otázek otevřených vztahujících se k diagnostice a k léčbě musel respondent uvést alespoň jednu správnou odpověď, aby otázka byla zodpovězena správně. Pokud respondent nevěděl nebo uvedl špatnou odpověď, otázka byla zodpovězena špatně.

Dotazník obsahoval 12 znalostních otázek, každá správně zodpovězená otázka byla za 1 bod a celkově mohl tedy respondent dostat 12 bodů. Úroveň informovanosti každého respondenta byla zjištěna sečtením bodů a procenta byla vypočítána v poměru k maximálně možnému počtu bodů.

VO: 2. Jaký je zdroj informací u pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese u seniorů?

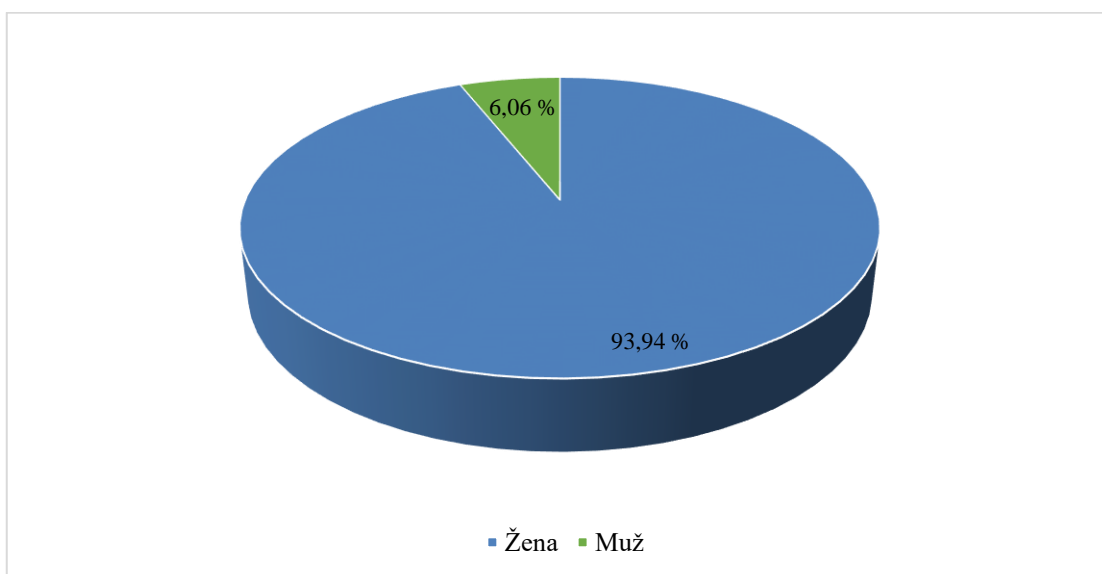
Výzkumná otázka se zaměřuje na zdroj a vlastní iniciativu vzdělávání pracovníků v sociálních službách v oblasti deprese u seniorů. Výzkumné šetření sledovalo, zda pracovníci v sociálních službách čerpají informace z odborných zdrojů či zdrojů pro laickou veřejnost a zda tyto informace vyhledávají záměrně či spíše mimochodem. V dotazníku jsou tyto informace zahrnuty v otázkách 16 až 18.

VO: 3. Podílí se domov pro seniory na zprostředkování informací pracovníkům v sociálních službách o diagnóze deprese u seniorů?

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je zaměstnavatel povinen zprostředkovat vzdělání pracovníkům v sociálních službách. V dotazníku zjišťují otázky 19 a 20, zda má domov pro seniory iniciativu vzdělávat své pracovníky v sociálních službách v oblasti deprese u seniorů.

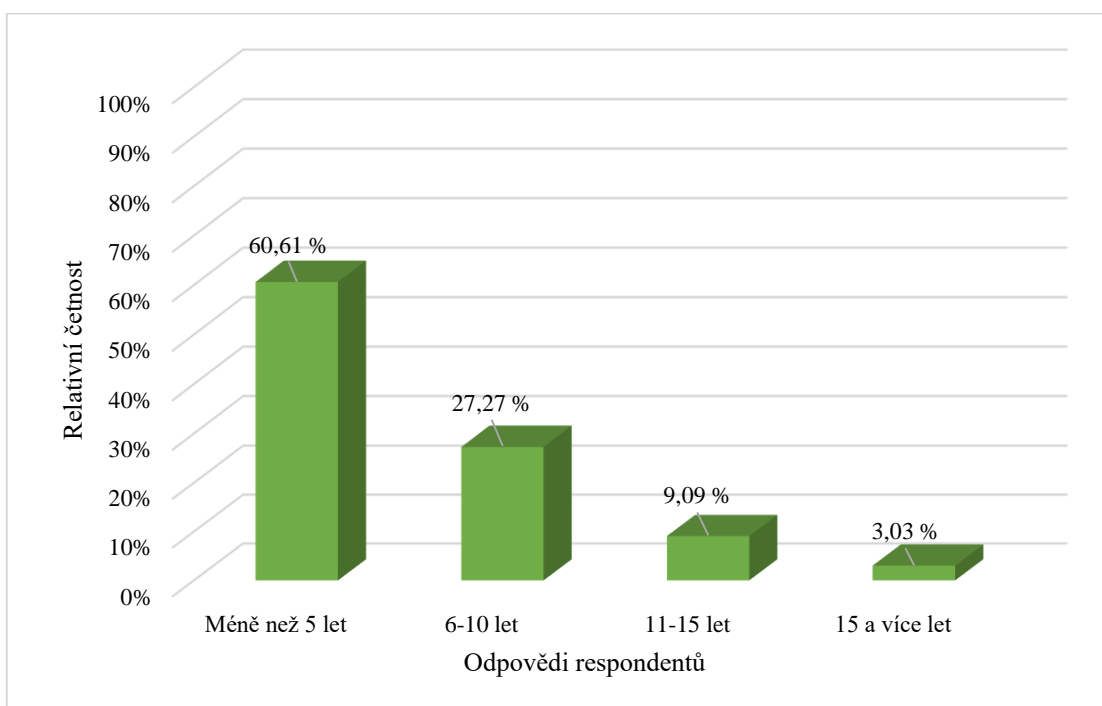
3.4 Výzkumný soubor

Výzkumným vzorkem byli pracovníci v sociálních službách v domově pro seniory. Výzkumného šetření se zúčastnilo 33 respondentů (100 %). Z 33 respondentů bylo 31 (93,94 %) žen a pouze 2 (6,06 %) muži. Jak je možné vidět na Obrázku 1.



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

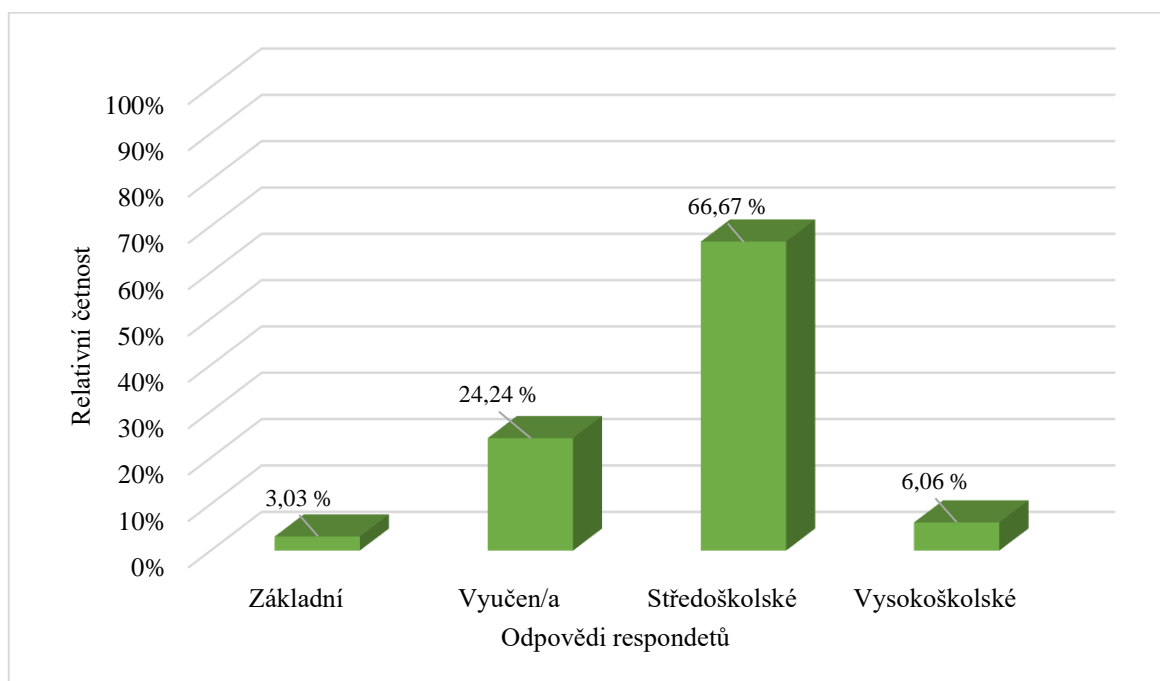
Dále jsem respondenty rozdělila dle odpracované délky na pozici PSS.



Obrázek 2 délka zaměstnání na pozici PSS

Na obrázku 2 je možné vidět, že 20 (60,61 %) respondentů je na pozici PSS méně než 5 let. Z toho 3 pracovníci vykonávají práci PSS méně než jeden rok. Průměrná délka zaměstnání na pozici PSS je 5,7 let.

Další otázka směřovala k zjištění, jaké nejvyšší vzdělání mají oslovení respondenti.



Obrázek 3 Nejvyšší vzdělání respondentů

Z Obrázku 3 vyplývá, že nečastější vzdělání respondentů je Středoškolské. Tuto možnost zvolilo 22 (66,67 %) respondentů. Možnost Vyučen zvolilo 8 (24,24 %) respondentů. Vysokoškolské vzdělání zvolili 2 (6,06 %) respondenti. Pouze 1 (3,03 %) respondent je se Základním vzděláním.

3.5 Analýza dat

Data, která byla získána pomocí dotazníkového šetření, jsem dále pomocí Microsoft Office Excel 2007 zpracovala do přehledných grafů. Převážně byl využit sloupcový graf. V grafech je uváděná relativní četnost, která představuje počet respondentů. Relativní četnost je vyjádřena v procentech a zaokrouhlena na dvě desetinná místa.

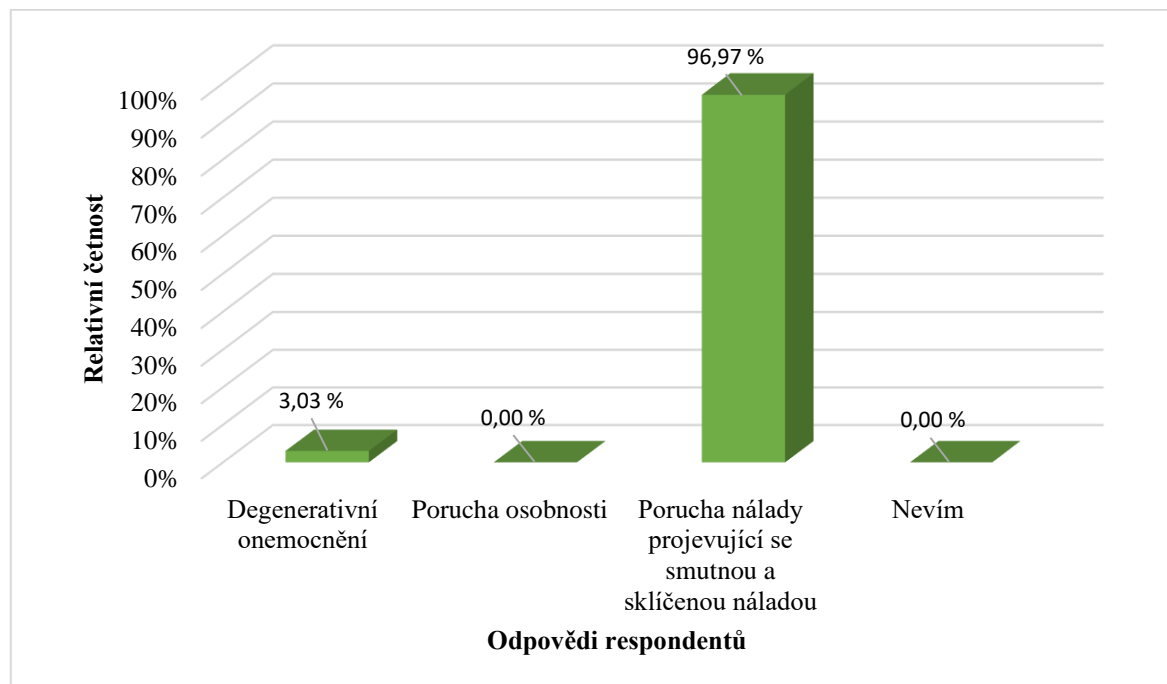
4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V této části bakalářské práce se budu zabývat rozbohem výsledků, které byly získány dotazníkovým šetřením. Výsledky šetření jsou prezentovány pomocí grafů. První tři demografické otázky byly vyhodnoceny již v rámci metodiky.

Informace o depresi

Otázka č. 4 – Co je to deprese?

- a) Degenerativní onemocnění
- b) Porucha osobnosti
- c) Porucha nálady projevující se smutnou a sklíčenou náladou**
- d) Nevím

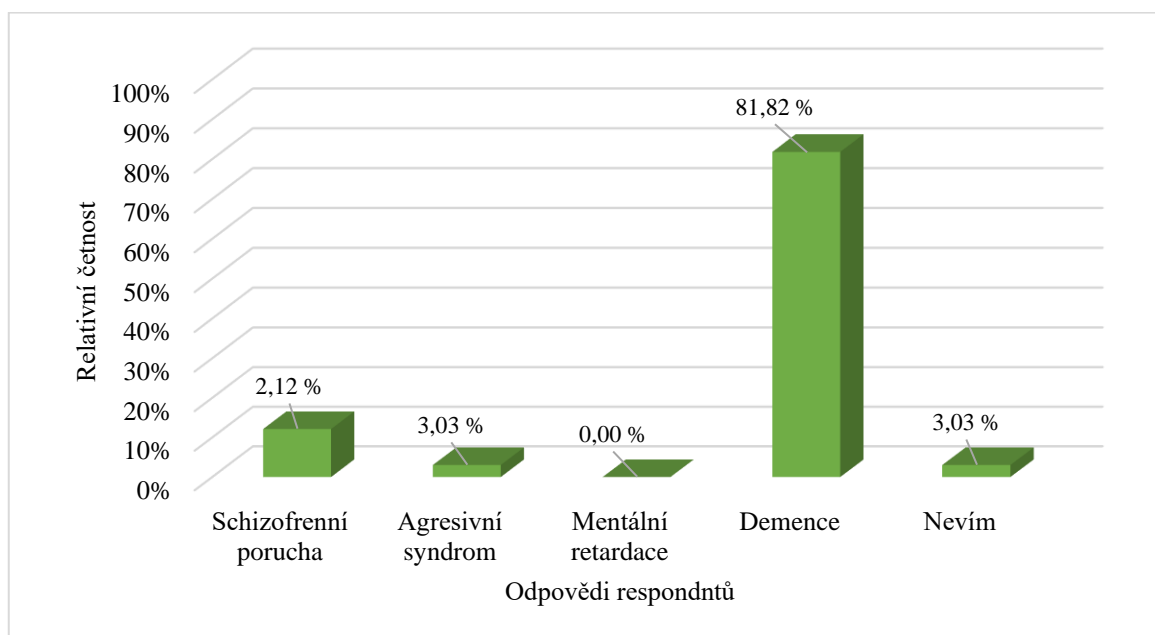


Obrázek 4 Definice deprese

Cílem této otázky bylo zjistit, zda PSS vědí, co je to deprese. Na Obrázku 4 je možné vidět, že PSS znají termín deprese. 32 (96,97 %) respondentů správně označilo, že deprese je Porucha nálady projevující se smutnou a sklíčenou náladou.

Otázka č. 5 – S jakým onemocněním se často deprese ve stáří zaměňuje?

- a) Schizofrenní porucha
- b) Agresivní syndrom
- c) Mentální retardace
- d) Demence**
- e) Nevím



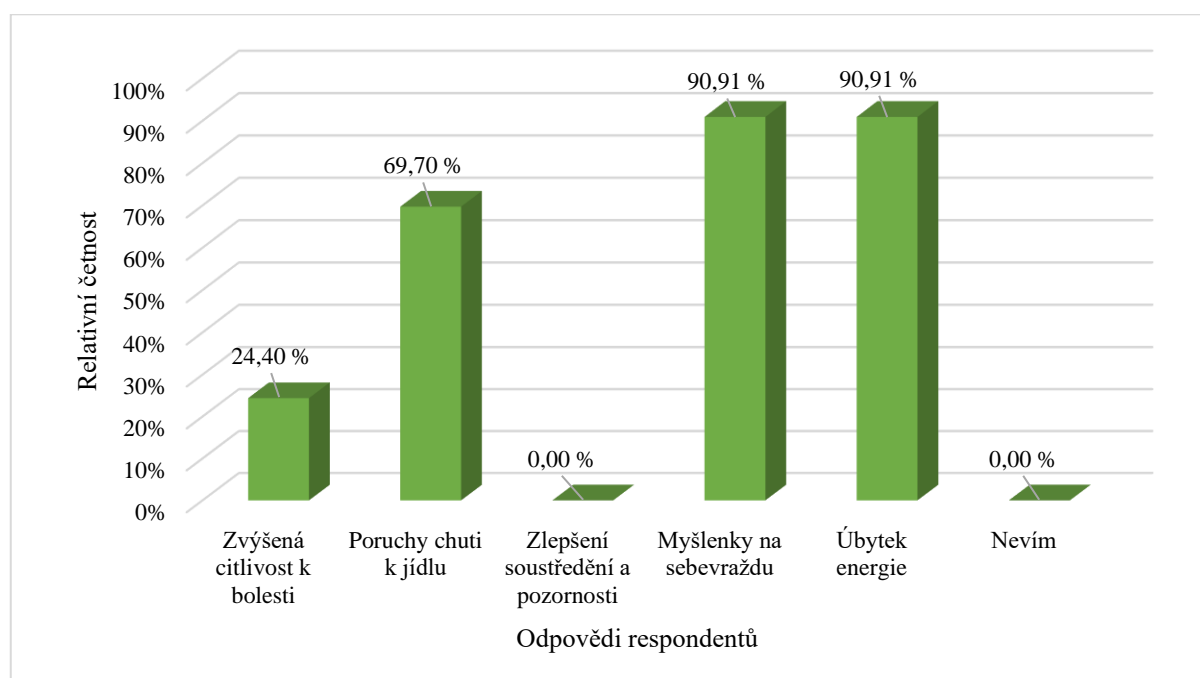
Obrázek 5 Často zaměňované onemocnění s depresí ve stáří

Cílem této otázky bylo zjistit, zda PSS vědí, s jakým onemocněním lze deprese ve stáří zaměnit. Z obrázku 5 je patrné, že většina oslovených respondentů ví, s jakým onemocněním lze deprese ve stáří zaměnit. Správnou odpověď Demence uvedlo 27 (81,82 %) respondentů.

V otázce č. 6 a 7 výzkumné šetření zjišťovalo, zda PSS vědí, jaké jsou příznaky deprese a po jak dlouhé době od projevení se prvních příznaků lze diagnostikovat depresi. Příznaky deprese se zabývala otázka č. 6 v níž byly, uvedeny 4 správné možnosti (zvýšená citlivost k bolesti, porucha chuti k jídlu, myšlenky na sebevraždu a úbytek energie) 1 nesprávná možnost (zlepšení soustředění a pozornosti) a odpověď nevím. Respondenti měli tedy možnost uvést více odpovědí. V této otázce všechny správné příznaky označilo pouze 8 respondentů. 25 respondentů uvedlo, že zvýšená citlivost k bolesti není příznak deprese, z tohoto důvodu je jen málo respondentů, kteří měli tuto otázku zcela správně. Četnost jednotlivých odpovědí uvádí obrázek 6. V otázce č. 7 výzkumné šetření zjišťovalo, zda PSS vědí, po jaké minimální době od projevu příznaků lze diagnostikovat depresi. Za depresivní epizodu se považuje trvání příznaků po dobu minimálně dvou týdnů. Jak je zřejmé z obrázku 7, správně nedopovědělo ani 50 % respondentů.

Otázka č. 6 – Mezi základní příznaky deprese patří?

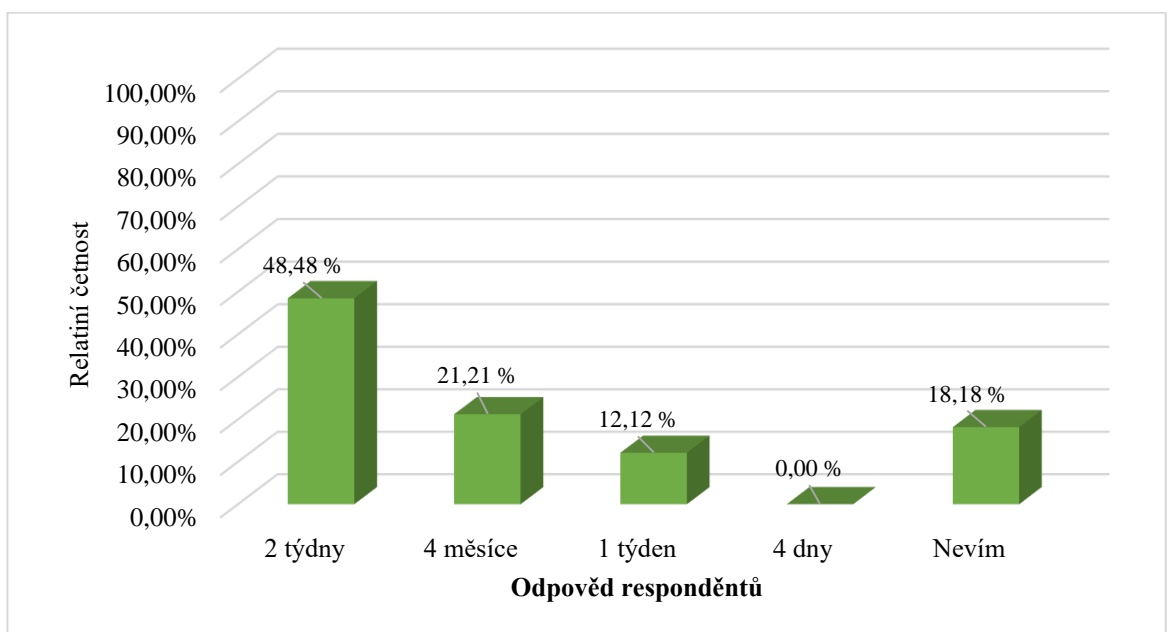
- a) **Zvýšená citlivost k bolesti**
- b) **Poruchy chuti k jídlu**
- c) Zlepšení soustředění a pozornosti
- d) **Myšlenky na sebevraždu**
- e) **Úbytek energie**
- f) Nevím



Obrázek 6 Základní příznaky deprese

Otázka č. 7 – Po jaké minimální době od projevení se prvních příznaků lze diagnostikovat depresi?

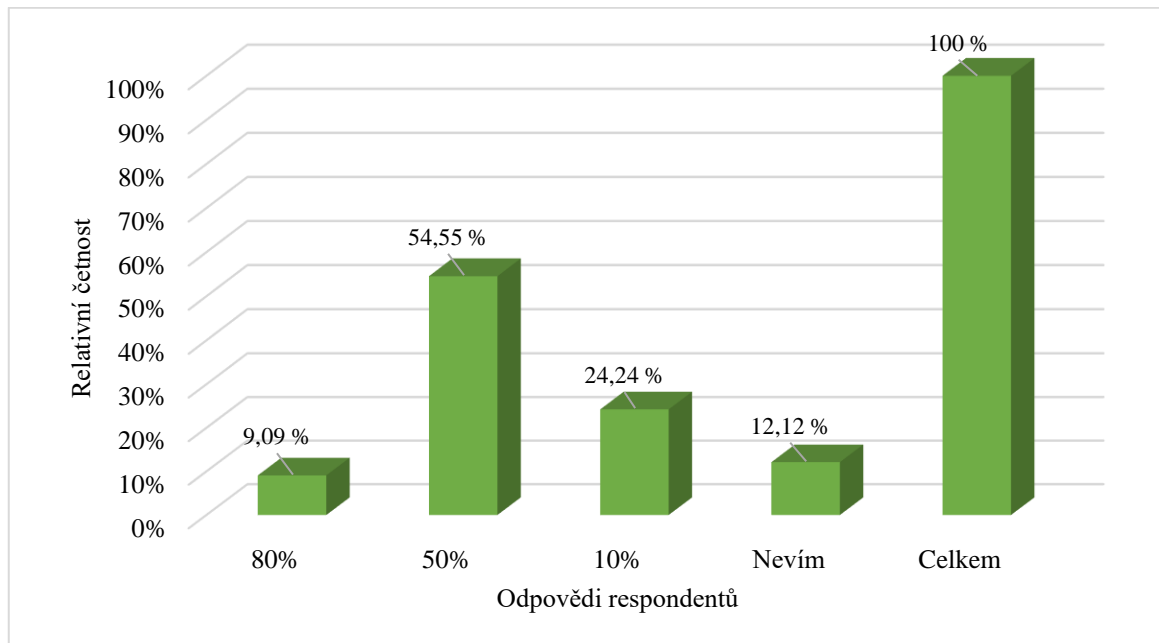
- a) 2 týdny
- b) 4 měsíce
- c) 1 týden
- d) 4 dny
- e) Nevím



Obrázek 7 Po jaké době lze diagnostikovat deprese

Otázka č. 8 – Jaký je výskyt deprese u seniorů žijících v domově pro seniory?

- a) 80 %
- b) 50 %**
- c) 10 %
- d) Nevím



Obrázek 8 Výskyt deprese u seniorů

Cílem této otázky bylo zjistit, zda mají PSS povědomí, jaký je výskyt deprese u seniorů žijících v domově pro seniory. Správnou odpověď 50 % zvolilo 18 (54,55 %) oslovených. Překvapivě možnost pouhých 10 % odpovědělo 8 (24,4 %) respondentů (obrázek 8).

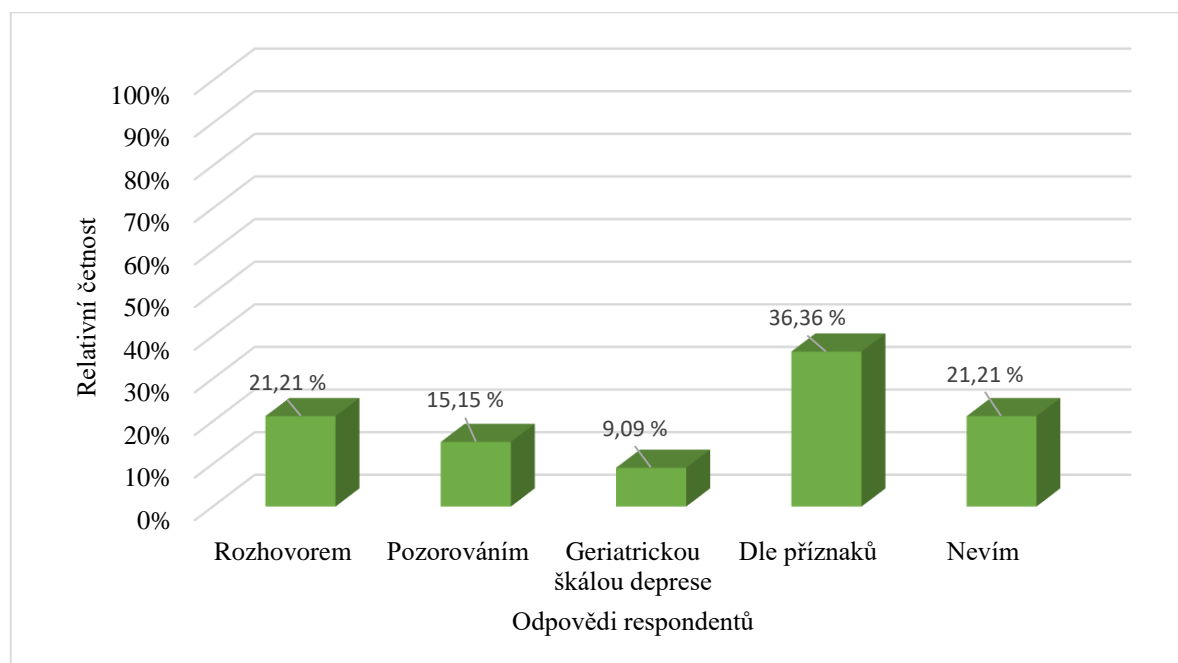
V oblasti diagnostiky deprese výzkumné šetření zjišťovalo, zda PSS vědí, jakým způsobem a kým může být deprese diagnostikována a jaké vyšetření k diagnostice slouží. Otázka č. 9 zjišťovala, zda PSS vědí, jak je možné diagnostikovat depresi. 12 respondentů by depresi diagnostikovalo pomocí příznaků, ale pouze 3 z nich dokázali správně označit všechny správné příznaky (obrázek 9).

Otázka č. 10 zjišťovala, zda PSS vědí, kdo je kompetentní diagnostikovat depresi. Tato otázka byla otevřená a žádný z respondentů neuvedl špatnou možnost. Také se nestalo, že by někdo z respondentů nevěděl odpověd'. Překvapivě pouhých 5 respondentů uvedlo, že depresi může diagnostikovat praktický lékař. Četnost jednotlivých odpovědí uvádí obrázek 10.

Vyšetřením sloužící k diagnostice deprese se zabývala otázka č. 11, v níž byla uvedena pouze 1 správná odpověď (anamnéza), 2 nesprávné možnosti (zobrazovací metody a tělesné vyšetření) a možnost nevím. PSS měli uvést pouze jednu odpověď. Četnost jednotlivých odpovědí uvádí obrázek 11.

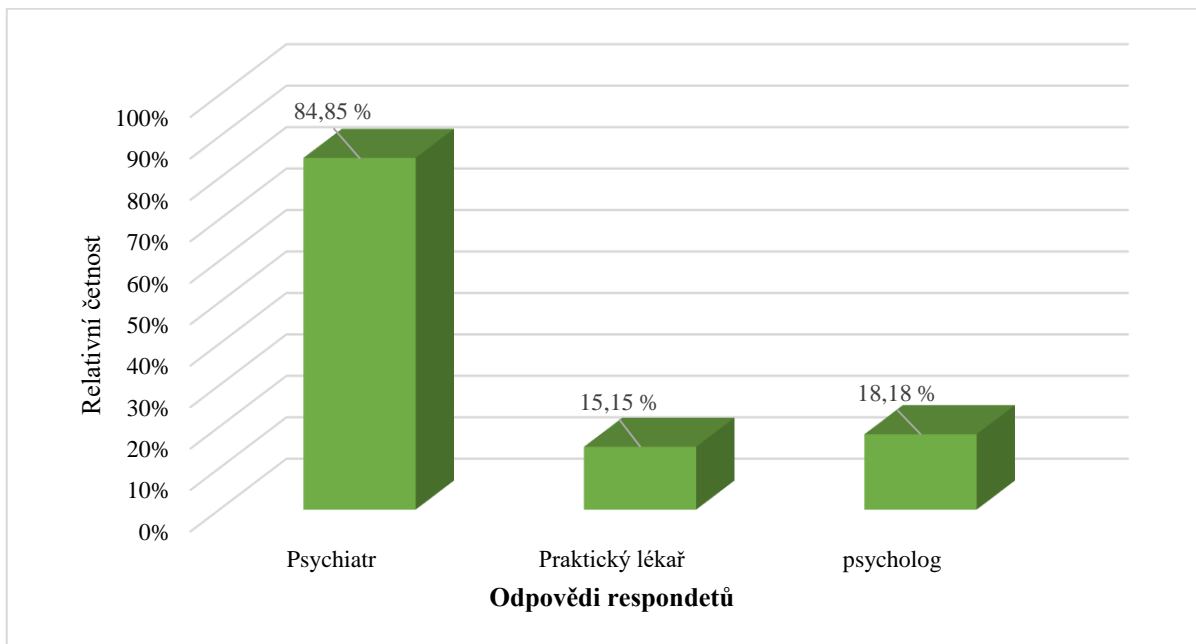
Z vyhodnocení oblasti týkající se diagnostiky vyplývá, že zcela správně odpovědělo na všechny 3 otázky pouze 15 respondentů. Ostatní mají informace neúplné.

Otázka č. 9 – Jak je možné diagnostikovat depresi?



Obrázek 9 Možnosti diagnostikování deprese

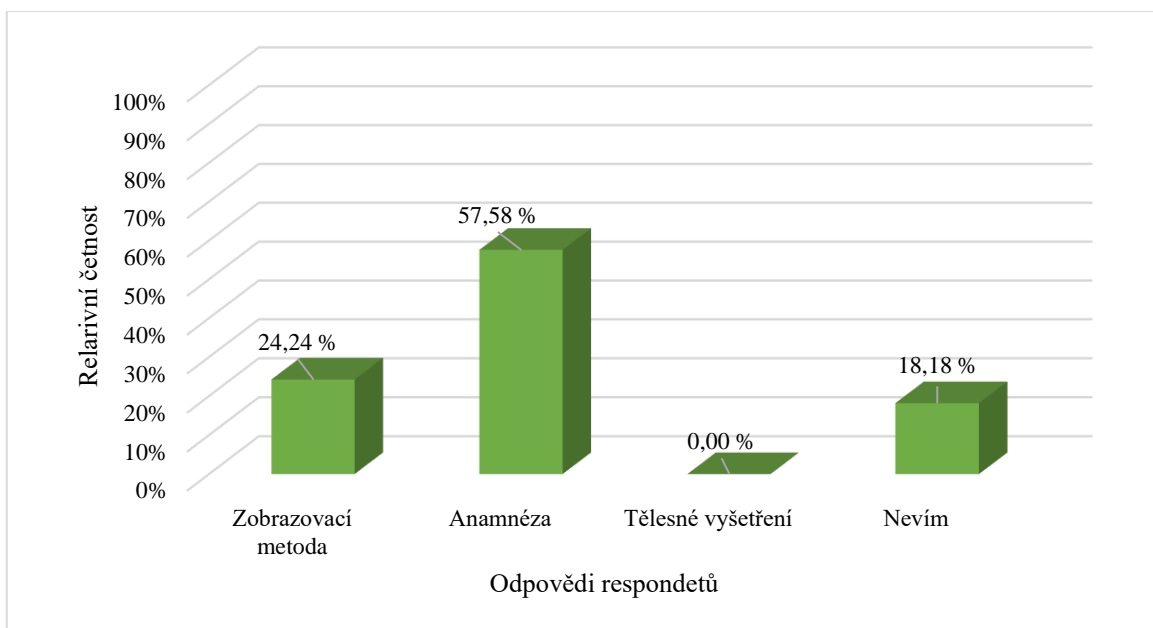
Otázka č. 10 – Kdo diagnostikuje depresi?



Obrázek 10 Kdo diagnostikuje depresi

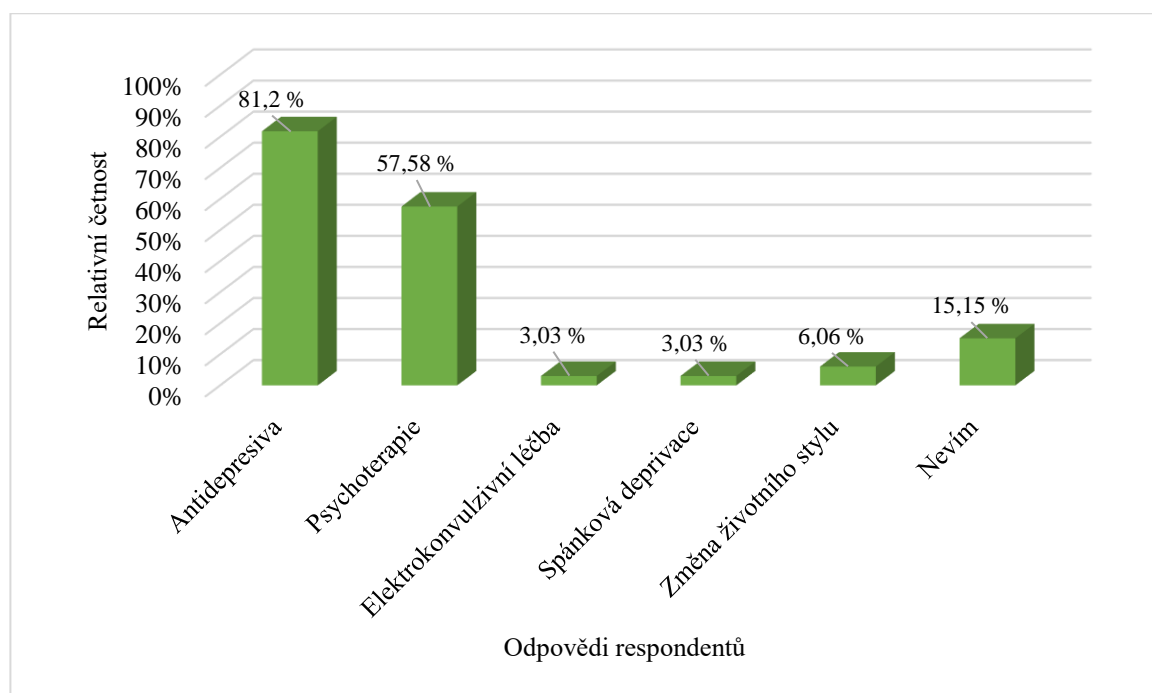
Otázka č. 11 – Jaké vyšetření je důležité k diagnostikování deprese?

- a) Zobrazovací metody
- b) Anamnéza**
- c) Tělesné vyšetření
- d) Nevím



Obrázek 11 Vyšetření sloužící k diagnostice deprese

Otázka č. 12 – Jaké jsou možnosti léčby deprese?

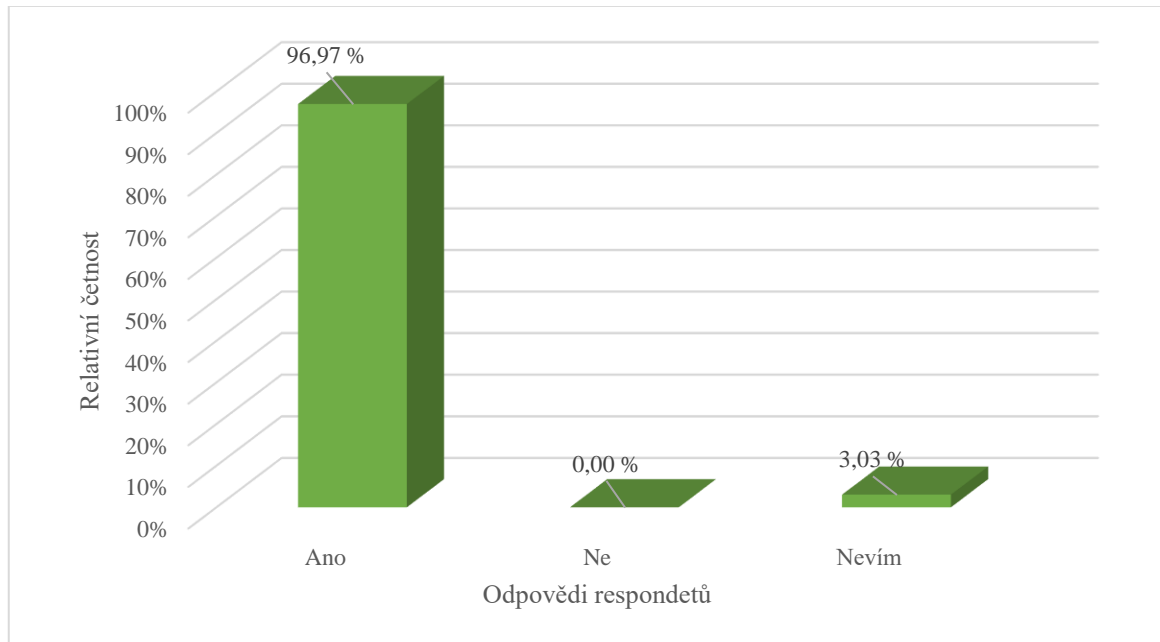


Obrázek 12 Možnosti léčby

V oblasti léčby výzkumné šetření zjišťovalo, zda PSS vědí, jakými způsoby je možné depresi léčit. Velice úspěšnou volbou při léčbě deprese je kombinace antidepresiv a psychoterapie, tuto možnost zvolilo 18 respondentů. Přehled četností jednotlivých odpovědí uvádí obrázek 12.

Otázka č. 13 – Mohou depresi vyvolat traumatizující změny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím



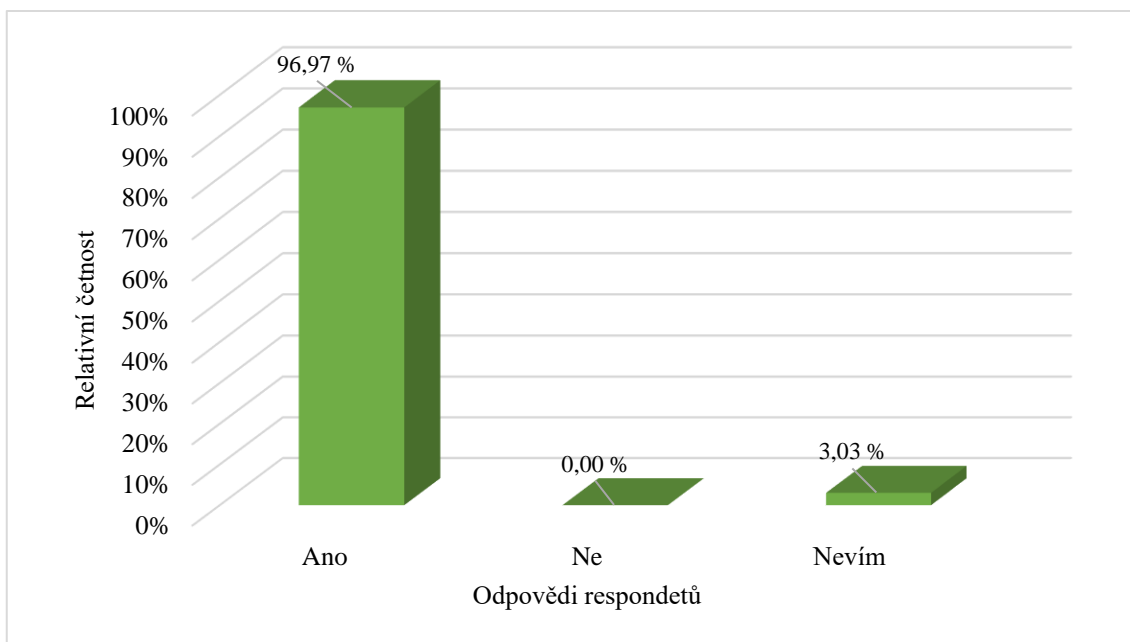
Obrázek 13 příčina vzniku deprese

Otázka č. 13 zjišťovala, zda PSS vědí, že traumatizující změny mohou vyvolat depresi. Jelikož člověk ve stáří prochází různými negativními změnami, mohou tyto změny vyvolat depresi. Šetřením bylo zjištěno, jak je možné vidět na obrázku 13, že si je tímto většina respondentů vědoma.

Výzkumné šetření u otázek č. 14 a 15 zjišťovalo, zda PSS volí adekvátní přístup ke klientovi s depresí a vědí, že deprese může způsobit sníženou soběstačnost. Jak je možné vidět na obrázku 14, PSS vědí, že deprese může ovlivnit soběstačnost klienta. Adekvátním přístupem se zabývala otázka č. 15, v níž byly uvedeny 3 správné možnosti (pokud se klient chová odmítavě, je dobré vytrvat a být aktivní, při komunikaci zaujmeme aktivní postoj, nenechává klienta spát během dne) z 5 možností. Respondenti měli tedy na výběr více možností, a zcela správně odpověděli pouze 3 respondenti. Velice často respondenti chybovali v odpovědi „Nenecháváme klienta spát během dne“, jak je možné vidět na obrázku 15.

Otázka č. 14 – Může ovlivňovat deprese soběstačnost?

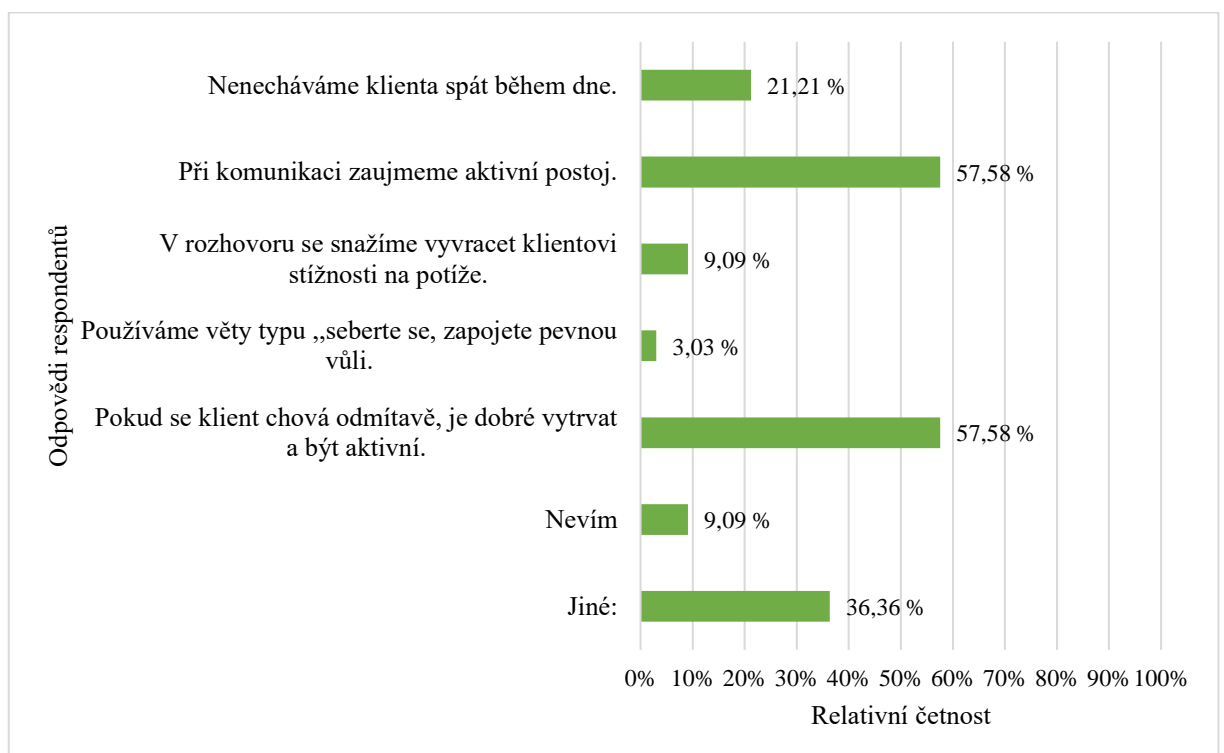
- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím



Obrázek 14 Ovlivnění soběstačnosti depresí

Otázka č. 15 - Označte správné přístupy ke klientovi s depresí.

- a) **Pokud se klient chová odmítavě, je dobré vytrvat a být aktivní.**
- b) Používáme věty typu „seberte se, zapojte pevnou vůli“.
- c) V rozhovoru se snažíme vyvracet klientovi stížnosti na potíže.
- d) **Při komunikaci zaujmeme aktivní postoj.**
- e) **Nenecháváme klienta spát během dne.**
- f) Jiné
- g) Nevím

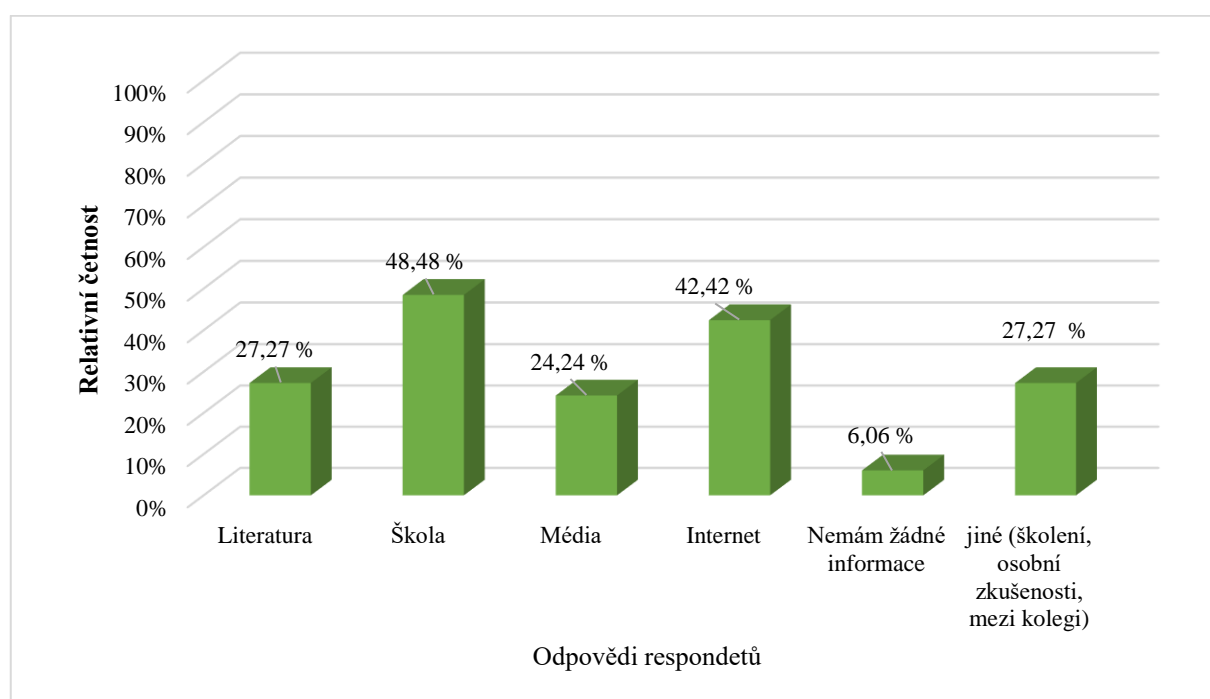


Obrázek 15 Přístup ke klientovi

Zdroje informací

Otázka č. 16 - Kde jste získal/a informace o depresi?

- a) Literatura
- b) Škola
- c) Média
- d) Na internetu
- e) Nemám žádné informace
- f) Jiné

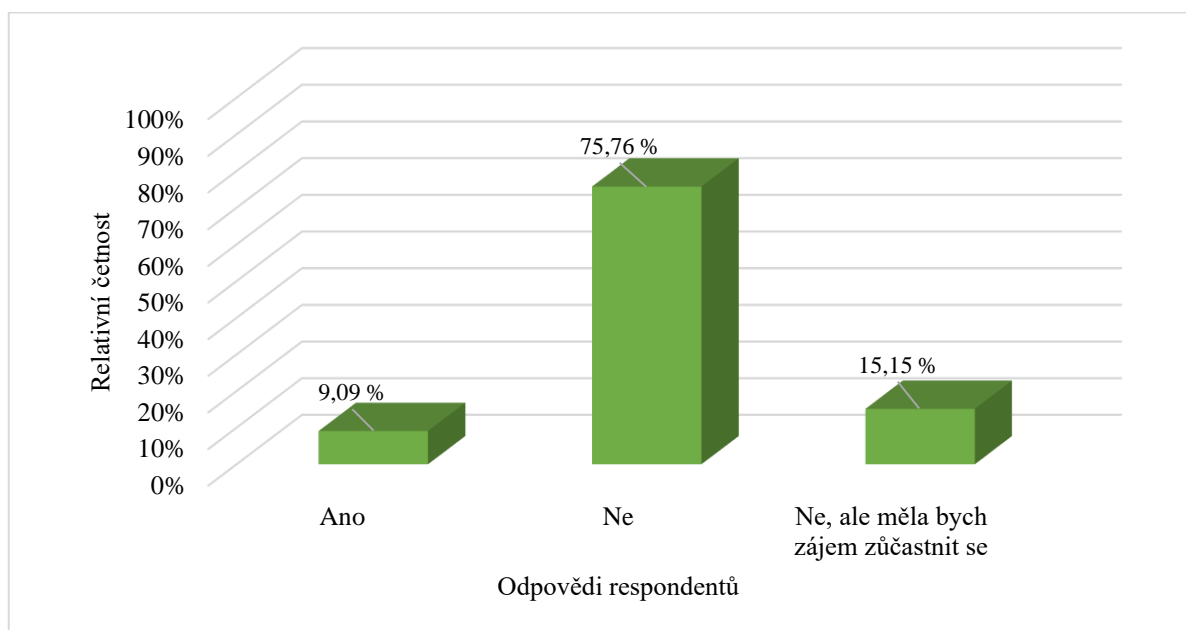


Obrázek 13 zdroj informací o depresi

Z obrázku 16 lze zjistit, že PSS využívají k získávání informací o depresi ve stáří převážně odborné zdroje. Nejvíce využívaným zdrojem byla škola, kdy tuto možnost zvolilo 16 (48,48 %) respondentů.

Otázka č. 17 Absolvoval/a jste někdy seminář zaměřený na depresi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, ale měla bych zájem zúčastnit se.

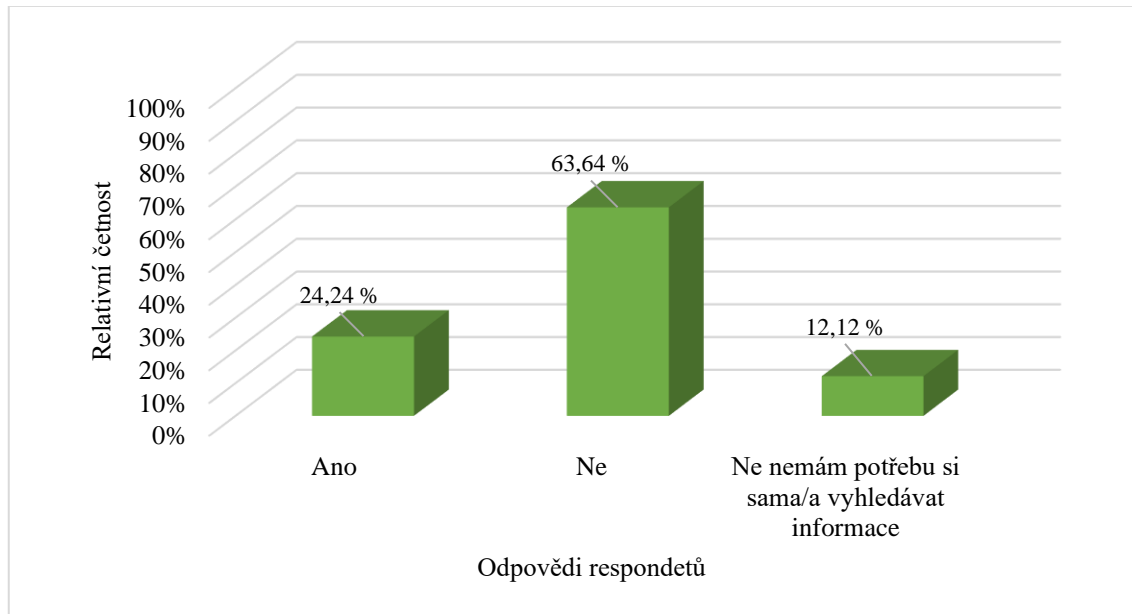


Obrázek 14 Účast na semináři

Otázka č. 17 zjišťovala, zda se PSS někdy zúčastnili vzdělávacího semináře, ve kterém by získali informace o depresi. Pouze 3 (9,09 %) respondenti uvedli, že se někdy tohoto semináře zúčastnili. Zájem o tento seminář projevilo pouze 5 (15,15 %) respondentů, kteří se tohoto semináře nezúčastnili.

Otázka č. 18 – Vyhledáváte si sám/a informace o depresi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, nemám potřebu si sám/a vyhledávat informace



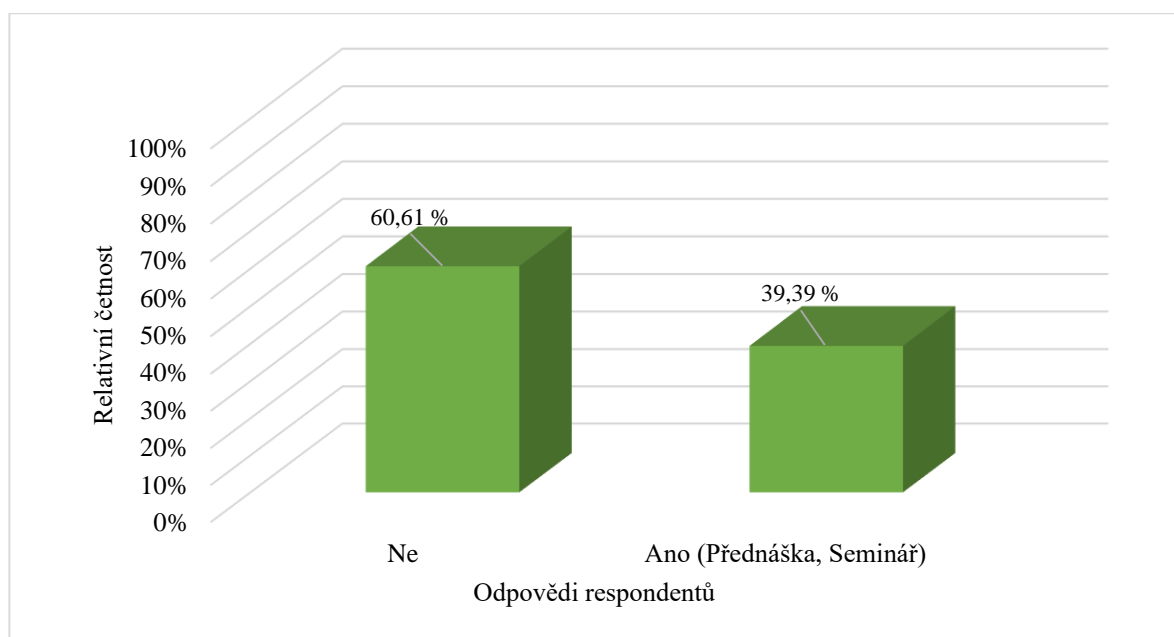
Obrázek 15 Vlastní iniciativa ve vyhledávání informací o depresi

Na obrázku 18 je patrné, že PSS nemají veliký zájem o získávání informací o depresi, protože pouze 8 (24,24 %) respondentů si tyto informace vyhledávají sami.

Iniciativa domova pro seniory v předávání informací PSS

Otázka č. 19 – Zajišťuje vám vaše pracoviště informace o depresi?

- a) Ne
- b) Ano, uveďte jak:

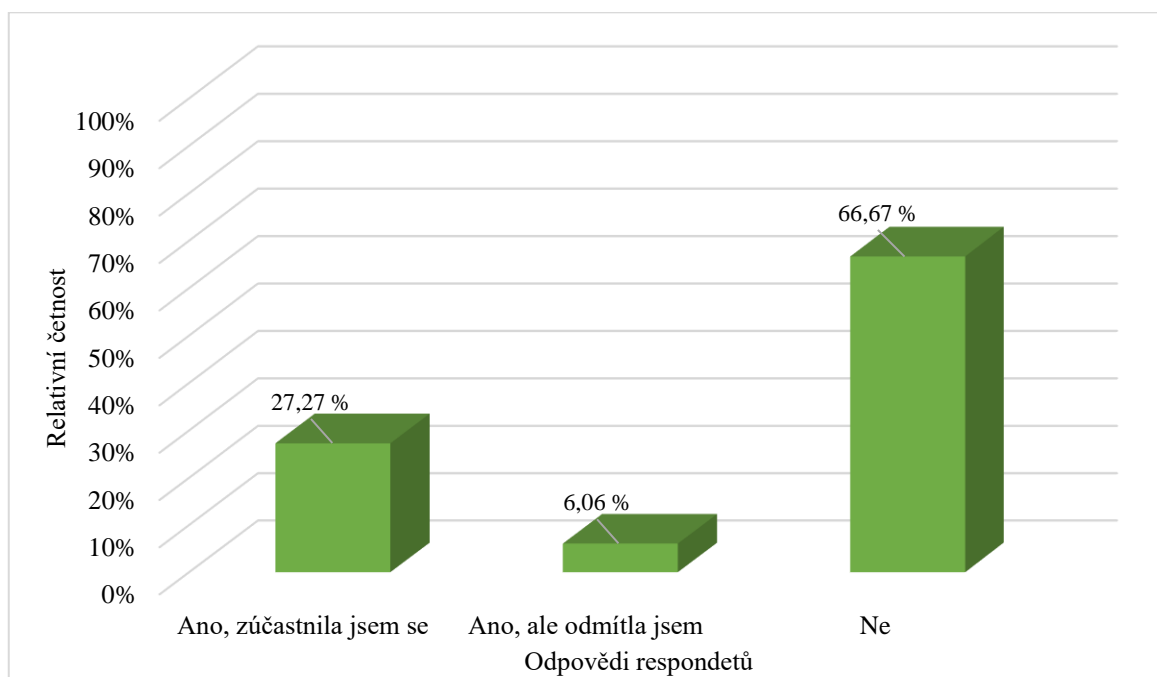


Obrázek 16 Zprostředkování informací pracovištěm

Tato otázka měla zjistit, zda se pracoviště angažuje v předávání informací, týkající se deprese. Bohužel 20 (60,61 %) respondentů uvedlo, že jim pracoviště nijak nezprostředkovává informace, které by mohly vést ke zlepšení péče o depresivního klienta. 13 (39,39 %) respondentů uvedlo, že jim pracoviště předalo informace týkající se deprese. Tyto informace byly podány pomocí přednášek a seminářů (Obrázek 19).

Otázka č. 20 – Nabízelo Vám vaše pracoviště vzdělání v oblasti deprese?

- a) Ano, zúčastnila jsem se
- b) Ano, ale odmítla jsem
- c) Ne



Obrázek 17 Zprostředkování vzdělání pracovištěm

Otázka č. 20 měla zjistit, zda pracoviště zkoumaného souboru zprostředkovává vzdělání v oblasti deprese. 22 (66,67 %) respondentů uvedlo, že jim pracoviště žádné vzdělání v tématice deprese nezprostředkovává. 9 (27,27 %) respondentů uvedlo, že jim zařízení nabídlo vzdělání a také se ho aktivně zúčastnili. 2 (6,06 %) respondenti však překvapivě uvedli, že jim pracoviště dalo možnost se v této problematice dál vzdělávat, ale tuto možnost odmítli (Obrázek 20).

5 DISKUSE

Výzkumná otázka č. 1: Mají pracovníci v sociálních službách v domovech pro seniory potřebné informace o diagnóze deprese u seniorů?

K výzkumné otázce č. 1 se vztahovalo 12 otázek v dotazníku. Jednalo se o otázky 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

Na otázku, která zjišťovala, zda PSS znají pojem deprese odpovědělo správně 32 (96,97 %) respondentů. Lecianová (2012) v bakalářské práci zjišťovala Úroveň znalostí laické veřejnosti o diagnóze deprese. Jejího výzkumu se zúčastnilo 103 (100 %) respondentů a pouze 40 (45 %) oslovených respondentů dokázalo správně definovat depresi. Je tedy patrné, že u PSS je znalost pojmu výrazně vyšší ve srovnání s laickou veřejností, u níž uvádí Lecianová (2012) a lze tedy usuzovat na souvislost s profesním zaměřením a vzděláním.

Nováková (2013) zjišťovala ve své bakalářské práci jaké je povědomí seniorů o depresi. Ve výzkumném šetření se dotazovala seniorů, zda je jednoduché zaměnit depresi s jiným onemocněním. 4 z 5 respondentů se domnívá, že depresi nelze zaměnit. Ve svém výzkumu jsem zjistila, že většina respondentů ví, že deprese se velmi často zaměňuje s demencí, jelikož tuto možnost odpovědělo 27 (81,82 %) dotazovaných.

Výzkumem bylo zjištěno, že respondenti znají některé příznaky deprese jako jsou například myšlenky na sebevraždu a úbytek energie. Ale pouhých 8 (24,40 %) respondentů uvedlo, že mezi příznaky patří také zvýšená citlivost k bolesti. Podobné zjištění překvapilo také Dejčmarovou (2008), kdy se pouhých 6 % z 80 zdravotních sester zaměřilo na tělesné příznaky jako jsou bolestivé stavy a trávící potíže. Aby PSS mohli upozornit na případné příznaky deprese u seniorů jiný ošetřující personál v rámci multidisciplinární spolupráce, měli by také znát po jaké minimální době od projevení se prvních příznaků, lze diagnostikovat depresi. Více jak polovina respondentů uvedla špatnou odpověď. K podobnému zjištění došla ve své práci Dejčmarová (2008). Jejího výzkumu se zúčastnilo 80 zdravotních sester a pouhých 27 % vědělo správně po jaké minimální době lze deprese diagnostikovat.

Deprese bývá v seniorském věku velice podceňována, kdy toto tvrzení potvrzuje výzkumné šetření, jelikož pouze 18 (54,55 %) dotazovaný má správnou představu o tom, jaký je výskyt deprese v domově pro seniory. Překvapivě 8 (24, 24 %) respondentů uvedlo, že výskyt deprese v domově pro seniory je 10 %. Nováková (2013) ve svém výzkumném šetření uvádí, že si senioři myslí, že výskyt deprese je vyšší u seniorů, kteří jsou ve svém přirozeném prostředí. Ve

výzkumném šetření Dejčmarové (2008) bylo zjištěno, že pouhých 23 (29 %) zdravotních sester uvedlo správně, jak je depresivní onemocnění časté.

Většina respondentů zná metody, které vedou k diagnostikování deprese. 69,44 % dotazovaných uvedlo správně, jak lze deprese diagnostikovat. Venglářová (2007, s. 18-19) uvádí, že k diagnostice je zapotřebí sledovat stav klienta a také uvádí obvyklé příznaky deprese. Důležité je také reagovat na zpozorované změny.

Na otázku, která zkoumala, kdo diagnostikuje depresi, odpovědělo správně 33 (100 %) respondentů. Odpovědi respondentů obsahovaly všechny lékaře, kteří mohou diagnostikovat depresi, ale pouze 5 (15,15 %) respondentů uvedlo praktického lékaře, jako lékaře, který je také kompetentní k diagnostikování a léčení deprese. Pro některé pacienty by mohla být vhodnější léčba u praktického lékaře, jelikož s ním se pacient setkává již dlouhodobě a došlo mezi nimi k navázání vztahu a k důvěře. Pokud však PSS nenapadne upozornit praktického lékaře na zpozorované příznaky, může se stát, že lékař opomene diagnózu deprese. K podobnému zjištění došla také Dejčmarová (2008), která ve výzkumném šetření zjistila, že pouhých 8 (10 %) zdravotních sester ví, že depresi mohou léčit také jiní lékaři než psychiatričtí doktoři. Při diagnostikování deprese je velice důležitá anamnéza nemocného. Tuto možnost ve výzkumném šetření vybralo pouhých 19 (57,57 %) respondentů. V práci Dejčmarové (2008) je možné zjistit, že 77 (85 %) zdravotních sester ví, že anamnéza je hlavní metoda, kterou využívá lékař k diagnostikování deprese.

V otázce, která se zabývala léčbou deprese většina respondentů 84,85 % uvedla správné metody léčby, které slouží k léčbě deprese. K podobnému zjištění ve své práci došla také Leciánová (2012), kdy nejvíce byla zastoupena farmakologická a psychoterapeutická léčba.

Na otázku, která zkoumala, zda traumatizující změny mohou vyvolat depresi odpovědělo správně 32 (96,97 %) respondentů. Nováková (2013) ve své bakalářské práci zjišťovala, zda senioři vědí, jaké situace mohou vyvolat depresi. Většina respondentů se shodla, že depresi je možné vyvolat například smrtí a ztrátou blízkého člověka, když přijdou o peníze a neštěstím, které lidé prožívají.

Je velice důležité vědět, že deprese může omezit soběstačnost člověka. 32 (96,97 %) respondentů si je tímto vědoma. Venglářová (2007) uvádí, že deprese výrazně zhoršuje kvalitu života. Tímto si jsou vědomi i respondenti výzkumného šetření Novákové (2013), která se ptala respondentů, jak může deprese ovlivnit běžný život člověka. Ti uvedli, že člověk nechce chodit do práce, nemá chuť cokoli dělat a nemůže vykonávat běžné denní aktivity.

Výzkumné šetření zjistilo, že respondenti nevědí, jak se správně chovat ke klientovi, kterému byla diagnostikována deprese. Správný přístup, který by měl PSS volit ve své práci je popsán v publikaci Venglářové (2007).

Výzkumné šetření prokázalo, že respondenti jsou o diagnóze deprese dobře informováni. Na základě zvolených kritérií byla zjištěna úspěšnost 79 %. I přesto však respondenti nemají své informace ucelené. Například v oblasti diagnostiky chybovali PSS v příznacích deprese, kdy nedokázali rozpoznat správné příznaky. Také při volbě adekvátního přístupu se stalo, že PSS nevěděli, jak se chovat ke klientovi s depresí.

Výzkumná otázka č. 2: Zjistit, zdroj informací u pracovníků v sociálních službách o diagnóze deprese u seniorů?

K výzkumné otázce č. 2 se vztahovaly 3 otázky v dotazníku. Jednalo se o otázky 16,17 a 18.

V otázce, která zjišťovala, kde respondenti získali informace, byla nejvíce zastoupena odpověď škola. Tuto možnost zvolilo 16 (48,48 %) respondentů. O něco méně byla zastoupena možnost internet, kdy tuto možnost zvolilo 14 (42,42 %) respondentů. Respondenti také velice často získávají informace z literatury a ze školení. Z výzkumného šetření je zřejmé, že respondenti získávají převážně informace z odborných zdrojů. K rozdílnému zjištění došla ve svém výzkumném šetření Laciánová (2012), kdy převážná většina respondentů získala informace ze zdrojů pro laickou veřejnost. Je tedy vhodné, že ve srovnání s laickou veřejností se PSS uchylují k odborným zdrojům.

Výzkumné šetření zjistilo, že pouhých 8 (24, 24 %) respondentů si vyhledává informace o depresi sami. Je tedy zřejmé, že většina respondentů získává informace spíše mimochodem. Vzdělávacího semináře, který byl zaměřený na získávání informací o depresi se nezúčastnilo 30 (90,91 %) oslovených respondentů a pouhých 5 (15, 15 %) z těchto respondentů by mělo zájem se v tomto směru vzdělávat dále. Je tedy zřejmé, že většina respondentů nemá potřebu se vzdělávat v tomto oboru i přesto, že výskyt deprese v domovech pro seniory je velice vysoký. Velkou roli by zde mohli hrát nadřízení PSS, kteří by mohli motivovat PSS ke vzdělání v této oblasti z důvodu vysokého výskytu tohoto onemocnění a tím by také došlo ke zkvalitnění péče o seniory. Vzdělávací kurzy na téma deprese pořádá například Fokus Praha, kdy po úspěšném absolvování dostane PSS certifikát od Centra vzdělávání Fokus Praha. Také Vzdělávání IN se snaží předat informace ohledně depresivního onemocnění v podobě semináře. Oba tyto semináře jsou akreditované Ministerstvem práce a sociálních věcí (Fokus Praha, 2017;

Vzdělávání IN, 2010-2017). Dejčmarová (2008) ve svém šetření došla k velice shodným výsledkům. Pouhých 17 (21 %) zdravotních sester se zúčastnilo semináře týkající se deprese.

Výzkumná otázka č. 3: Zjistit, zda se domov pro seniory podílí na zprostředkování informací pracovníkům v sociálních službách o diagnóze deprese u seniorů?

K výzkumné otázce č. 3 se vztahovaly 2 otázky v dotazníku. Byly to otázky 19 a 20. Výzkumná otázka zjišťovala, zda domov pro seniory zprostředkovává informace o depresi PSS. Z výzkumného šetření je patrné, že se domov spíše nepodílí na zprostředkování informací. 20 (60,61 %) respondentů uvedlo, že jim jejich pracoviště nepředalo žádné informace o diagnóze deprese. Žádný z respondentů nevedl, že by jim pracoviště poskytlo například edukační materiál. V oblasti vzdělávání uvedlo pouze 9 (27,27 %) respondentů, že jim pracoviště poskytlo vzdělání. Překvapující je, že 2 (6,06 %) respondenti dokonce odmítli dále se vzdělávat v této oblasti. Je zřejmé, že PSS nemají potřebu se vzdělávat v této oblasti i přesto, že je to velice časté onemocnění a mohli by klientovi svými vědomostmi pomoci.

6 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla „Informovanost pracovníků v sociálních službách o diagnóze deprese.“ Cílem teoretické části bylo shrnout základní informace o diagnóze deprese. Cíl byl naplněn vypracováním teoretické části bakalářské práce.

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese. Zaměřila jsem se na znalosti, které jsou pro pracovníky v sociálních službách potřebné. Z výsledků vyplývá, že dle dříve zvolených kritérií jsou respondenti dobře informováni, ale v oblasti správného přístupu ke klientovi a příznacích deprese by respondenti své informace potřebovali ucelit. Ke zlepšení informovanosti by mohly přispět semináře, zaměřené na danou problematiku, v rámci celoživotního vzdělávání. Dílčím cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké zdroje využívají pracovníci v sociálních službách při získávání informací o depresi. Jak vyplývá z výzkumného šetření, nejčastějšími zdroji informací o depresi jsou zdroje odborné, kde by měly být adekvátní informace. Z výzkumného šetření také vyplývá, že pracovníci nejsou příliš aktivní ve vzdělávání v této oblasti a své informace přijímají spíše mimovolně. V neposlední řadě se také výzkumné šetření zabývalo tím, zda se domov pro seniory podílí na zprostředkování informací o depresi pracovníkům v sociálních službách. Jak z výsledků výzkumu vyplývá, domov pro seniory nemá vlastní iniciativu předávat informace v této oblasti svým zaměstnancům, a to i přesto, že je toto téma velice aktuální a výskyt deprese je vysoký.

Přínos bakalářské práce vidím převážně v aktuálnosti daného tématu u stárnoucí populace. Při diagnostice deprese je velice důležitá anamnéza nemocného. Často ale senioři nemohou či nedokáží podat adekvátní informace, které by vedly ke správné diagnostice. Jako zdroj informací by tedy měl působit pracovník v sociálních službách v domově pro seniory, jelikož je v častém kontaktu s klientem. Pokud by měl pracovník v sociálních službách alespoň základní informace o diagnóze deprese, mohl by to být i on, kdo dá podnět k přivolání lékaře a tím k léčbě klienta.

Výstupem bakalářské práce je informační materiál vlastní tvorby pro pracovníky v sociálních službách, který vede k předání základních informací o depresi ve stáří (Příloha B).

7 POUŽITÁ LITERATURA

ČEŠKOVÁ, E. a R. PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. 143 s. ISBN 978-80-7345-316-9.

DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

FÍŠAR, Z. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2009. 384 s. ISBN 978-80-247-2737-0.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd., Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. 208 s. ISBN 978-80-204-3119-6.

HORT, J. et. al. *Paměť a její poruchy*. Praha: Maxdorf, 2007. 200 s. ISBN 80-7345-004-6.

HOSÁK, L. et. al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 632 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

J., Praško, Prašková H. a Prašková J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 184. ISBN 978-80-7367-501-1.

KALVACH, Z. et.al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-4007-2.

KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.

MALÁ, E. a P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-723-7.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. (Grada). 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 204 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 157 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

OREL, M. et. al. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.

PRAŠKO, J. et. al. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. 855 s. ISBN 978-80-204-2798-4.

PRAŠKO, J., B. BULIKOVÁ a Z. SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2009. 96 s. ISBN 978-80-7262-656-4.

PROBSTOVÁ, V. a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. 465 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 320 s. ISBN 978-80-262-0976-8.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Elektronické zdroje

BIČAN, V. Depresivní pseudodemence: Psychiatrie pro praxi [online]. 2014, (1), 39 - 40 [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/10.pdf>

Česko. 2006. Vyhláška č. 505 ze dne 12. listopadu 2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sbírnka zákonů České republiky 2006, částka 164. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

- Česko. 2006. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírnka zákonů České republiky 2006, částka 37. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- ČEŠKOVÁ, E. Léčba deprese ve stáří: Medicína pro praxi [online]. 2011, (8), 330 - 332 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/06.pdf>
- DEJČMAROVÁ, J. Deprese - problematika onemocnění a informovanosti sester [online]. Praha, 2008 [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Gabča/Downloads/BPTX_0_0_11130_D0406015_141560_0_59514%20\(15\).pdf](file:///C:/Users/Gabča/Downloads/BPTX_0_0_11130_D0406015_141560_0_59514%20(15).pdf). Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 2. lékařská fakulta.
- HOLMEROVÁ, I. Et. al. Deprese u pacientů demencí: Psychiatrie pro praxi [online]. 2011, (2), 62 - 64 [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2011/02/04.pdf>
- KONRÁD, J. Deprese ve stáří. Practicus [online]. 2013, (2), 7 - 12 [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus2013>
- KONRÁD, J. Rozhovor. DEPRESE.COM [online]. [cit. 2017-04-6]. Dostupné z: <http://www.deprese.com/index.php?section=klicky&ion2=rozhovor9>
- Kurzy. Fokus Praha [online]. 2017 [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <http://www.fokustvs-vzdelavani.cz/index.php/kurzy-2017/12-kurzy/2016/86-deprese>
- LECIANOVÁ, L. Úroveň znalostí laické veřejnosti o diagnóze deprese [online]. Zlín, 2012 [cit. 2017-04-07]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19869/lecianov%C3%A1_2012_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- Semináře v sociální sféře. Vzdělávání - IN [online]. 2017 [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <http://www.vzdelavani-in.cz/homepage/seminare>

8 PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazník	56
Příloha B - Informační materiál pro pracovníky v sociálních službách	60

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Gabriela Pelikánová a studuji 3. ročník na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Zdravotně sociální pracovník. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Informovanost pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory o diagnóze deprese. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte pouze jednu odpověď. Dotazník je zcela anonymní. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Kontakt: Gabriela Pelikánová, email: gabca.pelikanova@seznam.cz

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaká je délka Vaší praxe na pozici pracovníka v sociálních službách?

.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučen
- c) Středoškolské
- d) Vysokoškolské

4. Co je to deprese?

- a) Degenerativní onemocnění
- b) Porucha osobnosti
- c) Porucha nálady projevující se smutnou náladou
- d) Nevím

5. S jakým onemocněním se často deprese ve stáří zaměňuje?

- a) Schizofrenní porucha
- b) Agresivní syndrom
- c) Mentální retardace

- d) Demence
- e) Nevím

6. Mezi základní příznaky deprese patří? (možnost odpovědět více možností)

- a) Zvýšená citlivost k bolesti
- b) Poruchy chuti k jídlu
- c) Zlepšení soustředění a pozornosti
- d) Myšlenky na sebevraždu
- e) Úbytek energie
- f) Nevím

7. Po jaké minimální době od projevení prvních příznaků lze diagnostikovat depresi?

- a) 2 týdny
- b) 4 měsíce
- c) 1 týden
- d) 4 dny
- e) Nevím

8. Jaký je výskyt deprese u seniorů žijících v domově pro seniory?

- a) 80 %
- b) 50 %
- c) 10 %
- d) Nevím

9. Jak je možné diagnostikovat depresi?

.....

10. Kdo diagnostikuje depresi?

.....

11. Jaké vyšetření je důležité k diagnostikování deprese?

- a) Zobrazovací metody
- b) Anamnéza
- c) Tělesné

d) Nevím

12. Jaké jsou možnosti léčby deprese?

.....
.....

13. Mohou deprese vyvolat traumatizující změny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Ovlivňuje deprese soběstačnost?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Označte, správné přístupy ke klientovi s depresí. (možnost odpovědět více odpovědí)

- a) Pokud se klient chová odmítavě, je dobré vytrvat a být aktivní
- b) Používáme věty typu „seberte se, zapojte pevnou vůli.
- c) V rozhovoru se snažíme vyvracet klientovi stížnosti na potíže.
- d) Při komunikaci zaujmeme aktivní postoj.
- e) Nenecháváme klienta spát během dne.
- f) Jiné,.....
.....
- g) Nevím

16. Kde jste získali informace o deprese?

- a) Literatura
- b) Škola
- c) Média
- d) Na internetu

- e) Nemám žádné informace
 - f) Jiné,
-

17. Absolvovali jste někdy seminář zaměřený na depresi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, ale měla bych zájem zúčastnit se.

18. Vyhledáváte si sám/sama informace o depresi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, nemám potřebu si sama vyhledávat informace.

19. Zajišťuje Vám vaše pracoviště informace o depresi?

- a) Ne
- b) Ano, uveďte jak.....

20. Nabízelo Vám vaše pracoviště vzdělání v oblasti deprese?

- a) Ano, zúčastnila jsem se
- b) Ano, ale odmítla jsem
- c) Ne

DEPRESE

CO JE TO DEPRESE?

- Deprese je závažné onemocnění, nikoliv součást stáří
- Deprese je nemoc podobná jiným nemocím
- Deprese není pouze špatná nálada, ale nemoc celého organismu
- V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně
- Deprese je ve většině případů léčitelné onemocnění

OBVYKLÉ PŘÍZNAKY DEPRESE

Příznaky musí být přítomny minimálně dva týdny, aby mohla být deprese diagnostikována

- Zhoršení soustředění a pozornosti
- Snížení sebedůvěry
- Pocity viny
- Smutek
- Poruchy spánku
- Poruchy chuti k jídlu
- Ztráta plánování do budoucna
- Myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškození



TYPY DEPRESE

Lehká deprese – nemocnému jde všechno hůře a pomaleji, věci ho přestávají těšit, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe, léčba probíhá ambulantně

Středně těžká deprese – nemocný je nešťastný, zpomalený či nadměrně napjatý, nedokáže se soustředit na noviny ani na televizi, izoluje se od lidí, cítí nedostatek energie a zpravidla se za vše obviňuje, léčí se ambulantně či hospitalizací

Těžká deprese - nemocný má tendenci ležet v posteli a veškerý čas trávit v sebevýchýtkách, je zpomalený v pohybech, mluvě i myšlení, nebo naopak výrazně agitovaný, plný neklidu, který ho popohání z místa na místo, porucha nálady je hluboká a téměř neovlivnitelná vnějšími impulzy, léčba probíhá vždy v rámci hospitalizace

SPECIFIKA DEPRESE U SENIORŮ

- Klinický obraz je obecný, symptomy nemusí být na první pohled patrné
- Objevuje se zhoršení tělesných projevů (deprese ovlivňuje negativně léčbu)
- Zvýšená citlivost na bolest, minimální vyjádření smutku
- Bolest na hrudi, bolest hlavy, zácpa
- Dochází k rezistenci na léčbu, obtíže chronifikují
- Alexitimie - neschopnost popsat své pocity

FAKTORY SNIŽUJÍ RIZIKO DEPRESE

- léčba tělesných poruch
- cílené vyhledávání a léčba smyslových poruch
- péče o výživu, fyzická rehabilitace
- odpovídající vztahy a komunikace
- stimulační prostředí

RIZIKOVÉ FAKTORY

- Věk nad 60 let, ženské pohlaví
- Pozitivní psychiatrická anamnéza, abúzus alkoholu
- Přítomnost tělesného onemocnění, zhoršení kognitivních funkcí
- Bolest, omezení hybnosti
- Finanční krize, smrt blízkého člověka
- Osamění, náhle přestěhování, negativní vztahy s okolím

VHODNÝ PŘÍSTUP K DEPRESIVNÍMU KLIENTOVÍ

- Podávat klientovi přesné informace
- poskytnout klientovi dostatek času na rozhovor
- podporovat klienta v rozhodování
- Snažit se navázat kontakt s klientem
- Nenechávat klienta spát během dne

CHYBY V PŘÍSTUPU

- Nezlehčovat obtíže (depresivní člověk propadá dojmu, že jeho situaci nikdo nerozumí)
- Neustálé doporučování nových aktivit (působí na klienta zvýšené nároky na adaptaci a přetěžuje tak nemocného)
- Nenutit k rozhodování („tak, co vlastně chceš“)
- Neponechat klienta sobě samému (může se stát, že nezvládne běžné denní činnosti)



Autor: Gabriela Pelikánová

Vedoucí práce: Mgr. Adéla Michková, Ph.D.

Zdroje: Venglářová, 2007, s. 18 - 23; Topinková, 2010, s.146