

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2015

Bc. Anna Bauerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N5341

Bc. Anna Bauerová

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech - CHIR

**PSYCHOTERAPIE A EDUKACE U PACIENTA S
DEPRESIVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. et Mgr. Petra Elizabeth Teslíková

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne:

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Petře Teslíkové za odborné vedení diplomové práce, podporu a cenné rady při zpracování.

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 DEPRESIVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.1 Definice onemocnění.....	14
1.2 Depresivní onemocnění v historickém kontextu	15
1.3 Příznaky depresivního onemocnění.....	16
1.4 Vyvolávající faktory	17
1.5 Diagnostika.....	18
1.6 Rozdělení deprese podle MKN – 10.....	19
1.7 Formy depresivního onemocnění	21
1.8 Prognóza depresivního onemocnění	23
1.9 Následky depresivního onemocnění.....	23
2 KOGNITIVNÍ FUNKCE	25
2.1 Diagnostika kognitivního deficitu	25
2.2 Neuropsychologická rehabilitace	26
3 LÉČBA DEPRESIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	27
3.1 Farmakoterapie	27
3.2 Elektrokonvulzivní terapie	30
3.3 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)	32
3.4 Fototerapie	32
3.5 Spánková deprivace.....	33
3.6 Stimulace nervus vagus (VNS).....	33
3.7 Hluboká mozková stimulace (DBS).....	33
3.8 Psychoterapie.....	34
3.8.1 Kognitivně behaviorální model deprese	34

3.8.2	Interpersonální psychoterapie.....	35
3.8.3	Rodinná terapie.....	36
4	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	37
4.1	Ošetřovatelské problémy a intervence.....	37
4.2	EDUKACE.....	38
5	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL IMOGENE KING – SYSTÉM TEORIE A CÍLE	40
5.1	Autobiografie Imogene King.....	40
5.2	Vývoj teorie	41
5.3	Využití a analýza modelu I. King.....	41
5.3.1	Metaparadigma	41
5.3.2	Koncepce systému	42
6	FORMULACE PROBLÉMU.....	45
6.1	CÍL PRÁCE.....	45
6.2	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	45
7	KAZUISTIKA – Příběh Marie	46
7.1	Anamnéza	46
7.2	Vyšetření celkového stavu při přijetí.....	49
7.3	Měření dle škál	50
7.4	Průběh hospitalizace	51
7.5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY	52
7.5.1	Personální systém	52
7.5.2	Interpersonální systém.....	54
7.5.3	Sociální systém.....	55
7.6	Ošetřovatelský plán	56
7.6.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	57

7.6.2	Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	59
7.7	Hodnocení plánu ošetrovatelské péče.....	60
7.7.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	60
7.7.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	61
7.8	Edukační plány	62
7.9	Vyhodnocení jednotlivých položek Addenbrookského kognitivního testu.....	64
8	DISKUZE	66
	ZÁVĚR.....	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
	SEZNAM ZKRATEK.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Anna Bauerová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychoterapie a edukace u pacienta s depresivním onemocněním

Vedoucí práce: MUDr. et Mgr. Petra Elizabeth Teslíková

Počet stran – číslované: 70

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 19

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 50

Klíčová slova: Depresivní onemocnění - edukace – psychoterapie – kazuistika – léčba - ošetrovatelská péče - interpersonální vztah

Souhrn:

Diplomová práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientky s depresivním onemocněním. Teoretická část práce přináší základní informace o depresivním onemocnění, možnostech léčby, jak farmakoterapii, tak psychoterapii a edukaci. Praktická část je zaměřená na ošetrovatelský proces, specifika ošetrovatelské péče a vytvoření interpersonálního vztahu sestry s pacientkou.

Annotation

Surname and name: Bc. Anna Bauerová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Psychotherapy and Education Patient with the Depressive Disease

Consultant: MUDr. et Mgr. Petra Elizabeth Teslíková

Number of pages – numbered: 70

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 19

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 50

Keywords: Depressive illness - education - Psychotherapy - Case Report - treatment - nursing care - interpersonal relationship

Summary:

This thesis deals with nursing care for patient with depressive illness. The theoretical part provides basic information about depressive disorder, psychotherapy and education, which is used in the treatment of this disease. The practical part is focused on the nursing process, the specifics of nursing care and the creation of interpersonal relations between nurse and patient.

„Do oken se mísí světlo dne a proráží skomírající zbytky toho, co ještě zůstalo zažloutlou vzpomínkou na noc, kterou ohlíдалa stolní lampa v rohu místnosti. Jen nutkání vykonat, co je v tu chvíli neodkladné, nutí zemdlé a bolavé tělo vstát, se zpola otevřenými víčky, aby zrak vedl nohy k místu určení. Úleva, umyvadlo, ručník, ale proboha, jen žádné probuzení. Tělo usedá na okraj postele, obě ruce dlaněmi podpírají bradu a pomalu se vezou nahoru, po tvářích, až zakryjí oči. Povzdech! Minuty jen v této pozici. Postupně přichází zase ten zvláštní dojem marnosti, otázky, na něž odpovědi vězí kdesi v propasti vlastní minulosti. Vědomí skládá střípky probouzející se duše. Žádná slova, nic konkrétního, jen prázdno a pocity, pocity, pocity.....“ (1, s. 18).

ÚVOD

K tomuto tématu mě přivedla moje zkušenost s prací s duševně nemocnými. Jako psychiatrická sestra mám možnost být v kontaktu s pacienty s depresivním onemocněním a sledovat změny jejich duševního stavu, které významně ovlivňují jejich životy.

Domnívám se, že laická veřejnost má stále zkreslené představy o depresivním onemocnění. Laici považují depresi za přechodný stav, který postihuje během života každého z nás. V klinické praxi termín deprese představuje úplně něco jiného. Deprese je nejčastější psychiatrické onemocnění. Riziko vzniku onemocnění, tedy celoživotní prevalence, je v Evropě 8,5% z celkové populace. Existují výrazné rozdíly mezi výskytem tohoto onemocnění u žen a u mužů. U žen se depresivní onemocnění vyskytuje v 10% a u mužů okolo 6,5%. Poměr onemocnění je 2:1 v neprospěch žen. Alarmující je, že výskyt deprese se přesouvá do nižších věkových skupin. Průměrný věk při první epizodě se pohybuje kolem 29 let. Toto období je spojeno s budováním kariery a péčí o rodinu. Lidé, kteří trpí depresí, se shodují v tom, že nelze popsat tyto zkušenosti a zážitky. Depresi pochopí jen ten, kdo touto chorobou onemocněl. Lidé trpící depresí udávají, že deprese ovládne mozek a převezme vládu nad myslí. Naruší se vnímání minulosti a budoucnosti. Člověk se uzavírá do sebe a podněcuje rozvoj negativních emocí. Vytváří si sebezničující nenávisť k sobě samotnému. Selhává i vrozený instinkt pro přežití, touha zůstat naživu. Je to nemoc vedoucí k vážnému životnímu utrpení. Naše společnost nabízí mnoho užitečného pro ulehčení našich životů, ale na druhé straně klade na lidi vysoké nároky, které lidský organismus obtížně zvládá. Pomalu mizí obyčejné štěstí, harmonie a kladné sebepojetí. Lidé častěji pociťují nejistotu a stres. Přesto, že depresivní onemocnění je v populaci velmi časté, je stále stigmatizováno. Lidé s depresí jsou označováni za lidi bez pevné vůle a neschopné čelit běžnému stresu.

Celou řadou studií byla potvrzena přítomnost kognitivního deficitu u pacientů v akutní fázi onemocnění. Tento fakt není pro odborníky žádným překvapením. Přesto se odborná literatura nevěnuje existenci kognitivního deficitu u pacienta s depresivním onemocněním dostatečně. Nabízí se tak otázka, do jaké míry ovlivňují negativní změny, které se vyskytují v akutní fázi onemocnění, život pacienta a jeho rodiny. Déletrvajícím kognitivním deficitem znesnadňuje návrat pacienta do běžného života a zvyšuje pravděpodobnost relapsu. Je proto vhodné se danou problematikou zabývat.

Cílem této práce je poskytnutí orientace v problematice depresivního onemocnění. Teoretická část je zaměřena na samotné onemocnění, jeho příčiny, diagnostiku, rozdělení depresivního onemocnění, léčbu a psychoterapii. V závěru teoretické části jsou popsány nejčastější ošetrovatelské problémy a ošetrovatelská péče o pacienta s depresivním onemocněním. Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem, který umožňuje proniknout hlouběji do dané problematiky. U vybrané pacientky se středně těžkým depresivním onemocněním je vypracován ošetrovatelský plán I. King. Jedná se o systémový ošetrovatelský proces. Dále se v praktické části zabýváme otázkou, do jaké míry jsou poškozeny kognitivní funkce v průběhu akutní fáze onemocnění. Kognitivní deficit je u vybrané pacientky zjišťován prostřednictvím Addenbrookského kognitivního testu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEPRESIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

1.1 Definice onemocnění

Depresivní onemocnění je charakterizováno chorobně smutnou náladou, která neodpovídá realitě a trvá minimálně 2 týdny. Ovlivňuje pacientovo uvažování, jednání a somatické funkce. Důsledkem deprese jsou adaptační poruchy a sociální selhání.

Depresivní onemocnění je duševní choroba, která patří do poruch afektivních. Jednou za život postihne 10 - 15% populace. Je to závažné onemocnění s vysokým rizikem suicidia a přestupem do chronicity. Deprese snižuje výrazně kvalitu života a zhoršuje prognózu chronických tělesných onemocnění (2).

Lidé se od sebe liší svými náladami, vášněmi a emotivitou. Je zcela přirozené, že člověk reaguje na silné podněty smutkem nebo radostí. Nálada představuje trvalejší emoční nastavení, vlastně podklad pro další emoční pochody. Nálada se projevuje ve dvou pólech od mánie – chorobně kladný stav, až do deprese – chorobně záporný stav. V praxi je třeba rozlišit, zda smutek dosáhl patologické úrovně či nikoliv. Chorobný smutek je intenzivnější, trvá delší dobu a brání adaptačním mechanismům zvládnout běžnou životní zátěž. Patologický smutek je základním příznakem depresivního syndromu. Dalšími symptomy jsou ztráta zájmů, úbytek nebo naopak přírůstek na váze, insomnie nebo hypersomnie, psychomotorické zpomalení nebo agitace, únava, pocity viny nebo bezcennosti, zhoršená schopnost koncentrace, opakované suicidální ideace, proklamace či pokusy, zhoršení sociálního a pracovního fungování. Depresi lze dle míry intenzity projevů rozdělit na mírnou, střední nebo těžkou (3).

Depresivní příznaky mohou doprovázet somatická onemocnění – např. neurologické, endokrinologické či infekční. Mohou se vyskytovat při užívání některých léků – např. obsahujících reserpin, kortikosteroidy, antagonisty H₂ receptorů a chemoterapeutik. Dále se můžou objevit u abuzérů drog či alkoholu. (V neposlední řadě lze depresivní symptomy nalézt u člověka po ztrátě blízké osoby.) Všechny tyto poruchy jsou však organického původu a depresivní symptom s tím spojený nepatří do skupiny afektivního onemocnění (4).

1.2 Depresivní onemocnění v historickém kontextu

První písemné informace o depresivním onemocnění nalezneme v textech pocházejících z 2. tisíciletí př. n. l. z Mezopotámie. Deprese byla považována za duchovní nemoc způsobenou démonem. Léčba deprese respektive melancholie (dřívější název pro depresi) byla založena na technikách bití a hladovění. Hippokrates považoval melancholii za jednu ze základních lidských vlastností charakteru související s abnormálními hladinami černé a žluté žluče v lidském těle. Jeho vysvětlení melancholie převzal Galen. Léčba spočívala v masážích, gymnastice, dietě, koupelích, hudbě a popíjením oslího mléka.

Melancholie byla ve středověku považována za onemocnění, které bylo vyvoláno posedlostí ďábla nebo čarodějnictvím. Věřilo se, že melancholie je nakažlivé onemocnění. Léčba byla založena na exorcismu a extrémních technikách – topení a upalování. V období renesance se názor na melancholii nezměnil. Určitou změnu zaznamenala pouze léčba, která se ubírala k Hippokratovým myšlenkám, že melancholie není spirituální nemocí. V roce 1621 napsal Robert Burton knihu Anatomie melancholie. V knize jsou popsány příčiny melancholického onemocnění. Melancholie dle Burtona je zapříčiněná biologickými, psychologickými a sociálními faktory. K léčbě se používaly techniky fyziologického cvičení, diety, cestování, koupele, pouštění žilou, hudba, bylinné extrakty, ale také samotné náboženství.

V 18. století a v první polovině 19. století byla melancholie považována za dědičnou charakterovou vadu. Nemocní byli ze společnosti odstraňováni. 19. stoletím pokroku medicíny. Na melancholii se pohlíželo jako na onemocnění, které má své organické příčiny. Nemocní byli léčeni ponořováním do vody na co nejdelší dobu bez utonutí, roztáčením na otočné židli za účelem správného usazení mozku v lebce, jízdou na koni, dietou, klyzmaty a záměrně vyvolaným zvracením. Do léčby byla poprvé zavedena elektrokonvulzivní terapie a lobotomie. V druhé polovině 19. století byla melancholie charakterizována smutkem, sebevražedným jednáním a přemýšlením o minulosti. Tento pohled na onemocnění přetrvává dodnes. Pojem deprese poprvé použil Adolf Meyer a do praxe zavedl Emil Kraepelin v roce 1895. Kraepelin definoval depresi a schizofrenii. Sigmund Freud považoval depresi za psychologické onemocnění, které má podklad ve vnitřním konfliktu. Depresivní onemocnění se snažil odstranit pohovorem o problémech. Freud rozlišil smutek, který patří k běžným lidským prožitkům, a depresi, která patří mezi afektivní poruchy. Podle Freuda u smutku svět zešedl a vyprázdnil se. U deprese zešedl sám pacient. Základ emoční poruchy je dle jeho názoru v osobnosti pacienta.

V 50. letech 20. století byla deprese rozdělena do dvou subtypů: endogenní a exogenní (reaktivní) deprese. Endogenní deprese má biologickou příčinu. Typickými příznaky jsou ranní pesima a přítomnost somatických stesků. Exogenní deprese je psychogenně podmíněná. Pro tento druh deprese je charakteristické zhoršení nálady ve večerních hodinách a s tím spojené potíže s usínáním. Dnes se již toto rozdělení nepoužívá, protože bylo zjištěno, že u obou depresí se jedná o smíšenou etiopatogenezi. Při léčbě deprese se začaly používat medikamenty. V roce 1957 byly při léčbě depresivní poruchy poprvé využity antidepressiva. Kuhn objevil depresivní účinek imipraminu a Klein si všiml, že látka iproniazid, užívaná k léčbě TBC, má účinky také na depresivní onemocnění. Medikamentózní léčba zcela vytlačila psychoterapeutickou léčbu (2,6,10).

1.3 Příznaky depresivního onemocnění

U depresivního onemocnění dochází ke změnám nálady, mění se myšlení a aktivita jedince. Dochází k celkovému poklesu energie. Deprese působí tlumivě, pacienti reagují se značnými latencemi. Řeč bývá monotónní, tichá a zpomalená. Depresivní pacienti se pohybují pomalu. V krajních případech může inhibovanost vést až do depresivního stuporu. Stupor se projevuje nehybností s mutismem. Pacient na nic nereaguje, jeho vědomí je zastřené. Mezi spouštěče depresivních myšlenek patří kritika, nespravedlnost, nedostatek projevů lásky, selhání a podceňování okolí. Myšlenky přicházejí automaticky, bez přemýšlení. Jsou negativní, sugestivní a rigidní. Zhoršují náladu a prohlubují deprese. Depresivní emoce vycházejí ze sebehodnocení, očekávání od budoucnosti a hodnocení okolí. Zahrnují smutek, zlost, sebelítost, plačtivost, úzkost, vztahovačnost, podrážděnost a výčitky svědomí. Úzkost spojená s depresí může vyústit až do psychomotorické agitovanosti. Agitovanost je příznakem, který svědčí pro závažnější průběh onemocnění. V průběhu depresivní nálady se často objevují negativní tělesné příznaky, které mohou přetrvávat i po odeznění depresivního ladění. Nálada se utváří v mozku, má souvztažnost s hormonálními pochody a s činností vegetativního systému. Proto jsou mnohdy zřetelné somatické potíže. Lidé trpí únavou, bolestmi hlavy, krku, páteře, bušením srdce, tlakem na hrudi, třesem končetin, dyspeptickými příznaky, gastrointestinálními potížemi a poruchou spánku (častěji insomnie, než hypersomnie). Ranní pesima jsou poměrně častá. Hypochondrické stesky souvisejí s negativním sebehodnocením vlastního já. (7,11,14).

Dle charakteru výše popsaných příznaků lze depresivní onemocnění dělit následovně.

Dělení deprese podle charakteru převládajících příznaků:

- Útlumová – převládá psychomotorický útlum. Myšlení, řeč a pohyb jsou zpomalené.
- Agitovaná – pacienti jsou zvýšeně vzrušiví až neklidní. Pláčou. Hyperaktivita je projevem zoufalství.
- Atypická - projevuje se nadměrnou ospalostí přes den, zvýšenou chutí k jídlu, která vede k přírůstku na váze.
- Larvovaná – pro tuto formu deprese jsou typické somatické stesky, jako jsou únava, nespavost a nechutenství.

1.4 Vyvolávající faktory

Dnešní medicína nemá stále jasnou odpověď na to, co vyvolává depresivní onemocnění. V současné době je člověk vnímán jako biopsychosociální bytost. Depresivní onemocnění může být vyvoláno biologickými, genetickými a psychosociálními faktory. Psychiatrii upřednostňují biologické vysvětlení nemoci. U pacientů se vyskytují abnormality na úrovni neurotransmiterů, hormonů a mozkových struktur. Nelze však zjistit, zda se jedná o příčinu nebo důsledek nemoci. Abnormality mozkových struktur bývají především v hipokampu a čelním laloku neokortexu. Lidé s depresí mají levý hipokampus menší než zdraví lidé. Úbytek bílé hmoty hipokampu zhoršuje regulaci emocionálních prožitků. K určitým změnám dochází i u mediálního a orbitálního čelního laloku neokortexu ovlivňující emoční chování a stresovou odpověď. U depresivních pacientů dochází ke zkracování dendritů nervových buněk, které způsobuje jejich reaktivitu. Kromě anatomických změn mozkových struktur dochází také ke změnám průtoku krve danou oblastí. Je snížena aktivita dorzálních laloků zodpovědných za řeč, selektivní pozornost, vnímání a paměť. Byla zaznamenána zvýšená aktivita limbického a paralimbického systému a snížená aktivita laterálního frontálního kortexu (8,9,12).

Depresivní onemocnění má určitou spojitost s hyperkortizolismem. Zvýšená hladina kortizolu v krvi snižuje funkci předního horního temporálního gyru. To způsobuje zhoršenou percepci, neodpovídající zpracování emocí, poškození paměti a neschopnost učit se. V průběhu depresivního onemocnění byla zjištěna u žen nižší hladina estrogenu.

Na úrovni neurotransmiterů dochází k nižší hladině serotoninu, dopaminu a noradrenalinu. Serotonin ovlivňuje spánek, agresivní chování, sexuální chování, příjem

potraviny a náladu. Dopamin je zodpovědný za uspokojení a noradrenalin za reakci na stresovou situaci (13,16).

Rizikovým biologickým faktorem je také dědičnost. Z genetických faktorů je to především přítomnost genetických markerů, které mohou způsobit depresivní onemocnění. Jedná se o expresi genů serotoninového přenašeče nebo serotoninových a glutamátových receptorů. Je jen ale malá pravděpodobnost, že by byl nalezen jeden gen nebo malá skupinka genů, která by byla zodpovědná za vznik onemocnění. Genetické dispozice představují schopnost člověka vyrovnat se se stresovými faktory. Homozygoti s krátkými alelami genu kódujícího expresi přenašeče serotoninu (17q11.2) reagují depresivněji na stresové situace než heterozygoti nebo homozygoti s dlouhými alelami. Studie jednovaječných dvojčat prokázaly, že pokud jedno z dvojčat trpí depresivním onemocněním, je až 70% riziko, že druhé dvojčete depresí také onemocní. Pokud depresí trpí oba rodiče je zde 60% riziko onemocnění dítěte. U dítěte s jedním nemocným rodičem, se riziko onemocnění pohybuje mezi 12-20%. Záleží však na typu a závažnosti deprese. Bipolární deprese je více dědičná než unipolární deprese, která je častěji vyvolána vlivem prostředí. Větší podíl dědičnosti mají těžší formy. Deprese se ovšem objevuje i u pacientů, u kterých se v rodině depresivní onemocnění nikdy nevyskytlo (15).

Psychologické faktory vyvolávající depresi jsou spojené s určitými osobnostními rysy. Lidé nejsou schopni odměnit se, obracejí vztek k sobě samotnému a o budoucnosti přemýšlejí pesimisticky. Ani zde nelze rozlišit, zda se jedná o příčinu nebo následek. Osobnostní rysy představují mnohdy symptomy, pomocí nichž se deprese diagnostikuje, takže je těžké rozlišit, co je vliv prostředí, osobnostní predispozice nebo nurotransmitterová nerovnováha (14).

1.5 Diagnostika

Pro diagnostiku depresivního onemocnění je důležitý rozhovor a pozorování pacienta. Terapeut má možnost získat cenné informace jak od samotného pacienta, tak i od jeho nejbližších. Při rozhovoru se terapeut dotazuje na charakter a délku trvání obtíží. Vyptává se na výkonnost, rychlost psychomotorického tempa, schopnosti soustředit se a komunikovat. Zjišťuje, zda v poslední době u pacienta nedošlo ke změnám chuti k jídlu, změnám tělesné hmotnosti a problémům se spánkem. Podrobně se zabývá osobní, rodinnou, sociální, pracovní, farmakologickou a gynekologickou anamnézou. Důležitým údajem je i abusus návykových látek. Vyptává se na přítomnost depresivního onemocnění v rodině, sebevražedných pokusů, automutilací a přítomnost stresových událostech

v životě pacienta. Fyzikální vyšetření je zaměřeno na odhalení somatického onemocnění. Z laboratorních vyšetření je důležitý krevní obraz, C- reaktivní protein, základní biochemické vyšetření iontů v séru, hormony štítné žlázy a imunologické vyšetření (17,18).

Deprese je spojena s kognitivními, emočním a tělesnými příznaky. V současné době se používají pro diagnostiku kritéria 10. revize Mezinárodní klasifikace nemoci (MKN – 10) a 4. revize Diagnosticko – statistického manuálu (DSM – IV). V České republice se používá Mezinárodní klasifikace nemoci.

Neméně důležitou metodou pro diagnostiku depresivního onemocnění jsou posuzovací a sebesposuzovací škály a dotazníky.

HAMD – Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression – Hamiltonova psychiatrická stupnice na posuzování deprese. Škála hodnotí změny příznaků v průběhu léčby. Posuzuje verbální i neverbální chování nemocného. Je určena pro děti i dospělé.

BDI – Beck Depression Inventory – Beckova sebesposuzovací stupnice deprese. Tato škála se používá u nemocných s těžkou formou deprese. Obsahuje 21 položek.

GDS – Geriatric Depression Scale – Yesevageova škála deprese. Používá se u starších lidí k posouzení depresivních příznaků. V ČR se používá 15 položková zkrácená verze. Hraniční hodnota pro depresivní onemocnění je 5 - 6 bodů.

SDS – Zung's Self – Rating Depression Scale – Zungova sebesposuzovací stupnice deprese. Tato stupnice se používá u pacientů s lehčí a střední formou deprese.

Pöldingerův dotazník – používá se k rozpoznání závažnosti suicidiálního rizika. Obsahuje 16 otázek (19).

1.6 Rozdělení deprese podle MKN – 10

Depresivní onemocnění je zde děleno na mírnou depresivní fázi (F32.0), středně těžkou depresivní fázi (F32.1) a těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků (F32.2) a těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky (F32.3).

Pro diagnostiku depresivního onemocnění je nutná přítomnost třech obecných kritérií:

1. Pokleslá nálada. Nálada neodpovídá okolnostem a může se během dne měnit. Pokleslá nálada by měla trvat déle jak dva týdny.
2. Ztráta zájmů a radosti, chybí emoční reaktivita na normálně utěšitelné události.
3. Zvýšená unavitelnost i po nepatrné námaze.

K dalším obvyklým kritériím patří:

1. Zhoršená soustředěnost a pozornost
2. Snížené sebevědomí a sebedůvěra
3. Pocity viny a bezcennosti a to i při epizodě mírného typu
4. Smutný a pesimistický pohled na budoucnost
5. Myšlenky na sebepoškození a sebevraždu
6. Poruchy spánku. Pacienti se probouzejí o dvě i více hodin dříve než obvykle.
7. Snížená chuť k jídlu. Úbytek na váze. Uvádí se více jak 5% z tělesné hmotnosti během jednoho měsíce.

U mírné depresivní fáze je pacient schopen zvládnout běžné denní společenské a pracovní činnosti. Vše jde člověku pomaleji. Postupně se člověk uzavírá do sebe, straní se ostatním. Tato fáze nijak výrazně nenarušuje normální fungování pacienta. Pacient většinou bývá léčen ambulantně. Pro diagnostiku by měly být přítomny alespoň dva z obecných příznaků a alespoň dva z obvyklých příznaků. Žádný z příznaků by neměl být intenzivní.

Při středně těžké depresivní fázi pacient zvládá se značnými obtížemi společenské, pracovní a domácí činnosti. Nedokáže se na nic soustředit. Ztrácí zájmy o jakoukoliv činnost, včetně sexuálního zájmu. V této fázi se objevují suicidální myšlenky. Léčba probíhá formou hospitalizace pacienta na psychiatrickém oddělení. Pro diagnostiku musí být přítomny alespoň dva z obecných příznaků a alespoň čtyři z obvyklých příznaků (20).

U těžké depresivní fáze pacient není schopen postarat se o sebe. Projevuje se ohromná stísněnost nebo naopak agitovanost. V popředí se vyskytuje ztráta sebeúcty a pocity viny. Tato fáze je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání. Depresivní nálada je hluboká, neovlivnitelná vnějšími impulzy. Léčba probíhá vždy formou hospitalizace. K diagnostice je nutná přítomnost všech třech obecných příznaků a alespoň tři z obvyklých. Těžká depresivní fáze je dále dělena podle přítomnosti psychotických prožitků na těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky a těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků. U těžké depresivní fáze s psychotickými příznaky se objevují halucinace nebo bludy. Halucinace mívají nejčastěji podobu hlasů, které pacienta obviňují a kritizují. Potvrzují bludnou představu o pacientovy nicotnosti. Pacienti ztrácejí soudnost. Z bludů se nejčastěji vyskytuje mikromanický blud. Pacienta provází pocity bezvýznamnosti, bezcennosti a ubohosti. Hypochondrický blud souvisí se somatickými stesky. Pacient je přesvědčen, že trpí nevléčitelnou nemocí. Bludy mohou mít až bizarní

charakter, kdy je pacient přesvědčen, že nemá plíce, má propálený žaludek nebo dokonce zarostlý konečník. Autoakuzační blud souvisí s nepřiměřenou vinou. Pacient trpí představou, že přivádí do neštěstí nejen sebe, ale i celou rodinu, celý svět. Jediné řešení vidí v sebevraždě. Perzekuční blud vyvolává v pacientovi pocit, že musí být potrestán, protože je špatný člověk. Blud chudoby přesvědčuje pacienta, že jeho rodině hrozí hlad a chudoba. Nihilistický blud je spojen s představou konce světa. Tato forma je považována za nejnebezpečnější (15).

1.7 Formy depresivního onemocnění

Depresivní onemocnění se může vyskytovat v různých formách.

Depresivní epizoda – projevuje se depresivní, smutnou náladou, která se objeví jednou nebo vícekrát za život. Postihuje člověka jak po stránce psychické tak i fyzické.

Rekurentní depresivní porucha – je charakterizována opakovanými depresivními epizodami, které jsou podle příznaků děleny na mírnou periodickou depresivní poruchu (F33.0), středně těžkou periodickou depresivní poruchu (F33.1), těžkou periodickou depresivní poruchu bez psychotických příznaků (F33.2), těžkou periodickou depresivní poruchu s psychotickými příznaky (F33.3) a periodickou depresivní poruchu v současné době v remisi (F33.4). Pauza mezi jednotlivými depresivními fázemi, trvající 6 – 9 měsíců, může být různě dlouhá, třeba několik měsíců nebo i několik let. Rekurentní depresivní porucha postihuje především pacienty kolem 30 let. Celoživotní prevalence se odhaduje na 4 až 19 %.

Dystymie – obtíže jsou méně intenzivní, ale trvají delší dobu, většinou po dobu minimálně 2 let. Postihuje 2 až 3x častěji ženy. Dystymie obvykle začíná nenápadně v raném věku. Průběh je chronický.

Bipolární afektivní porucha – dříve označována jako maniodepresivní psychóza. Pokud se u pacienta objevila minimálně jedna manická epizoda, označujeme tuto poruchu za bipolární. Začátek onemocnění se dostavuje v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. Cyklování nálady má různý charakter. Typické je pravidelné střídání deprese, mánie a euthymie.

Sezonní afektivní porucha – je spojena s nedostatečným slunečním svitem. V našich geografických podmínkách se objevuje v podzimních a zimních měsících. S příchodem jara většinou vymizí.

Reaktivní porucha nálady – vzniká jako následek náročné životní situace. Vzniká ihned nebo do jednoho měsíce. Postupně dochází ke slábnutí příznaků a návratu k normě.

Smišená úzkostně – depresivní porucha – zde se vyskytují příznaky úzkosti, které jsou méně intenzivní než u úzkostných poruch a deprese, které nejsou tak hluboké, jako u depresivního onemocnění. Často dochází k bagatelizaci příznaků.

Krátká rekurentní depresivní porucha – jedná se o vzácnou poruchu. Depresivní epizoda se objevuje jednou či dvakrát na 2 - 3 dny v měsíci. Deprese přichází náhle, nečekaně. Hluboká depresivní nálada je doprovázena výčitkami a sebevražednými myšlenkami.

Poporodní deprese – se objevuje po porodu. 3. a 4. den po porodu má žena podrážděnou, kolísavou náladu. Převládají myšlenky, že žena své dítě dostatečně nemiluje. Poporodní deprese je způsobena změnou hladiny hormonu estrogeneru a progesteronu. Plně rozvinutá deprese se objeví u 8 – 15% rodiček.

Deprese v menopauze – období menopauzy je často spojeno s výskytem deprese, na jejímž vzniku se podílí několik biologických a psychologických faktorů.

Larvovaná deprese – někdy se označuje jako deprese bez deprese. Hlavním projevem jsou somatické stesky. Z tělesných příznaků se objevuje pískání v uchu, bolesti hlavy, žaludku, břicha, končetin, zažívací potíže a potíže močového ústrojí. V diagnostice je důležité vyloučení organické příčiny.

Deprese v pozdním věku – tato deprese doprovází somatické onemocnění. V jejím důsledku dochází k horšímu průběhu léčby či dokonce ke zvýšené úmrtnosti na tělesné onemocnění.

Deprese při tělesném onemocnění – může se objevit v jakémkoliv věku a u jakékoli nemoci. Nejčastěji u ischemické choroby srdeční, onkologického onemocnění, diabetu, autoimunitního onemocnění a hypothyreózy. Deprese může být následek užívání alkoholu a drog (21,22).

1.8 Prognóza depresivního onemocnění

Prognóza depresivního onemocnění není jednoznačná. Je to dáno různým průběhem onemocnění. Depresivní porucha obvykle nenarušuje integritu osobnosti. Mezi jednotlivými epizodami může být člověk z psychického hlediska v normě. Jen u malé části pacientů dochází k těžkým změnám. Hranici mezi normou a patologií nelze přesně určit. Prognosticky je důležitá i zvýšená míra rizika sebevražedného jednání. Z hlediska prognózy je velmi důležitá premorbidní osobnost pacienta a naučené způsoby zvládnání zátěže. Důležitá je i míra sociální podpory (11).

1.9 Následky depresivního onemocnění

Více jak polovina pacientů s depresivním onemocněním pociťuje velmi intenzivní úzkost, která může vyústit v sebevraždu či sebepoškozování nebo k patologicky motivované agresi vůči druhým lidem.

Sebevražda je vědomé a úmyslné rozhodnutí o ukončení života. Sebevražedné chování představuje sebevražedné pokusy, záměry, myšlenky a fantazie. Sebevražedné jednání jsou projevy vedoucí k sebevražednému činu. Riziko sebevražedného jednání je značně vysoké. Pacienti touží po smrti, která by byla pro ně vysvobozením. O sebevraždu se nepokusí jen proto, že mají výrazně sníženou aktivitu. Chybí jim potřebná energie k realizaci. Paradoxně jakmile se jejich stav zlepší a nejsou tak utlumeni, pokusí se o sebevražedný čin. Sebevražda je únikovou reakcí na nějakou negativní životní událost, kterou pacient není schopen zvládnout jiným způsobem. Někdy sebevražedné chování může být snahou pacienta upozornit na svou tíživou situaci. Pacienti velmi strádají. Jedním z hlavních příčin sebevražedného jednání je problémový partnerský vztah. Na sebevražedné řešení problému má vliv předchozí pokus o sebevraždu, o který se pacient v minulosti pokusil anebo se s ním setkal ve svém okolí. Největší výskyt sebevražd je ve věku od 15 do 24 let a po 75 roce. Poměr sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd je 10 : 1. U starších lidí je více dokonaných pokusů. Sebevražedný pokus je mnohem častější u žen než u mužů. Muži mají větší procento dokonaných sebevražd. Volí drastičtější způsob než ženy. Duševní onemocnění je přítomno u 90 % sebevrahů a u 50 % je důvodem sebevraždy depresivní onemocnění (5, 11).

Vídeňský profesor E. Ringel popsal příznaky, které předcházejí sebevražednému jednání. První stádium Ringelova presuicidálního syndromu představuje zúžení subjektivního prostoru. Pacient neví, kudy kam. Myslí si, že jeho situace je neúnosná. Cítí úzkost, beznaděj, ztrácí schopnost svoje emoce ovládat. Pacient se postupně uzavírá a

stahuje se do sebe. Ztrácí schopnost radovat se. Druhé stádium představuje zablokování nebo proti sobě obrácená agresivita. V pacientovi se zvyšuje přesvědčení, že je neschopný a méněcenný. Toto sebehodnocení vede až k nenávisti, kdy pacient obrací hněv proti sobě. Poslední stádium jsou naléhavé sebevražedné fantazie. Sebevražedné myšlenky bývají zpočátku nekonkrétní. Pacient se jim snaží bránit, vnímá je jako něco špatného. Postupně myšlenky zesilují, pacient se jim přestává bránit. Stále je však pasivní. Postupně se fantazie stávají naléhavější, přinášejí úlevu. Pacient promýšlí nejvhodnější způsob provedení. V okamžiku, kdy se rozhodne sebevraždu realizovat, může se paradoxně dostavit projasnění nálady. Okolí většinou tento stav vnímá jako zlepšení.

Sebepoškozování může být následkem depresivní poruchy. Příčinou sebepoškozování je vtíravé nutkání zastavit nepříjemné pocity. Odpojit se tak od reality. Sebepoškozování se rozděluje do tří skupin. Do první skupiny se řadí závažné automutilace typu kastrace nebo amputace končetin. Druhou skupinu tvoří stereotypní automutilace. Pacienti pod vlivem nutkání buší hlavou o zed' nebo si opakovaně stlačují oční bulvy. V třetí skupině se nachází nejčastější způsoby sebepoškozování. Patří sem povrchové řezné rány a popáleniny na zápěstí, předloktí a hřbetu ruky (23).

2 KOGNITIVNÍ FUNKCE

Kognitivní deficit ovlivňuje nejen zdravotní stav pacienta, ale také výrazně zhoršuje kvalitu života pacienta s depresivním onemocněním. Komplikuje návrat do běžného života. Pacient nedosahuje takových výkonů jako před onemocněním. Má potíže se sociální interakcí.

V 50. – 60. letech 20. století byla v USA zavedena do praxe kognitivní terapie, která se zabývala poznávacími psychickými procesy. Kognitivní funkce představují řadu mentálních a intelektuálních schopností. Pomocí kognitivních funkcí vnímáme své okolí, uvědomujeme si své vlastní prožívání a chování. Umožňují nám učit se, pamatovat si, přemýšlet, rozhodovat, plánovat a řešit problémy. Kognitivní funkce na sebe navazují. Kognitivní funkce spolu s exekutivními funkcemi a emocemi tvoří základní funkční systém chování člověka. Exekutivní funkce představují komplexní funkce zprostředkované frontálním mozkovým lalokem. Jedná se o rozhodování, plánování a řešení problémů. Rozsah poškození exekutivních funkcí souvisí se závažností deprese.

Kognitivní deficit je charakterizován jako přechodné nebo trvalé postižení kognitivních funkcí. Na vzniku deficitu se podílí celá řada klinických a subjektivních faktorů, hloubka a typ deprese, medikace, věk, hospitalizace, motivace pacienta, unavitelnost, osobnostní charakteristika, aktuální emocionální prožívání a přítomnost psychopatologie (24).

2.1 Diagnostika kognitivního deficitu

Včasné podchycení kognitivního deficitu a zahájení adekvátních terapeutických intervencí má velký význam pro snížení rizika vzniku pozdější demence. Terapeutické intervence jsou zaměřené na objektivní zjištění funkčního stavu mozku. Vyšetření je zaměřeno na chování pacienta, zda subjektivně popisované problémy souhlasí s objektivitou. Terapeut pomocí vyšetření stanoví potenciální možnosti zlepšení kognitivních funkcí. Pro zjišťování kognitivního deficitu se používají různé neuropsychologické testy, pohovory s pacientem a jeho rodinou a metoda pozorování.

V České republice jsou používány neuropsychologické testy zaměřené na diagnostikování správné funkce mozku (Trail Making Test), vizuální paměť (Rey-Osterrieth komplexní figura), koncentrace pozornosti a odolnosti vůči zátěži (Bourdonův test), různé složky paměti (Wechslerova škála paměti), analýzu, syntézu a pracovní tempo

(Kohsovy kostky), vybavení slov dle daného klíče a dlouhodobou paměť (Test verbální fluence) a inteligenci (Barevná progresivní matice). Testy používající se na diagnostiku kognitivního deficitu by měly být krátké a nezátěžující. U depresivních pacientů nelze, vzhledem k jejich stavu, provést komplexní neuropsychologické vyšetření. Proto vybrané testy jsou zaměřené na nejčastěji poškozené kognitivní funkce – pozornost, paměť, učení a exekutivní funkce. Při interpretaci výsledků je nutné zohlednit zpomalené psychomotorické tempo, sníženou motivaci a rychlejší nástup únavy a premorbidní stav (24,26)

2.2 Neuropsychologická rehabilitace

Neuropsychologická rehabilitace představuje postupy, které vedou ke zlepšení kognitivních funkcí. Cílem rehabilitace je získání maximální nezávislosti na blízkých, návrat do běžného života a práce. Pomocí neuropsychologické rehabilitace pacienti získávají zpět funkce, které byly ztraceny nebo narušeny v důsledku poškození mozku depresivním onemocněním. V současné době neexistují rehabilitační postupy věnující se kognitivnímu deficitu depresivního onemocnění. Využívají se tedy metody používané u jiných psychiatrických diagnóz, například u schizofrenie. Mezi rehabilitační postupy se řadí meditace, neuropsychologická remediace, kognitivně behaviorální psychoterapie a přímý trénink kognitivních funkcí (25).

Existuje celá řada modelů neuropsychologické rehabilitace, které se zabývají přímým tréninkem kognitivních funkcí. Například Lurijův model, hierarchická intervence a model „uzavřeného kruhu“. Při nácviku se používá virtuální realita a počítačové programy. Rakouský rehabilitační program Rehacom, americký PSS CogRehab a česká verze Neurop-2. Tento způsob rehabilitace poskytuje cílené rehabilitační postupy od nejjednodušších motorických aktů po nejsložitější (27).

Kognitivní remediace je tréninková metoda zlepšující kapacitu pracovní paměti. Trénink trvá pět týdnů a cvičí se každý den 30 - 45 minut. Trénink je zaměřen nejen na paměť, ale i na pozornost, všípivost a exekutivní funkce. Po skončení tréninku výkony zůstávají stabilní (28).

3 LÉČBA DEPRESIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Léčba depresivního onemocnění je zaměřena na stabilizaci psychického stavu, odstranění příznaků a prevenci relapsu či recidivy onemocnění. Při léčbě se využívá účinek antidepresiv, psychoterapie a podpůrných léčebných možností.

Cílem akutní léčby je plné potlačení příznaků a dosažení remise. U pacientů s výraznou anxiétou se z počátku doporučuje kombinace antidepresiv a anxiolytik. Užití anxiolytik má své výhody i nevýhody. Výhodou anxiolytik je okamžitý nástup účinku. Nevýhodou je možnost rozvoje tolerance a závislosti při dlouhodobém pravidelném užívání. Antidepresiva lze rozdělit podle mechanismu účinku, jak ovlivňují jednotlivé centrální neurotransmiterové systémy na serotoninergní, noradrenergní, dopaminergní a melatoninergní, s kombinovaným účinkem. Antidepresiva blokují zpětné vychytávání daného neurotransmiteru ze synaptické štěrbin, zabraňují jejich biodegradaci monoaminoxidázami a ovlivňují funkce některých receptorů normalizující patofyziologický stav mozku. Při pravidelném podávání dochází během několika týdnů k dobrému terapeutickému účinku u více jak poloviny léčených. Opožděný nástup je způsoben genomickým účinkem, který působí neuroprotektivně či dokonce neurotrofně v hipokampu (29).

Léčbu lze rozdělit na tři základní etapy: akutní (6 - 8 týdnů), pokračovací (9 - 12 měsíců) a udržovací (více let). V akutní léčbě je vysoké riziko sebevražedného jednání z důvodu zvýšení energie po nasazení antidepresiv. Proto je velmi důležité monitorování sebevražedných myšlenek a chování. Při výběru antidepresiv se lékař řídí účinností, rychlostí působení, výskytem nežádoucích projevů, dávkováním, věkem a tělesným stavem pacienta. Pokračovací léčba zabraňuje recidivám. Po první epizodě se doporučuje pokračovat v léčbě 9 – 12 měsíců. Po druhé epizodě, nebo pokud se pacient pokusil o sebevraždu a je mu více než 65 let a jsou u něj přítomny reziduální symptomy, se doporučuje pokračovat s léčbou minimálně dva roky. Pokud u pacienta proběhla již třetí epizoda, pokračuje se s léčbou déle než 5 let. Více jak 4 epizody znamenají léčbu celoživotní (30).

3.1 Farmakoterapie

Antidepresiva jsou léky, které ovlivňují patologicky smutnou náladu a příznaky s ní spojené. Účinek antidepresiv nastupuje po 1 - 3 týdnech. U některých příznaků jako jsou

například porucha spánku, dochází k úpravě stavu během několika dní. Antidepressiva se dělí:

- podle chemického složení
- podle farmakologického profilu
- podle ovlivnění neurotransmiterů a receptorů v CNS
- podle klinického působení

Antidepressiva se dělí na tricyklická (TCA), tetracyklická (TeCA), inhibitory aminooxidázy (IMAO), inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI), inhibitory vychytávání noradrenalinu a dopaminu (NDRI), serotoninoví antagonisti a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SARI), noradrenergní (NARI) antidepressiva. Antidepressiva zvyšují hladinu biogenních aminu v synaptických štěrbinách CNS inhibicí jejich zpětného vychytávání do presynaptických částí neuronů.

Tricyklická a tetracyklická antidepressiva (TCA, TeCA) - tato skupina léků patří k nejdéle používaným antidepressivům. Jejich účinek spočívá v inhibici zpětného vychytávání noradrenalinu, serotoninu, blokují muskarinové (M1), histaminové (H1) a alfa adrenergní receptory (A1). Jsou předepisovány pacientům s těžší anebo rezistentní formou deprese, jsou lékem druhé volby. Nejsou vhodné pro pacienty hůře snášející útlum, mající hypertrofii prostaty, zácpu, hypertenzi, kardiální onemocnění, demenci, Parkinsonovu nemoc, těžkou jaterní a renální dysfunkci, glaukom a ileózní stavy. Tricyklická antidepressiva zvyšují koncentraci monoaminu v limbické oblasti centrální nervové soustavy a ovlivňují celou řadu receptorových systémů. Nevýhodou jejich podávání je častý výskyt nežádoucích účinků. Pacienti trpí pocitem sucha v ústech, zácpou, nadměrnou únavou, tachykardiemi, poruchami akomodace čočky, ortostatickou hypotenzí, zvýšeným pocením, poruchami mikce, sexuálními dysfunkcemi, zvýšenou sedací, nárůstem hmotnosti. U starších pacientů mohou tricyklická antidepressiva vyvolat deliriózní stavy. Vysazení léků musí být pozvolné. Při rychlém vysazení dochází k syndromu z vysazení – tzv. reuptake syndrom. Objevují se závratě, nejistota v chůzi, zvýšené pocení, nauzea, vomitus, nechutenství, parestézie, třes, akatázie, ataxie, cefalgie, insomnie a děsivé sny.

Inhibitory monoaminooxidázy (IMAO) - léky odbourávající noradrenalin, dopamin, serotonin a tyramin v CNS. Při jejich užívání je nutné a se vyhnout substancím s obsahem katecholaminů hlavně tyraminu, který je obsažen hlavně v sýrech, čokoládě. (Komplikací užívání je výskyt hypertenzní krize a poškození jater – tzv. serotoninový

syndrom. Inhibitory monoaminoxidázy jsou předepisovány u pacientů s lehčí formou deprese, dystymie a u depresivních starších pacientů s počínající demencí. Více se využívají selektivní inhibitory, které mají méně nežádoucích účinků.

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) – tyto preparáty se navzájem od sebe liší chemickou strukturou. Nemají shodnou farmakodynamiku a farmakokinetiku. Lze je tak při farmakologickém neúspěchu po 4 – 6 týdnech zaměnit. Jsou považovány za lék první volby u všech depresí. Mají výrazně méně nežádoucích účinků než tricyklická, tetracyklická antidepresiva, IMAO. Zahájení terapie může být doprovázeno nevolností, průjmem, excitací, nespavostí a neklidem. Tyto nežádoucí účinky odezní po 2 - 4 dnech. Při dlouhodobém podávání může dojít k poklesu libida, oddálení ejakulace a vymizení orgasmu. Nejsou předepisovány u pacientů s insomnií a agitovaností. SSRI nepůsobí sedativně, nezvyšují tělesnou hmotnost a nepotencují účinek alkoholu. Velmi vzácně se objevuje při rychlém vysazení serotoninový syndrom. Příznaky většinou odezní do 24 hodin po opětovném nasazení. V případě, že se s léčbou nepokračuje, trvají příznaky 7 - 14 dní.

Serotoninový antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání - tyto léky působí nejen antidepresivně, ale i anxiolyticky a hypnoticky. Mezi nežádoucí účinky patří ospalost, nervozita, závrať, cefalgie, nauzea, zácpa, porucha akomodace a ortostatická hypotenze. Vzácně se může objevit priapismus.

Serotoninový syndrom je závažnou komplikací terapie antidepresivy. Syndrom vzniká při aktivaci postsynaptických, centrálních i periferních receptorů. Vzniká v důsledku genetických faktorů (snížené aktivity monoaminoxidázy) nebo získaných faktorů (užívání serotoninergních léků, onemocnění jater, plic, kardiovaskulární onemocnění, abúzus alkoholu a kouření). K diagnóze serotoninového syndromu se používají Sternbachovy diagnostická kritéria. Při včasné diagnostice má serotoninový syndrom příznivou prognózu. Mezi klinické příznaky patří změna psychického stavu. Pacienti trpí úzkostí, zmateností, hypománií, neklidem až agitovaností. U pacientů se objevují neurologické a nervosvalové poruchy, gastrointestinální příznaky (průjem, zvracení, nauzea, bolesti břicha), kardiovaskulární a hematologické příznaky (hypertenze, tachykardie, diseminovaná intravaskulární koagulace, trombocytopenie) a vegetativní příznaky (zimnice, pocení, horečka). K měření závažnosti syndromu lze využít škálu serotoninového syndromu – The Serotonin Syndrome Scale, publikovanou Hegertem. Průběh syndromu je různý. Začátek nastupuje do několika hodin po změně medikace nebo

dávky. U některých pacientů se mohou objevit mírné rekurentní příznaky již několik týdnů před plným rozvinutím syndromu.

Nejúčinnější léčebnou intervencí je okamžité vysazení léků. Syndrom spontánně odezní během několika hodin. Mírné symptomy lze odstranit podáním benzodiazepinů. V případě závažné situace se aplikuje podpůrná léčba, jako je například ochlazování, zajištění umělé plicní ventilace u respirační insuficience, antikonvulziva při paroxysmech, benzodiazepiny při myokloniích a antihypertenziva při hypertenzi. Při agitovanosti se aplikuje intravenózně lorazepam v dávce 1 - 2 mg po 30 minutách po dobu, než se dosáhne sedace. Prevence syndromu spočívá v dodržování dostatečně dlouhé časové intervence při změně dávky léků. Velkou pozornost je potřeba věnovat převedení pacienta užívajícího SSRI na IMAO. Zde se musí dodržet nejdelší časový interval, 6 týdnů.

Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) - preparáty působí na více systémů. Ovlivnění zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu potlačuje pokleslou náladu a urychluje zpomalené psychomotorické tempo. Léky působí příznivě i na tlumení bolestivých příznaků vyskytujících se při depresivním onemocnění.

Inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (NDRI) - léky zvyšující koncentraci dopaminu a noradrenalinu v centrálních synapsích mozku. Nepředepisují se pacientům s predispozicí ke vzniku epileptogenních paroxysmů. Kromě léčby depresivního onemocnění jsou tyto léky předepisovány u pacientů, kteří se snaží přestat kouřit.

Jiné inhibitory zpětného vychytávání monoaminu - představitelem těchto preparátů je třezalka tečkovaná. Extrakt je předepisován u pacientů s lehčí formou deprese. Tyto léky jsou volně prodejné. Při nasazení musí lékař ověřit, zda je již nemocný neužívá. Při předávkování dochází k zvýšené hladině monoaminů. U nemocného se objevuje hypertermie, rigidita, hypertenzní krize, kolísání vitálních funkcí a změny psychického stavu.

Blokátory adrenoreceptoru – léky, které mají sedativní účinek. Zvyšují chuť k jídlu. Pacienti přibývají na váze (29,31).

3.2 Elektrokonvulzivní terapie

Poprvé byla elektrokonvulzivní terapie aplikována v roce 1938. Uměle vyvolané epileptické záchvaty jsou terapeuticky účinné u různých psychických poruch. Mortalita je odhadována na 0,2 úmrtí na 100 000 provedených elektrokonvulzí. Mechanismem účinku

je zvýšený průtok krve v mozkové tkáni, především v temporálních lalocích a v bazálních gangliích. Zvyšuje se propustnost hematoencefalické bariéry. Mění se funkce neurotransmiterů, kdy dochází k uvolnění katecholaminů a následnému snížení počtu receptorů. Zvyšuje se koncentrace prolaktinu, vazopresinu, růstového hormonu, kortizonu a adenokortikotropního hormonu. Elektrokonvulzivní terapie je prováděna v celkové anestezii a myorelaxaci. Konvulze se provádí buď bilaterálně, kdy obě dvě elektrody jsou přiloženy na spánkové oblasti anebo unilaterálně, kdy jedna elektroda je umístěna nad nedominantní hemisférou temporálně a druhá je přiložena okcipitálně. Stimulace se provádí 2 – 3 krát týdně v počtu 6 - 12 elektrokonvulzí. Zlepšení stavu je patrné po 3 – 5 sériích. Před zahájením terapie je nutné podepsání informovaného souhlasu a interní vyšetření pacienta, včetně základního laboratorního screeningu. Elektrokonvulzivní terapie je léčbou první volby především u farmakorezistentních psychotických pacientů, u pacientů s těžkou depresí s výraznou psychomotorickou retardací, odmítáním potravy a tekutin a s vysokým rizikem sebevražedného jednání. Pomocí elektrokonvulzivní terapie lze dosáhnout velmi rychle terapeutického účinku. Samotná aplikace elektrokonvulzí má krátký efekt, který přetrvává jen několik měsíců. Proto je nutné aplikovat elektrokonvulzivní terapii spolu s antidepressivní udržovací léčbou. Riziko relapsu bez udržovací léčby je příliš vysoké. Odhaduje se na 50 - 95 %. Riziko relapsu je závislé na závažnosti depresivního onemocnění a rezistence na farmakologickou léčbu.

Mezi nežádoucí účinky aplikace patří bolest hlavy a nevolnost od žaludku. Tyto komplikace jsou většinou spojené s anestézií. Nepříjemné vzpomínky na pocit nedostatku vzduchu mohou pacienti pociťovat při nedostatečné hloubce anestezie. Při neadekvátní myorelaxaci pacienti pociťují celkovou slabost a svalové bolesti. Po aplikaci mohou být pacienti zmatení, objevuje se u nich ztráta recentní paměti. Anterográdní amnézie bývá největší krátce po výkonu. Do 72 hodin zpravidla dochází ke zlepšení. Retrográdní amnézie přetrvává déle. Paměť se většinou upraví do 3 až 7 měsíců po ukončení aplikace elektrokonvulzivní terapie. Porucha paměti je závislá na počtu aplikovaných konvulzí. Během aplikace se u pacienta monitoruje oxygenace, tlak, pulz a dechová frekvence. U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním je registrováno elektrokardiografické vyšetření.

Elektrokonvulzivní terapie se nesmí aplikovat u pacientů se zvýšeným nitrolebním tlakem, u pacientů, kteří prodělali v poslední době cévní mozkovou příhodu. Za relativní kontraindikaci je považován infarkt myokardu, angina pectoris, srdeční nedostatečnost,

aneurysma velkých cév, závažná osteoporóza, plicní onemocnění, perniciózní anémie, vážné onemocnění štítné žlázy, vaginální krvácení a dilatace děložního hrdla. ECT lze aplikovat i u gravidních žen (17,32).

3.3 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

Na přelomu 19. století a 20. století se možností neinvazivní a fokální stimulací mozku pomocí magnetického pole začali zabývat různí vědci. V roce 1985 se Anthonu Barkeru podařilo sestavit dostatečně silný elektromagnetický stimulátor. Princip repetitivně transkraniální magnetické stimulace spočívá v průniku pulsního magnetického pole, vygenerovaného cívkou, která je přiložena na povrch hlavy. Magnetické pole proniká přes měkké tkáně hlavy a lebku do mozku, kde indukuje vznik elektrického pole. Při aplikaci repetitivně transkraniální magnetické stimulace dochází ke zvýšení hladiny TSH v plazmě a zvýšené hladině dopaminu v bazálních gangliích. Magnetické pulsy mohou být aplikované jednotlivě nebo v párech oddělené pauzou trvající několik milisekund. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace je bezpečná a dobře tolerovaná léčba. K absolutním kontraindikacím patří epilepsie, zvýšený intrakraniální tlak, proběhlá ischemie mozku a patologický nález na EEG, implantovaný kov v kranii vyjma úst. K relativním kontraindikacím je řazeno těhotenství. Aplikace může být prováděna nežádoucími účinky v podobě epileptického paroxysmu u pacienta bez predispozic a bolest v místě stimulace. Tato bolest je mírná, přechodná a reaguje na běžná analgetika (33).

3.4 Fototerapie

Terapie jasným bílým světlem je dobře tolerovanou metodou, která má jen nepatrné vedlejší účinky. Efekt nastupuje během několika prvních dnů. Neexistují jednotné názory na efektivnost této metody. Někteří odborníci tvrdí, že terapie bílým světlem je pouhým placebem. K vyvrácení tohoto názoru je potřeba další kontrolované studie. V letech 1975 - 2003 probíhala studie, která prokázala významnou redukci depresivních příznaků u pacientu podrobující se léčbě bílým jasným světlem. Při terapii se používá bílé světlo o intenzitě 10 000 luxů po dobu 30 minut denně. Po dosažení redukce depresivních příznaků se doporučuje pokračovat s udržovací léčbou 1 krát týdně v kombinaci s antidepressivy. Fototerapie je aplikována z panelů anebo z takzvaných light visory, což jsou brýle svítící pacientovi do očí jasné světlo. Výhodou brýlí je neomezený pohyb a možnost otáčení hlavy (34).

3.5 Spánková deprivace

U 60 % depresivních pacientů byl prokázán vliv spánkové deprivace na zlepšení stavu. Zlepšení nálady není bohužel dlouhodobé, účinek trvá pouze jeden den. Po první prospané noci dochází opět k relapsu. Současně s touto léčebnou metodou je vhodné užívat antidepresiva. Spánkovou deprivaci lze využít i jako krizovou intervenci. Používá se u unipolární deprese. U bipolární afektivní poruchy není doporučována, je zde následně velká obava z přesmyku do mánie. Spánková deprivace může být aplikována buď úplně anebo částečně. Při úplné spánkové deprivaci pacient nespí 40 hodin a u částečné je pacient probuzen po půlnoci a bdí až do večera. Spánková deprivace je neinvazivní, nenákladnou a dobře tolerovanou léčebnou metodou (9).

3.6 Stimulace nervus vagus (VNS)

Tato metoda byla poprvé použita v roce 1938. Stimulace n. vagus ovlivňuje metabolismus a funkci limbických struktur. Stimulace má podobný účinek jako antidepresiva. Metoda je založena na intermitentní stimulaci levého n. vagus. Stimulace se provádí pomocí spirálovitých implantovaných elektrod. Jedná se o metodu invazivní. Elektrody jsou implantovány do levé oblasti krku a levého podklíčku. Zdroj proudu je umístěn nad fascií m. pectoralis. Stimulace nervus vagus je indikována u farmakorezistentních pacientů. U pacienta se mohou objevit nežádoucí účinky v podobě kašle, bolesti v krku, nauzei a obtížného polykání. Jedná se o velmi drahou biologickou metodu, která není určena k běžnému klinickému použití. Její účinnost zatím není ověřena kontrolovanými studiemi (17).

3.7 Hluboká mozková stimulace (DBS)

Hluboká mozková stimulace je léčebnou metodou, při které dochází k elektrické stimulaci určitých oblastí mozku. Tato metoda je indikována u rezistentní deprese. Při stereotaktickém chirurgickém zákroku je zaveden pulzní generátor - neurostimulátor, stimulační elektroda a převodné vedení. Elektroda je umístěna v oblasti frontálního kortexu. Pacienti po spuštění stimulace uvádějí pocit úlevy. Jsou soustředěnější a aktivnější. Tyto změny však vymizely po skončení stimulace. Mezi nežádoucí účinky patří halucinace, apatie, gambling, hypersexualita a kognitivní dysfunkce. Většinou tyto nežádoucí příznaky jsou způsobené nesprávným nastavením stimulátoru a jsou přechodného rázu. Komplikací zákroku je krvácení do mozku a edém mozku (17).

3.8 Psychoterapie

Psychoterapie u depresivního onemocnění je zaměřená na práci s automatickými negativními myšlenkami a plánování aktivity. Učí pacienta zdravému životnímu stylu, který pomáhá zabránit relapsu onemocnění. Psychoterapie většinou bývá používána v kombinaci s antidepresivy. Bylo prokázáno, že u mírné depresivní poruchy může samotná psychoterapie pomoci. U středně těžké a těžké deprese je vhodná kombinovaná léčba. S psychoterapií je vhodné začít až po zlepšení psychického stavu pacienta, kdy je tak schopen profitovat z psychoterapie. Tradiční formy psychoterapie jsou u deprese málo účinné. Pacienti velmi často vnímají návrhy terapeuta jako kritiku. Velmi účinné v terapii deprese se prokázaly kognitivně behaviorální terapie a interpersonální psychoterapie. Tyto metody se zabývají psychoedukací a ovlivněním depresivního myšlení a hodnocení. Cílem terapie je získání realistického postoje pacienta k sobě samotnému a ke svému okolí. Depresivní pacient vnímá zkresleně svou minulost, přítomnost, ale i budoucnost. Je přesvědčen, že jeho situace se nedá změnit a obviňuje se (35).

3.8.1 Kognitivně behaviorální model deprese

Koncem 80. let 20. století došlo ke spojení kognitivního a behaviorálního modelu. Vznikl tak kognitivně behaviorální model, který vychází z vrozené premorbidní zranitelnosti osobnosti. Pokud se takto disponovaná osoba setká se stresovými událostmi, aktivuje se u ní dysfunkční přesvědčení. Spustí se bludný kruh depresivního uvažování, který souvisí s biochemickými změnami v mozku a v těle. Depresi nezpůsobuje negativní myšlení, ale interakce biologických, vývojových, sociálních a psychologických predisponujících proměnných. Depresivní myšlení není příčinou deprese, ale je její součástí. Tyto myšlenky vedou k příznakům deprese: behaviorálním (snížená aktivita, stáhnutí se do sebe), motivačním (ztráta zájmů, apatie), emočním (úzkost, sebeobviňování), kognitivním (zhoršená koncentrace, nerozhodnost) a tělesným (nechutenství, nespavost). Deprese se pomalu rozvíjí. Negativní myšlenky jsou stále častější a intenzivnější. Člověk přestává uvažovat racionálně. Depresivní nálada se prohlubuje. Dysfunkční kognitivní schéma zůstává i po odeznění deprese. Člověk je zvýšeně přecitlivělý na neúspěch a kritiku. Depresivní onemocnění pak může aktivovat jakákoliv zátěž. Důležitým aspektem kognitivně behaviorální terapie je spolupráce pacienta s terapeutem. Je časově omezená. Terapie probíhá ve 12 – 20 sezeních s frekvencí jednou až dvakrát týdně. V závěru terapie jen jednou za dva týdny, následně jedenkrát měsíčně. Terapeut je při léčbě aktivní a využívá direktivní přístup. Pomáhá pacientovi řešit

současné problémy pomocí rozhovoru a aktivizace pacienta při plnění domácích úkolů (36).

Terapii lze rozdělit do dvou fází. V první fázi je cílem změna chování pacienta. Druhá fáze je zaměřena na změnu způsobu myšlení. Terapeut spolu s pacientem vytvoří individuální plán, identifikují problém a konkretizují cíl terapie. Pro vytvoření individuálního plánu je nutné získat potřebné informace, týkající se problému. Pacient během jednoho týdne si zapisuje, kolikrát se pozorované chování objevilo, co se stalo a jaké to mělo následky. Po získání potřebných informací je vypracován týdenní plán činností a odměn. Tento plán musí být realistický, pružný a přizpůsobitelný aktuální situaci. Terapeut spolu s pacientem provádí průběžné hodnocení. Pokud je pacient s dosaženými cíli spokojen, plán činností je ukončen. Zůstává-li problémové chování, má pacient k dispozici plán na jeho zvládnutí (13,14).

Nebezpečí depresivního onemocnění spočívá v tom, že deprese má tendenci se vracet. Riziko dalšího relapsu roste s každou novou atakou. Prevenci lze řešit preventivním dlouhodobým užíváním antidepresiv. Dlouhodobé užívání je spojeno s celou řadou vedlejších účinků. Další možností je udržovací kognitivní behaviorální terapie. Pacienti se jednou za 3 měsíce setkají se svým terapeutem. Nevýhodou tohoto způsobu je, že ho mohou využít pouze pacienti, kteří prodělali kognitivně behaviorální terapii a nedostatek terapeutů, kteří se věnují terapii u pacientů ve fázi remise. Většina terapeutů se spíše věnuje práci s pacienty v akutní fázi depresivního onemocnění. Proto vznikl terapeutický program, poskytující terapii pacientům, kteří nemají žádné zkušenosti s kognitivně behaviorální terapií. Program se nazývá „Prevence deprese pomocí nácviku uvědomování“. Program poskytuje skupinovou terapii probíhající v 8 sezeních poskytující pomoc pacientům, kteří v minulosti onemocněli depresí. Terapie je zaměřena na nácvik soustředěného uvědomování si přítomnosti, takzvaný mindfulness. Metoda podobná meditaci. Postdepressivní lidé reagují na smutné podněty a myšlenky uzavíráním se do sebe. Tento stav je označován jako ruminativní reakce. Ruminativní reakci zhoršuje schopnost aktivně řešit problémy a překonávat je (13).

3.8.2 Interpersonální psychoterapie

Interpersonální psychoterapie je krátkodobá, strukturovaná terapie trvající 12 až 16 týdnů. Původně byla využívána u pacientů s unipolární depresí a u nepsychotických depresivních pacientů. Interpersonální psychoterapie je zaměřena na vztah mezi pacientem a jeho blízkými. Zakladatelem byl americký psychiatr Harry

Sullivan. Terapie hledá vztahy mezi ranými zkušenostmi a současnými vztahy. Deprese je následek porušení vztahu s blízkou osobou. Základním cílem terapie je vytvoření dobrých interpersonálních vztahů a zvýšení sociální adaptability. Pacient provádí rekonstrukci současných maladaptivních vztahů. Učí se nácviku dovedností pro stresové situace a strategiím, jak navazovat nové vztahy a řešit problémy. Lidé s depresivním onemocněním častěji očekávají od svých blízkých, to co jim nemohou anebo nedokáží splnit. Mají potíže otevřeně vyjádřit své požadavky. Často jde o skryté konflikty. Jedním z největších vztahových problémů je závislost na druhých. Pacienti jsou závislí na hodnocení druhými lidmi. Jsou neschopni odměnit se, očekávají odměnu od okolí. Během terapie jsou probírány problémové oblasti. Pacient se učí pochopit své interpersonální problémy a možnostem jejich zvládnutí. Terapie je zaměřena na změnu postojů k sobě a k druhým. Terapeut učí pacienta vytvořit si svobodnější vztah, efektivní komunikaci, nácviku zvládnutí stresu a plánování času (37).

3.8.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie představuje psychoterapeutickou pomoc všem členům rodiny. Terapeutické zásahy jsou zaměřeny na rodinu jako celek. Metody jsou konstruovány na změnu chování a způsobu komunikace. V dobře fungující rodině jsou všichni členové v pravé vzájemnosti, mutualitě. Dochází ke vzájemnému uspokojování potřeb všech. Rodina je senzitivní na prostředí. V rodině bez pravé vzájemnosti žijí členové na vlastní pěst, nepomáhají si se svými problémy. Nestarají se o přání a obavy druhých. Členové jsou citliví na nezávislost, obtížně se sociálně začleňují. Někdy může být v rodině vytvořena pseudomutualita, falešná vzájemnost. V rodině se vyskytují neřešené potlačené konflikty. Členové jsou citliví na souhlas. Rodina se hroutí při odmítnutí okolím. Při rodinné terapii se terapeut snaží zorientovat se ve vztazích, které vedou k onemocnění člena rodiny. Prostřednictvím změny ve vztazích mezi jednotlivými členy dochází ke stabilizaci rodiny. Terapeut poznává pacienta v interakci s ostatními členy rodiny a působí na rodinu jako na celek. Práce s rodinou při léčbě depresivního onemocnění je velmi důležitá. Bohužel většina členů rodiny nemá o tento způsob terapie zájem. Při této terapii se využívají techniky přerámování, přeměny negativních znaků na pozitivní a změny hranic mezi generacemi (35).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Deprese postihuje všechny složky psychiky. Zpomaluje myšlení, narušuje paměť a koncentraci. Výrazně je zpomalené psychomotorické tempo. Úkolem ošetřujícího personálu je pečlivé pozorování pacientova chování a jednání. Sestra provádí podrobné záznamy do zdravotnické dokumentace. Vyhodnocuje získané informace. Spolu s pacientem sestavuje ošetřovatelský plán. Spolupracuje s ostatními členy ošetřujícího týmu, který se skládá z lékařů, psychologů, ošetřujícího personálu, ergoterapeutů a nutričních terapeutů. V akutní fázi je všechno úsilí personálu zaměřeno na zajištění pacientova bezpečí. Sestra sleduje příznaky hrozícího sebevražedného pokusu. Péče je věnována uspokojování základních potřeb pacienta. Depresivní pacienti často selhávají v sebepečí, zanedbávají příjem potravy a tekutin. Pacienti bývají hospitalizováni na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Depresivní pacient se sebevražedným rizikem je uložen na pokoj blízko sesterny z důvodu možnosti zabezpečení neustálého dohledu. Sestra musí zajistit, aby pacient neměl v dosahu žádné předměty, kterými by si mohl ublížit. Z tohoto důvodu je také nutná důsledná kontrola užívání léků. Pacienti mohou léky shromažďovat pro pozdější využití k sebevraždě. Kontrola užívání léků je také důležitá pro zjišťování účinku léčby. Sestra sleduje chování pacienta, všímá si příznaků a účinků léků. Získané informace předává lékaři, který pak na základě těchto informací pozměňuje nebo upravuje medikaci. Veškeré zmínky nebo signály sebevražedného jednání musí brát vážně, nesmí je bagatelizovat. Největší riziko sebevražedného jednání je v ranních hodinách, kdy jsou deprese největší anebo ve fázi, kdy začínají účinkovat antidepressiva. Pacient tak získává potřebnou energii k realizaci sebevraždy. Pečlivým pozorováním může ošetřující personál odhalit různé somatické potíže, na které depresivní pacient neupozorňuje z důvodu sníženého pocitu prožívání a sociální izolace (38).

4.1 Ošetřovatelské problémy a intervence

Pacient není schopen prožívat radost. Smutná nálada se odráží ve výrazu obličeje. Pacient je bez mimických projevů, obličej má maskovitý. V ošetřování je velmi důležité pochopit pacientovo prožívání. Sestra by měla projevovat svoji účast.

Další potíží je uzavřenost. Pacient obtížně navazuje kontakt s okolím. Komunikuje v krátkých jednoduchých větách.

Pacienti často trpí poruchou spánku. Ošetrovatelské činnosti jsou zaměřené na nalezení příčin nespavosti a jejich odstranění. Někdy stačí vhodný rozhovor o problémech či umožnění rituálů před spaním, na které je pacient zvyklý. Někdy postačí samotná úprava režimu. Pacientům není dovoleno pít kávy ve večerních hodinách.

Zhoršená nálada se u pacientů projevuje nejvíce k ránu. Důležitý je pravidelný kontakt pacienta se sestrou z důvodu eliminace sebevražedného jednání. Během dne se nálada zlepšuje. Sestra nenásilně vybízí pacienta k různým nenáročným aktivitám. Zpočátku je účast pacienta při aktivitách spíše pasivní. Se zlepšením psychického stavu, se účast na aktivitách zvyšuje. Sestra pacienta neustále povzbuzuje a chválí ho za každý pokrok, kterého pacient dosáhl. Tím je poskytnuta zpětná vazba.

Pacient se straní ostatních, dochází k sociální izolaci. Na oddělení pacient setrvává v odlehlých prostorech. Sestra musí vědět o každém pacientově kroku. Přístup k pacientovi je založen na empatii, spolupráci a motivaci. Sestra motivuje pacienta k sebepéči.

Dalšími depresivními příznaky jsou zpomalené myšlení, zhoršuje se paměť, pacient se nemůže soustředit. Sestra s pacientem jedná klidně. Pokyny mu několikrát zopakuje. Sestra pacientovi nabízí různé varianty. Diskutuje s ním o jejich výhodách a nevýhodách. Konečné rozhodnutí je však na pacientovi samotném.

Pacient trpí pocity méněcennosti, beznaděje a viny. Sestra s pacientem mluví o jeho pocitech. Dle psychického stavu se pacient zúčastňuje individuální nebo skupinové psychoterapie. Pomocí terapie si pacient uvědomuje, co všechno dokázal.

Pacient mnohdy ztrácí chuť k jídlu, méně se pohybuje. Je zde vysoké riziko zácpy, snižuje se sexuální libido. Na všechny tyto projevy musí sestra během ošetřování depresivního pacienta myslet. Tyto potíže jsou zpracovány v ošetrovatelském plánu (39).

4.2 EDUKACE

Psychoedukace je důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Má významný vliv na úspěšnost terapeutických zásahů. Edukace by měla mít určitou strukturu. Pacient má zhoršenou schopnost přijímat, třídit a ukládat nové informace. Nelze tedy předpokládat, že jednorázovou edukací lze pacientovi poskytnout informace v plném rozsahu. Edukace je proces, který probíhá opakovaně, po částech se zaměřením na aktuální psychický stav pacienta. Všeobecná sestra poskytuje psychoedukaci v rámci svých kompetencí. Při edukaci sestra vystupuje klidně a otevřeně. Tento způsob přístupu k pacientovi umožňuje snadnější zapojení pacienta do léčby. Pacient tak ztrácí zábrany, je

aktivnější. Psychoedukace může být prováděna individuálně nebo skupinově. Cílem psychoedukace je seznámení pacienta s charakterem onemocnění, jeho příčinami a možnostmi léčby. Pacient tak získává potřebné informace, co má dělat v průběhu akutní epizody. Jak se má bránit relapsu. Jaké jsou možné spouštěče onemocnění. Přijetí deprese jako nemoci, kterou lze odstranit, pomáhá v samotné léčbě a v prevenci nových epizod. Část edukace je věnována také účinku antidepresiv. Pacient se seznamuje s působením léků a jejich možnými nežádoucími účinky. Psychoedukace poskytuje pacientovi potřebné informace ze všech oblastí v širším kontextu. Nedílnou součástí je i psychoedukace rodiny. Cílem rodinné edukace je podpora pozitivních vazeb mezi pacientem a jeho nejbližšími. Rodina by měla představovat pro pacienta nejen materiální oporu, ale především psychickou podporu. Po ukončení hospitalizace by rodina měla vytvořit klidné a bezpečné rodinné zázemí (40,41).

PRAKTICKÁ ČÁST

OBECNÁ ČÁST

5 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL IMOGENE KING – SYSTÉM TEORIE A CÍLE

Ošetřovatelský model Imogene King patří mezi interakční modely zaměřující se na vztahy mezi lidmi. Zjišťuje sociální problémy v mezilidských vztazích a určuje postupy vedoucí ke zlepšení vzájemných vztahů a zkvalitnění ošetřovatelské péče.

5.1 Autobiografie Hildegard Imogene King

Imogene King se narodila v roce 1923 v USA. V roce 1945 získala diplom z ošetřovatelství na St. Louis John's School of Nursing. V roce 1948 ukončila bakalářské studium v oblasti ošetřovatelského vzdělání na Teachers College Columbia University v New Yorku. V roce 1957 dokončila magisterské studium. Pracovala jako sestra na chirurgii. V roce 1961 byl Kingové udělen doktorát na Kolumbijské univerzitě. V letech 1961 - 1966 působila Kingová jako profesorka ošetřovatelství na univerzitě Loyola v Chicagu. Při působení na univerzitě vypracovala magisterský program pro ošetřovatelky. V roce 1964 zveřejnila základy systémového ošetřovatelského modelu. Základy tohoto modelu neustále vylepšovala a přepracovávala. Její teorie je zaměřena na interakci mezi pacientem a sestrou z pohledu dvou různých prostředí. V roce 1978 – 1980 pracovala koordinátorka klinického ošetřovatelského výzkumu ve zdravotnickém středisku Loyola. Od roku 1980 působila na Floridě jako profesorka ošetřovatelství na University of South Florida College of Nursing. Imogene King byla aktivní členkou Asociace amerických ošetřovatelek, asociace ošetřovatelek na Floridě a organizace Sigma Theta Tau. V roce 1994 byla uvedena do úřadu Americké akademie ošetřovatelství. Byla jednou ze zakladatelek ošetřovatelské organizace – The King International Nursing Group, která umožňuje využívat a rozšiřovat její interaktivní systém v praxi. Imogene King napsala celou řadu publikací. Mezi ně např. patří: „Z teorie ošetřovatelství“, „Teorie ošetřovatelských systémů, konceptů a procesů“, „Osnovy a instrukce v ošetřovatelství“. Ve

svých pozdějších pracích se zabývala etickými a filozofickými základy koncepčního systému a teorie dosahování cílů (42).

5.2 Vývoj teorie

V 50. a 60. letech minulého století byla snaha spojit teoretické poznatky s praxí. Proto vznikl koncepční model, který je zaměřen na vzájemnou interakci mezi sestrou a pacientem od přijetí do nemocnice až po propuštění do domácí péče. Model se zabývá psychologickými, fyziologickými, sociálními a kulturními projevy. Model Imogene King není jednoznačně systémový. V některé literatuře je model Imogene King přiřazován k interakčním modelům. Od ostatních ošetřovatelských modelů se tento model odlišuje tím, že nezkoumá jen jeden určitý jev (42,43).

5.3 Využití a analýza modelu I. King

King považuje za základní vlastnost, která je společná všem lidem, vzájemné ovlivňování druhých lidí při dosahování cílů. Sestra pro svou práci potřebuje pochopit osobnostní, interpersonální a sociální systém pacienta. Jednotlivé systémy se navzájem prolínají a doplňují. Model klade důraz na komunikaci a správné zpracování získaných informací. Komunikace a informace slouží k sestavení ošetřovatelského plánu. Tento model lze uplatnit v sociálních službách, geriatrii, ale také v psychiatrii. Model se skládá ze dvou konceptů, které mají své vlastní systémy (43).

5.3.1 Metaparadigma

Osoba je vnímavá a cílevědomá bytost, která se orientuje v čase a prostoru. Dle Kingové je pacient otevřený personální systém uvnitř sociálního systému. Personální systém je v neustálém spojení s interpersonálním systémem a sociálním prostorem. Člověk má tři základní potřeby. Potřebu informací o zdraví, potřebu péče zaměřenou na prevenci nemoci a potřebu přijímat péči od druhých lidí v době, kdy není schopen pečovat o sebe samotného.

Zdraví je dynamický stav, který se v průběhu života mění. Člověk se během života neustále přizpůsobuje stresorům z vnějšího a vnitřního prostředí. Nemoc představuje nerovnováhu v personálním systému.

Dle King je pro sestru velmi důležité porozumět prostředí ve kterém se pacient nachází. Hlavním cílem ošetřovatelství je pomoc pacientovi udržet, obnovit a navrátit zdraví, tak aby byl schopen plnit své role. Ošetřovatelství je proces akce, reakce, interakce a transakce. Ve všech těchto procesech se sestra setkává s pacientem.

Akce představuje určitý způsob chování pacienta a sestry při setkání. Reakce je způsob, jak na sebe reagují. Reakce je výsledkem akce a interakce. Pod pojmem interakce si lze představit vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem a jejich společnou snahu dosáhnou vytyčených cílů. Pacient má právo rozhodovat o péči, která je mu poskytována. Má právo ji odmítnout. Transakce vytváří podklad pro dosažení cílů. Transakce se uskuteční pouze tehdy, pokud jsou očekávané cíle pacienta a sestry totožné (43,44).

5.3.2 Koncepce systému

Koncepce je rozdělena do několika systémů. Je založena na vnímání jedince jako otevřeného personálního systému. Při setkání dvou personálních systémů vzniká interpersonální systém. Sociální systém je vytvořen interakcí mezi většími skupinami.

5.3.2.1 Personální systém

Personální systém je soubor vlastností, který umožňuje uvědomovat si, chápat, myslet, toužit a rozhodnout se o způsobu jakým dosáhneme cílů.

Vnímání sebe sama - pacient si uvědomuje svojí existenci. Jsou zde zahrnuty pocity, myšlenky, postoje, hodnoty a závazky.

Růst a vývoj – se mění podle osobního vývoje a dozrávání člověka v jednotlivých vývojových stádiích. Růst a vývoj probíhá nejen v biologické, ale i psychologické a sociální oblasti. Dá se předvídat. Jedná se o buněčné a molekulární změny.

Vnímání obrazu těla – vnímání je ovlivněno tím, jak se člověk během růstu mění a reakcí okolí na jeho vzhled. Je ovlivněno sociálně kulturními faktory. Sestra se při ošetřování zaměřuje na stresory, které negativně ovlivňují vnímání.

Prostor – je místo, kde pacient žije. King charakterizuje prostor jako univerzální, dimenzionální, personální, transakční a situační.

Čas – je doba mezi událostmi. Čas je relativní, přímočarý, měřitelný a subjektivní. Čas je ovlivněn věkem, pozicí, sociálními rolemi, hodnotami a postoji. Sestra v průběhu hospitalizace udržuje pravidelný denní režim (43,44).

5.3.2.2 Interpersonální systém

Interpersonální systém je vytvořen na základě interakce mezi sestrou a pacientem.

Interakce - je proces vnímání a komunikace mezi jedincem a prostředím a jedinci navzájem. Zde se uplatňují zkušenosti, potřeby, myšlenky a postoje. Do interakce je zahrnuta verbální a neverbální komunikace.

Komunikace – je důležitá pro udržení a vývoj lidských vztahů. King přiřazuje komunikaci zásadní význam. U verbální komunikace je důležitá zpětná vazba. Komunikace je ovlivněna potřebami, cíli a prostředím. Komunikační dovednost je důležitá pro dosažení cílů.

Transakce – je proces interakcí, ve které člověk komunikuje s prostředím takovým způsobem, aby dosáhl vytyčených cílů. Jde o chování zaměřené na cíl.

Role – představuje vzájemný vztah mezi dvěma a více lidmi. Role se odvíjí od sebepojetí, postavení ve společnosti a interpersonálních vztahů. Některé role jsou již dány samotnou existencí člověka a jiné závisí na jeho volbě. Role dělíme na formální a neformální. Formální role mají přesné pravidla. Postoj k jednotlivým rolím závisí na vlastnostech a potřebách jedince. Role mohou být mezi sebou v neutrálním, vztahu anebo může mezi nimi vznikat konflikt. Sestra posuzuje stresory, které by mohly ovlivňovat pacientovo role. Stres – je dynamický stav. Má časovou a prostorovou dimenzi. Stres je stav fyzické a psychické tenze, která ohrožuje pacientovo zdraví. Stres má pozitivní, ale i negativní vliv. Ošetrovatelské činnosti jsou zaměřeny na redukci a eliminaci stresu. Stres je možno redukovat transakcí. Stresové situace jsou vyvolány tíživou životní situací. Pacient díky stresu obtížně uspokojuje své potřeby a plní úkoly.

5.3.2.3 Sociální systém

Sociální systém vzniká spojením interpersonálních systémů. Základem jsou interakce mezi skupinami. Systém je uspořádán tak, aby si vněm každý našel své místo. Pro sociální systémy je důležitá organizace, autorita, status, moc a rozhodování.

Organizace - je tvořena jedinci, které mají své pozice a předepsané úlohy.

Autorita - je aktivní a vzájemný proces transakce. Autoritu lze vnímat prostřednictvím příkazů, opatření a zodpovědnosti za určité činnosti.

Status - představuje určité pozice uvnitř skupiny. Postavení každého člena je spojeno s určitými závazky, službami a privilegii.

Moc – je univerzální, dynamická a neosobní vlastnost. Potřeba moci souvisí s dominancí, potřebou ovládat druhé lidi a sebeprosazováním. Moc souvisí se sociálními rolemi.

Rozhodování – je systematický a dynamický proces, pomocí něhož si jedinec vybírá z různých možností, aby snadněji dosáhl cíle (42,43,44).

5.3.2.4 Interaktivní proces

Interaktivní proces tvoří druhou koncepci teorie k dosažení cíle. Tvoří základ každé ošetrovatelské činnosti. Interaktivní proces probíhá mezi sestrou a pacientem. Jednotlivé fáze na sebe navazují a mohou se opakovat.

Akce – vzniká při setkání sestry s pacientem, které vyvolá určité chování. Sestra pacienta seznamuje s podmínkami, situací a způsobem motivace k dosažení cílů.

Reakce – je výsledkem akce a interakce. Představuje způsob reagování na první kontakt pacienta se sestrou. Pacient má právo rozhodnout o péči, která je mu poskytována.

Interakce – představuje myšlenky a postoje

Transakce – vytváří podklady pro dosažení cílů. Transakce se uskuteční, jsou-li očekávané role a úkoly pacienta a sestry totožné. Ošetrovatelská péče je kvalitní a efektivní pokud jsou dosaženy cíle (42,44).

SPECIÁLNÍ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

V průběhu několika dalších let se má stát depresivní onemocnění největším zdravotnickým problémem. Depresivním onemocněním trpí asi milion lidí na světě. Přesto, že existuje celá řada nových moderních léčebných a psychoterapeutických postupů, odhaduje se rapidní vzestup tohoto onemocnění. Považujeme tedy za důležité se tímto onemocněním zabývat pro zlepšení kvality života pacienta s depresivním onemocněním. Věříme, že tato práce může pomoci samotným pacientům v lepší orientaci v problematice depresivního onemocnění, ale i těm, kteří jim chtějí pomoci.

6.1 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je shromáždění základních informací o tomto onemocnění. Aplikace ošetrovatelského modelu I. King do ošetrovatelského procesu u pacienta s depresivním onemocněním.

Informace, které jsem získala rozhovorem s pacientkami a analýzou zdravotnické dokumentace, použiji k sestavení ošetrovatelského plánu a edukačního plánu pro pacientky a jejich rodinné příslušníky.

Vypracováním těchto údajů a jejich prezentací bych chtěla přispět ke zlepšení povědomí zdravotnického personálu o depresivním onemocnění.

Dalším cílem bylo zjištění, do jaké míry ovlivňuje depresivní onemocnění kognitivní funkce v průběhu akutní epizody depresivního onemocnění.

Pro ověřování hypotéz jsme zvolily kvalitativní výzkum, neboť je schopen danou problematiku lépe zachytit.

6.2 VÝZKUMNÝ VZOREK

Pro náš výzkum bylo důležité, aby respondentka vykazovala určité znaky, které jsme si zvolily. Prvním společným znakem bylo, ženské pohlaví a středně těžké depresivní onemocnění. Dalším požadavkem byla minimálně 4 týdny trvající hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Výzkumný vzorek tedy tvořila žena se středně těžkým depresivním onemocněním ve věku mezi 30 - 40 lety. Ženy bývají otevřenější a sdílnější v hovoru o svých problémech, navíc je depresivní syndrom postihuje 2x častěji než muže.

7 KAZUISTIKA – Příběh Marie

Na příjmové ženské oddělení psychiatrické nemocnice byla přijata 39 letá žena pro dekompenzaci psychického stavu na doporučení ambulantního psychiatra. Jedná se o druhou hospitalizaci na psychiatrii. Marie udává: „*mám strach, že nic nezvládnu, ve všem selhávám. Jsem unavená, vyčerpaná. Nemám sílu starat se o domácnost a děti. Manžel mi vše vyčítá, myslí si, že jsem líná. Snažím se, ale ono to nejde. Nespím. Nemám chuť k jídlu, musím se nutit kvůli inzulinu. Jsem k ničemu*“. Jedná se o druhou hospitalizaci na psychiatrii. Poprvé byla hospitalizována v roce 2004 na psychiatrické klinice s diagnózou depresivní onemocnění. Na klinice Marie strávila dva měsíce, po té byla propuštěna do péče ambulantního psychiatra. Pravidelně docházela na kontroly. Marie strávila na ženském příjmovém oddělení psychiatrické nemocnice čtyři týdny. Po třech týdnech, kdy došlo ke stabilizaci psychického stavu, a v rámci zvyšování adaptability byla přeložena na otevřenou část oddělení.

7.1 Anamnéza

Anamnéza je souhrn informací o předešlém životě pacienta, které jsou důležité pro hodnocení aktuálního stavu. Anamnézu lze dělit na anamnézu přímou, kdy jsou informace získávané přímo od pacienta a nepřímou, kdy jsou informace zprostředkované například od doprovodu.

Osobní anamnéza

V roce 2004 byla Marie poprvé hospitalizována na psychiatrické klinice s diagnózou depresivní onemocnění. Do té doby žádné psychické problémy nikdy neměla. Připouští, že vždycky trpěla sníženým sebevědomím. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Chirurgický zákrok nikdy nepodstoupila. Úrazy také neudává. V roce 2005 bylo u Marie diagnostikováno onemocnění diabetes mellitus. V současné době je Marie na inzulinoterapii. Aplikuje si sama inzulin čtyřikrát denně. Při příjmu nebyl její diabetes mellitus zcela kompenzovaný. Pacientka neměla chuť k jídlu. Do jídla se musela nutit. V průběhu hospitalizace byly opakovaně upravované dávky inzulinu. U pacientky byla v minulosti diagnostikovaná arteriální hypertenze, nyní byla subjektivně bez potíží.

Rodinná anamnéza

Marie pochází ze tří sourozenců. Má o dva roky starší sestru Jaroslavu, která se s ničím neléčí. O čtyři roky mladší bratr Václav má žaludeční vředy. Vztahy v rodině

Marie hodnotí nyní jako bezkonfliktní. Pravidelně se scházejí při různých výročích. Otec zemřel v šedesáti letech na rakovinu tlustého střeva. Pracoval na dráze. Matka, 67 let se léčí s diabetem mellitem a osteoporózou. Již několik let se také léčí s depresivním onemocněním. Několikrát byla hospitalizována na psychiatrii. V současné době je v péči ambulantního psychiatra.

Farmakologická anamnéza

V průběhu hospitalizace byla pacientce upravena a nově nasazena tato medikace.

MIRTAZAPIN SANDOZ 30 mg	0 - 0 - 0 - 1 tbl. per os
NOVORAPID PENFILL 100 U/ML	12 – 12 – 12 j. s.c.
LEVEMIR 100 U/ML	0 – 0 – 0 – 16 j. s.c.
ANOPYRIN 100 mg	1 – 0 – 0 tbl. per os
BISOPROLOL VITABALANS 5 mg	2 – 0 – 0 tbl. per os
INDAP	1 - 0 – 0 tbl. per os
PRESTARIUM NEO	1 – 0 – 1 tbl. per os
AGEN 5 mg	1 – 0 – 1 tbl. per os
EBRENTIL RETARD 30 mg	2 – 0 – 2 tbl. per os
XANAX 5 mg	1 – 1 – 1 tbl. per os

Abúzus

Marie alkohol pije jen příležitostně. Preferuje spíše víno. Nikdy problémy s alkoholem neměla. Denně vykouří asi 10 cigaret. Snaží se to omezovat. Jiné psychoaktivní látky nikdy nezkusila.

Gynekologická anamnéza

Menstruuje nepravidelně. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala. Gynekologické potíže v současné době nemá. Poslední preventivní prohlídku absolvovala před čtyřmi roky. Prodělala dva porody a jeden samovolný potrat.

Alergická anamnéza

Alergii žádnou neudává. Pouze po léku Tramal má zažívací potíže.

Sociální anamnéza

Marie je vdaná, žije se svým manželem a dvěma dcerami na vesnici v rodinném domku, který si zrekonstruovali. Manželství hodnotí v poslední době jako konfliktní.

Pracovní anamnéza

Marie je nyní nezaměstnaná. Pracovala v |Siemensu jako elektromechanička. Vystudovala dvouletý obor technicko - administrativní pracovnice. Dálkově si později dodělala střední školu s maturitou.

Psychiatrická anamnéza

První dekompenzace psychického stavu ve smyslu depresivní epizody se u Marie objevila v roce 2004. Marie se tehdy přestěhovala s manželem z velkého města do malé vesnice. Ztratila tak kontakt se všemi svými známými. Nemohla si zvyknout na život na vesnici. Připadala si zbytečná a održena od všeho dění. Našla si novou práci. Práce jí nebavila, byla dost náročná a vyčerpávající. Postupně začala mít pocit, že do kolektivu zcela nezapadla. Kolegyně jí to dávaly dost najevo. Objevila se i šikana. Její psychický stav se zhoršil natolik, že musela být hospitalizována na psychiatrické klinice téměř dva měsíce. Cítila se velmi unavená, vyčerpaná, hypobulická. Po ukončení hospitalizace docházela k ambulantnímu psychiatrovi. Po čtyřech měsících pracovní neschopnosti nastoupila opět do zaměstnání. Po domluvě s vedoucím pracovníkem, byla přeložena na jiné oddělení, kde práce nebyla tak náročná. Tato práce však nebyla tak dobře placená jako ta předešlá. V roce 2006 se Marii narodila první dcera Darina. Veškerou svou pozornost Marie upnula na péči o dceru. V tu dobu se cítila velmi šťastná. Zvládala péči o Darinu, pomáhala manželovi s rekonstrukcí domku. V roce 2009 se Marii narodila druhá dcera Eva. Smyslem jejího života byla péče o své dvě dcery a domácnost. Neměla žádné přítelkyně, žádné zájmy. Postupně se izolovala od všech svých známých. Po ukončení mateřské dovolené v roce 2011 nastoupila Marie opět do práce. Podařilo se jí sehnat nové zaměstnání. Přesto, že práce byla velmi náročná na čas, Marii byla šťastná. Snažila se skloubit péči o domácnost a práci. Postupně si nacházela nové přítelkyně. Zpočátku si ani neuvědomovala narážky svého manžela na nepořádek v domácnosti. Manžel jí začal vše vyčítat, byl hrubý a někdy i agresivní. Marie se začala uzavírat do sebe, cítila se méněcenná, zbytečná. Tyto pocity se snažila kompenzovat přehnanou péčí o domácnost a o dcery. Vše bylo na ní. Manžel jí s ničím nepomáhal. Po nějaké době se Marie začala opět

cítit unavená, vyčerpaná. Objevovaly se u ní poklesy nálady, byla plačtivá. Nemohla spát. V noci doháněla veškerou práci, kterou přes den nestihla. Došlo ke zhroucení. Marie nemohla vstát, polehávala. K ambulantnímu psychiatrovi se dostavila zcela vyčerpaná, dominovalo depresivní ladění. Vyčítala si, že si vše zavinila ona sama. Manžel byl na ní hrubý, často se vracel v noci opilý. Marie u příjmu uváděla: „*udělal mi ze života peklo. Chtěla bych si odpočinout, nabrat nové síly. Získat zpět chuť do života*“.

7.2 Vyšetření celkového stavu při přijetí

Marie byla při příjmu vigilní, lucidní, plně orientovaná všemi kvalitami. K vyšetření přichází ochotně. Dobře spolupracuje. V průběhu explorační slušná, podrobná. Na cílené dotazy odpovídá k tématu, s mírnou latencí. Psychomotorické tempo je zpomalené. Myšlení je koherentní, obsahově chudé, bez bludných obsahů. Poruchy vnímání nebyly nalezeny. Nálada měla depresivní, středně těžkého stupně. Byla u ní přítomna abulie, apatie, anhedonie, insomnie a nechutenství. Bez zjevné tenze. Anxieta byla přítomna. Suicidiální myšlenky vyvracela, tendence nejevila. Byla hypomimická. Nejevila známky akutní intoxikace psychoaktivní látkou, zcela bez známek odvykacího stavu. Bez poruch chování ve smyslu auto či heteroagrese.

Marie je drobné konstituce, plně mobilní. Hlava poklepově nebolestivá. Jazyk plazí středem, polykání je neporušeno. Uši bez patologické sekrece, nos čistý, bez sekrece, oči – spojivky narůžovělé, zornice izokorické, reagující na osvit. Náplň krčních žil nezvýšená. Krční uzliny jsou nezvětšeny. Hrudník symetrický, dýchání pravidelné, čisté. Břicho v úrovni hrudníku, bez palpační rezistence či citlivosti, dobře prohmatné. Močový měchýř bez retenze. Dolní končetiny bez otoků či známek TEN. Bez varixů a deformit. Pulsace na obou dolních končetinách symetrická, hmatná na periférii. Přiměřený svalový tonus, normální svalová síla. Hybnost v kloubech volná.

Fyziologické funkce:

Krevní tlak - 145/80 mm/Hg

Puls – 76'

Tělesná teplota měřená v axile – 36,9°C

Dechová frekvence – 18'

Váha – 64 kg

Výška 172 cm

BMI – 22 (optimální váha)

Kompenzační pomůcky:

Dioptrické brýle – pacientka špatně vidí do dálky

Inzulínové pero – k aplikaci inzulínu

7.3 Měření dle škál

Na začátku pobytu na psychiatrickém oddělení

Beckův depresivní inventář – 40 bodů, střední deprese

Addenbrookský kognitivní test – 82 bodů

Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu dle Gajda) - 10 bodů, nejedná se o zmatenost

Test instrumentálních všedních činností (IADL) – 90 bodů, lehká závislost v aktivitách denního života

Mini vyhodnocení duševního stavu – 27 bodů, normální duševní stav

Barthelův test základních všedních činností (ADL) – 100 bodů, nezávislá

Nutriční screening – BMI 21, vyhodnocení nepotvrdilo problém s příjmem potravy

Screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 3 body, bez rizika

Riziko sebevražedného jednání – 13 bodů, střední riziko

Riziko agrese – 0 bodů, nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodinách

Po čtyřech týdnech hospitalizace na psychiatrickém oddělení

Beckův depresivní inventář – 10 bodů, normální nálada

Addenbrookský kognitivní test - 89

Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu dle Gajda) - 10 bodů, nejedná se o zmatenost

Test instrumentálních všedních činností (IADL) – 100 bodů, nezávislá

Mini vyhodnocení duševního stavu – 27 bodů, normální duševní stav

Barthelův test základních všedních činností (ADL) – 100 bodů, nezávislá

Nutriční screening – BMI 21, vyhodnocení nepotvrdilo problém s příjmem potravy

Screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 3 body, bez rizika

Riziko sebevražedného jednání – 3 body, bez rizika

Riziko agrese – 0 bodů, nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodin

7.4 Průběh hospitalizace

Marie se dostavila na příjmové ženské oddělení v doprovodu své sestry na doporučení ambulantního psychiatra pro dekompenzaci psychického stavu. Při příjmu dominovalo depresivní ladění. Byla úzkostná, unavená a vyčerpaná. Při sběru informací pro sepsání ošetřovatelské anamnézy seděla schoulená v křesle. Oční kontakt nebyla schopna udržet. Na otázky odpovídala velmi tiše, pomalu s delšími pauzami. Některé otázky jí musely být opakovány. Neustále se omlouvala. Kontakt s ostatními pacientkami ani s personálem nevyhledávala, spíše se stranila. Lékař Marii při příjmu naordinoval Mirtazapin v dávce 15 mg denně. Postupně během jednoho týdne docházelo ke zlepšení nálady a spánku. Marie byla více ochotna spolupracovat, sama se zapojovala do aktivit. Dokonce měla zájem docházet na skupinu. Zpočátku pouze seděla a poslouchala. Později se rozhovořila o svých problémech. Poslední dobou nebyla ve své kůži. Cítila se unavená vyčerpaná, ráno neměla sílu vstát z postele. Manžel to nemohl pochopit. Vyčítal jí, že je líná, že nic nechce dělat. Celou situaci ještě zhoršovala tíživá finanční situace. Dávka 15 mg Mirtazapinu však nestačila k dosažení klinické normy. Proto byla dávka navýšena na 30 mg denně. Při příjmu byly Marii také naordinované benzodiazepiny pro zmírnění úzkosti, které se po čtrnácti dnech postupně vysazovaly s dobrou tolerancí. Marie docházela jednou týdně na skupinovou psychoterapii a dvakrát týdně na individuální sezení s psychologem. Nálada se postupně projasnila, zlepšila se výrazně aktivita a motivace k činnostem. Po čtrnácti dnech zvládla Marie samostatné vycházky po areálu nemocnice. Zapojila se do ergoterapie. Věnovala se háčkování a keramice. Po třech týdnech Marie odjela v doprovodu manžela na terapeutickou dovolenku v trvání tří dnů. Manžel před odjezdem na dovolenku podstoupil jednorázovou edukaci o depresivním onemocnění. Cílem edukace bylo, aby manžel pochopil depresivní onemocnění. Během dovolenky Marie trávila čas domácími pracemi a návštěvami známých. Vše zvládla bez zakolísání psychického stavu a bez úzkosti, že zase něco nezvládne. Dokonce si zašla ke kadeřníkovi. V projevu se objevil i úsměv. Po čtyřech týdnech se nálady výrazně projasnila. Na skupinách hovořila o plánech do budoucna.

7.5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY

Sběr informací dle ošetřovatelského modelu I. King

Potřebné informace pro sestavení ošetřovatelského plánu jsme získaly rozhovorem s pacientkou a prostudováním zdravotnické dokumentace.

7.5.1 Personální systém

Percepce

Marie se hodnotí jako introvert s nízkým sebevědomím. Je přehnaně citlivá, vše jí rozruší. Často podléhá úzkosti a smutku. Nedokáže oddělit pracovní život od osobního. Ve všem chce být perfektní. Jakýkoliv neúspěch jí hned rozesmutní. Celé noci pak přemýšlí, co mohla udělat jinak. Uzavírá se do sebe. Neustále se zabývá myšlenkami, jestli nikomu neublížila a jestli vše udělala dobře. Má tendence se podceňovat. Její myšlenky jsou pesimistické. Ke své osobě je přehnaně kritická.

Na začátku hospitalizace měla Marie problémy se sdělováním svých pocitů a prožitků. To se během hospitalizace postupně začalo upravovat. Marie začala s pomocí psychologa pracovat na zvyšování sebevědomí.

Růst a vývoj

Na dětství Marie nevzpomíná příliš ráda. Mezi sourozenci panovala určitá rivalita o přízeň rodičů. Marie se vždycky cítila trochu odstrčená. Blíže měla k otci. Matka byla často nemocná. Marie se tak se starší sestrou musela starat o domácnost a mladšího bratra. Pochvalu vždy získala starší sestra, která je průbojnější. Chtěla se více podobat své sestře. Čím více se snažila, tím více se cítila nejistě a přestala si věřit. Držela se v pozadí své sestry. Ve škole se postupně začala stranit ostatním. Při zkoušení měla trému. Znejišťovala jí jakákoliv samostatná aktivita. Teprve až na střední škole si našla nové kamarádky, které jí pomáhaly zvednout sebevědomí. Zažívala pocity štěstí.

Během hospitalizace si Marie dala za cíl, že každý den se pochválí za jakoukoliv maličkost, kterou sama zvládne. Při pochvale od ošetřujícího personálu se objevoval na tváři Marie úsměv. Povzbuzovalo jí to.

Obraz těla

Marie nikdy nebyla spokojená se svou postavou a vzhledem. Má nízké sebehodnocení. Hodnotí se jako „tuctová“ žena, která není ničím výjimečná. Ještě dříve, když bydleli s manželem ve městě, se o sebe starala. Chodila vždy upravená, namalovaná a snažila se pěkně oblékat. Pravidelně docházela ke kadeřníkovi. Po té co se přestěhovali na vesnici, jejich společenský život se změnil. Nikam již nechodili. Postupně se Marie přestala o sebe starat. Velice jí trápí drobné jizvičky po aplikaci inzulínu. Stydí se vysvléci se do plavek.

Během hospitalizace jsme s Marií rozebíraly, co by se jí líbilo. Marie chtěla změnit účes a začít se líčit. Snažila jsem se jí povzbuzovat. Společně jsme si prohlížely módní časopisy a povídaly si o nových módních trendech. Bylo patrné, že chce změnit svůj vzhled. Hned při první vycházce do města si zašla koupit kosmetiku. Měla radost. V průběhu terapeutické dovolenky si zašla ke kadeřníkovi. Po návratu z dovolenky udávala, že má nyní ze sebe dobrý pocit. Začala si více věřit. Celá se rozzářila.

Prostor, ve kterém jedinec žije

Marie veškeré úsilí věnovala po přistěhování na vesnici zvelebování rodinného domku. Snažila se vytvořit příjemné domácí zázemí. Poslední dobou procházeli s manželem tíživou finanční situací. Marie, již nevydělávala tolik peněz jako v předešlém zaměstnání. Manžel jí to dával za vinu. Stále častěji se obviňovala z neschopnosti. Dříve k nim domů docházely návštěvy. Ale díky manželovu hrubému chování k nim přestali známí docházet. Na návštěvu postupně přestala zvat i své nejbližší. Styděla se. Bála se, že ji pomluví, protože poslední dobou domácnost dost zanedbávala.

Při spolupráci s Marií bylo patrné, že má ráda své soukromí. Pevně si bránila svůj osobní prostor. Při přiblížení se automaticky stáhla, udělala krok zpět. V tomto ohledu jsem respektovala osobní prostor a snažila jsem se ho nikterak zbytečně nenarušovat.

Čas

Marie hodnotí svůj život velmi pesimisticky. Stále se vrací myšlenkami k minulosti. Bojí se budoucnosti. Často přemýšlí nad tím, co by mohlo být, kdyby udělala spoustu věcí jinak. Trápí ji, že se odstěhovali z města. Manželovi to nikdy neřekla. Byl to jeho sen mít vlastní domek v klidné vesničce.

Prvních čtrnáct dní Marii utíkal čas na oddělení velmi pomalu. Neměla vycházky. Po terapeutických sezeních byla vždy rozrušená a chtěla být sama. Respektovala jsem to. Ošetřovatelský personál se snažil dodržovat denní program v přesně daném čase. Volný čas Marie trávila v keramické dílně nebo na procházkách.

7.5.2 Interpersonální systém

Interakce

Marie se celý život potýkala s trémou a problémy při komunikaci s cizími lidmi. V práci jí trvalo delší dobu, než se zapojila do kolektivu. Nikdy neměla v kolektivu hlavní slovo. Samotnou jí mrzí, že se více neumí sebezprosat.

Během hospitalizace se postupně začleňovala do kolektivu spolupacientů. Nebyla vůdčí typ. Spíše vyhledávala společné aktivity, kde rozhodování ponechávala ostatním. Stále se omlouvala, že vyrušuje a obtěžuje. Vysvětlila jsem jí, že kdykoliv bude potřebovat, může přijít. Zpočátku byla v rozpacích a styděla se o některých věcech mluvit. Postupně jsem získávala její důvěru. Spolupráce s ní byla bez problémů. Po třech týdnech převzala aktivitu při vytváření a dosahování cílů.

Komunikace

Již od dětství má problémy s vyjadřováním svých pocitů a potřeb. Neustále si myslí, že je na obtíž a to jí psychicky vyčerpává. Manžel nikdy nepochopil, co skutečně cítí. I když se mu to mnohokrát snažila naznačovat. K přímému sdělení nikdy nenašla odvahu. Poslední dobou se spíše hádají.

Marie se na sezeních postupně učila vyjadřovat své pocity. Zapojovala se více do konverzace s pacientkami na oddělení. Po návratu z dovolenky udávala i zlepšení ve vztahu s manželem. Manžel byl pozornější a ochotnější jí naslouchat.

Transakce

První kontakty s Marií byly rozpačité. Po týdnu se stav výrazně zlepšil. Marie otevřeně hovořila o svých problémech, opadl z ní ostych. Již nebylo třeba klást otázky, sama se zajímala a kladla otázky. Zlepšila se konverzace i s ostatními pacientkami a zdravotnickým personálem. Sama udávala, že se přestává stydět za své pocity a dotazy. Uvědomila si, že je to pro ni důležité.

Role

Marie si plně uvědomuje své životní role. Chtěla by být dokonalou matkou a manželkou. Je přesvědčená, že tyto role neplní dostatečně. Jako dcera si připadá špatná, obviňuje matku za plno negativních událostí. Cítí křivdu, že zrovna ona onemocněla stejnou chorobou. Role sestry jí dělá potíže. V sestře neustále vidí konkurenta. Poslední dobou se sice jejich vztahy trochu zlepšily, ale stále to není to, co ona by si představovala. Jako manželka se hodnotí spíše submisivně, bere na sebe vinu, za všechny problémy. S rolí matky není také spokojena. Mrzí ji, že se nemůže věnovat dcerám tak, jak by chtěla. V roli pracovní se necítí dobře, práce ji moc nebaví, nenaplnuje ji. Na další role si již nedokázala vzpomenout.

Marie byla během hospitalizace příjemcem ošetrovatelské péče. Spolupracovala bez větších potíží.

Stres

Marie udává, že má nízkou frustrační toleranci. V situacích, které nezná anebo se jí nedaří, se cítí bezmocná. Nikdy se neuměla odreagovat a uvolnit napětí. Poslední dobu hodnotí jako jeden veliký stres.

Často udávala, že má obavu z návratu do domácího prostředí. Měla strach, jak bude její manžel reagovat. I pro něj tato situace nebyla jednoduchá. Měl snahu vše napravit. Při našich rozhovorech jsem Marii aktivně naslouchala a snažila se s ní domluvit na nějakém cíli, který by její stres zmírnil. Za nejdůležitější cíl Marie považovala otevřeně si promluvit s manželem o svých pocitech. Hned při další návštěvě si Marie otevřeně promluvila s manželem. Po splnění tohoto úkolu cítila obrovskou úlevu a měla radost, že před problémem neutekla. S manželem se dohodli na kompromisu.

7.5.3 Sociální systém

Organizace

Při aktivitách ve skupině byla spíše zdrženlivá. Do samostatných úkolů se nehrmula. Vyhovovaly jí spíše společné aktivity. Do hovorů se zpočátku nezapojovala, byla pasivní. Při individuálním sezení se dokázala otevřít a svěřit se se svými problémy, které jí trápily.

Autorita

Marie neměla nikdy problémy s autoritou. Byla zvyklá poslouchat. Léčebný režim zvládala bez potíží. Z povolených vycházek se vracela včas. Na skupiny docházela s časovou rezervou. Zadané úkoly se snažila plnit ihned. Úkoly byly zadávané podle momentální nálady a psychického rozpoložení. Měla problémy plnit úkoly, pokud na ní byl vyvíjen nátlak.

Pravomoc

Marie byla velmi snaživá. Chtěla změnit svůj život. Zpočátku jsme se zaměřily na krátkodobé plánování. Po nasazení medikace se upravila i její nerozhodnost. Přestala se za všechno omlouvat. Neříkala již věty jako: „*Jak chcete vy. Udělám to, jak říkáte*“.

Status

Marie je introvert.

Rozhodování

Pro Marii bylo velkým problémem se pro něco rozhodnout, proto jsem na začátku ošetrovatelské péče zvolila spíše direktivní přístup, kdy Marie byla pasivním příjemcem. Jak se postupně měnilo psychické rozpoložení, měnila se i potřeba rozhodovat o svém životě a dalších cílech. Pociťovala obrovskou radost.

7.6 Ošetrovatelský plán

Ošetrovatelský plán byl sestaven na základě získaných informací od samotné pacientky s použitím zdravotnické dokumentace. Ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny použitím NANDA taxonomie z knihy Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách od autorky Jany Marečkové. Současně byl navržen cíl ošetrovatelské péče a intervence, kterými chceme dosáhnout stanovených cílů (45).

7.6.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Dg. 00069 Neefektivní zvládnání zátěže související s nízkou frustrační tolerancí projevující se:

objektivně: vyhýbáním se zátěžovým situacím a odkládáním řešení důležitých věcí

subjektivně: verbalizací vnitřní nejistoty

Očekávaný výsledek: pacientka bude schopna zvládat v rámci svých psychických možností zátěžové situace a nebude odkládat řešení důležitých věcí do 3 týdnů.

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti pacientce dostatečný klid a prostor na řešení jejich problémů
- nabídní pacientce pomoc při vyřizování důležitých věcí
- podporuj pacientku v rozvoji sebedůvěry

Dg. 00051 Zhoršená verbální komunikace související s psychickým stavem projevující se:

objektivně: stažením se a uzavřením se do sebe

subjektivně: verbalizací problému vyjádřit své pocity

Očekávaný výsledek: pacientka bude schopna vyjadřovat své pocity a potřeby do 14 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti dostatek soukromí při rozhovoru
- zajisti dostatek času k rozhovoru
- zapojuj pacientku do komunikace
- zpočátku používej cílené dotazy

Dg. 00053 Sociální izolace související s nízkým sebevědomím projevující se:

objektivně: nespolečenským chováním, neudržením očního kontaktu

subjektivně: verbalizací pocitu nejistoty a rozdílnosti od jiných

Očekávaný výsledek: pacientka bude schopna do 14 dnů se účastnit vybraných programů a aktivit podle svých možností

Ošetrovatelské intervence:

- vyslechni pacientku
- spolupracuj s rodinou

- realizuj a plánuj ošetrovatelský plán péče s pacientkou

Dg. 00093 Únava související s depresivním onemocněním projevující se:

objektivně: sníženým výkonem

subjektivně: verbalizací ospalosti a nárůstem potřeby odpočinku

Očekávaný výsledek: pacientka bude schopna do 7 dnů vykonávat běžné rutinní činnosti

Ošetrovatelské intervence:

- umožni pacientce dostatek času a klidu k odpočinku
- postupně aktivizuj pacientku, zapojuj jí nenásilně do činností na oddělení
- nabídní pacientce dopomoc při hygieně
- povzbuzuj pacientku k dalším krokům

Dg. 000 146 Úzkost související se stresem projevující se:

objektivně: těkavým chováním a roztřeseností v hlasu

subjektivně: verbalizovaným pocitem nejistoty

Ošetrovatelský výsledek: pacientka nebude pociťovat úzkost při zátěžových situacích do 2 týdnů.

Ošetrovatelské intervence:

- *aktivně naslouchej problémům pacientky*
- *nabídní pomoc při řešení problémů*
- *sleduj míru úzkosti a prováděj zápis do dokumentace*

Dg. 00096 Spánková deprivace související s úzkostí projevující se:

objektivně: unaveným výrazem, kruhy pod očima

subjektivně: verbalizací únavy, malátností

Očekávaný výsledek: pacientka bude mít do 2 dnů navozené zklidnění a zlepšený spánek

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti klidné a tiché prostředí
- umožni pacientce provádět před spaním činnosti, na které je zvyklá
- dle ordinace lékaře podávej hypnotika

- sleduj jejich účinek, vše zaznamenej
- zajisti dostatek činností přes den

Dg. 00083 Konflikt v rozhodování řešit problémy s manželem projevující se:

objektivně: vyhýbáním se rozhovoru s manželem

subjektivně: verbalizovanými obavami z manželovy reakce

Očekávaný výsledek: pacientka bude schopna do 14 dnů sdělit manželovi své pocity

Ošetřovatelské intervence:

- podporuj pacientku v rozhodování řešit problémy s manželem
- nabídní svou přítomnost při řešení problému
- pochval pacientku za rozvážnost řešit problémy

Dg. 00119 Chronicky snížená sebeúcta související s depresivním onemocněním projevující se:

objektivně: sociální izolací

subjektivně: verbalizovaným hodnocením sebe sama jako neschopnou

Očekávaný výsledek: pacientka bude do 4 týdnů vyjadřovat zvýšenou sebeúctu

Ošetřovatelské intervence:

- posud' míru snížené sebeúcty
- posud' míru účasti a spolupráce v rámci terapeutického režimu
- vybuduj terapeutický vztah
- zapoj pacientku do psychoterapie
- podporuj u pacientky socializaci

7.6.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy

Dg. 000140 Riziko násilí vůči sobě související s negativními myšlenkami a pocity úzkosti

Očekávaný cíl: pacientka projeví náležitou sebekontrolu, nedojde u ní k násilí vůči sobě

Ošetřovatelské intervence:

- zajisti bezpečné prostředí pro pacientku
- zjistí, jak pacientka vnímá sama sebe

- sleduj verbální i neverbální projevy pacientky a známky sebevražedného chování
- umožni pacientce vyjádřit své pocity
- podporuj pacientku v zapojení do péče

Dg. 00174 Riziko oslabení lidské důstojnosti související se stigmatizací

Očekávaný cíl: pacientka nebude vnímat ztrátu úcty a cti

Ošetřovatelské intervence:

- komunikuj tak, aby si nenarušila osobní identitu pacientky
- nevycházej z předsudků a mýtů
- respektuj práva duševně nemocných a samotnou osobnost pacientky

7.7 Hodnocení plánu ošetřovatelské péče

7.7.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Dg. 00069 Neefektivní zvládnání zátěže související s nízkou frustrační tolerancí

Marie se během pobytu snažila vyřešit své odložené povinnosti, které byly pro ni velkou zátěží. Po jejich vyřízení cítila obrovskou úlevu.

Dg. 00051 Zhoršená verbální komunikace související s psychickým stavem

Během hospitalizace Marie začala pomalu navazovat vztahy s ostatními pacientkami a personálem. Spolupracovala. Nejprve sdělovala své pocity při individuálních rozhovorech. Později sdělovala své problémy i na skupinách. Bylo patrné, že Marie postupně odbourávala trému. Po třech týdnech sama vyhledávala rozhovory.

Dg. 00053 Sociální izolace související s nízkým sebevědomím

Marie po čtrnácti dnech dostala samostatné vycházky po areálu. Spolu s ostatními pacientkami chodila na procházky. Hrála společenské hry, docházela na kroužek keramiky a háčkování.

Dg. 00093 Únava související s depresivním onemocněním

Marie se po jednom týdnu cítila lépe. Běžné denní činnosti jí nevyčerpávaly, sama udávala, že má teď více energie. Pomalu se jí navracela chuť do života.

Dg. 000 146 Úzkost související se stresem

Marii byly předepsány na začátku hospitalizace léky snižující stavy úzkosti, které se postupně vysazovali. Během dvou týdnů, kdy se zlepšila i spolupráce byla Marie klidnější.

Dg. 00096 Spánková deprivace související s úzkostí

S postupnou kompenzací psychického stavu a pomocí hypnotik se Marie cítila odpočatá. Nepospávala během dne. Spala již téměř celou noc. Neměla již unavený výraz v obličeji.

Dg. 00083 Konflikt v rozhodování řešit problémy s manželem

Marie se sama snažila již během hospitalizace řešit problémy s manželem. Manžel podstoupil jednorázovou edukaci o charakteristice depresivního onemocnění. Měl snahu své chování vůči manželce změnit. Po absolvování terapeutické dovolenky byla Marie spokojená s chováním manžela. Manžel byl ochotnější jí pomáhat s domácími pracemi a výchovou dcer.

Dg. 00119 Chronicky snížená sebeúcta související s depresivním onemocněním

U Marie bylo během hospitalizace vidět zlepšení v jejím chování. Více času trávila s ostatními pacientkami. Měla zájem o různé aktivity. Byla aktivní. Apatičnost pomalu odeznívala. Na chronicky snížené sebeúctě bude muset Marie do budoucnosti ještě pracovat. Změnou účesu a péčí o svůj vzhled se Marie cítila atraktivnější.

7.7.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Dg. 000140 Riziko násilí vůči sobě související s negativními myšlenkami a pocity úzkosti

Během hospitalizace nedošlo u Marie k žádnému násilí vůči sobě.

Dg. 00174 Riziko oslabení lidské důstojnosti související se stigmatizací

S pacientkou byl navázán psychoterapeutický vztah. Po třech týdnech převzala iniciativu v plánování péče a cílů.

7.8 Edukační plány

Edukační plán č. 1

Účel: Edukovat pacientku o varovných příznacích depresivního onemocnění

Cíl: Pacientka vyjmenuje varovné příznaky depresivního onemocnění

Časová dotace: 20 minut

Pomůcky: Edukační materiály – letáky, brožury

Výukové metody: Teoretické – popis, rozhovor s diskusí

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjmenuje alespoň 5 ze 7 varovných příznaků jejího onemocnění

Hlavní body plánu: Pacientce vyjmenuji 7 varovných příznaků depresivního onemocnění

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka vyjmenovala 6 ze 7 varovných příznaků jejího onemocnění

Oblast afektivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjádří obavy z nerozpoznání varovných příznaků

Hlavní body plánu: Pacientku uklidním a psychicky jí podpořím. Vyzvu jí ke konkrétnímu vyjádření obavy

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Obavy pacientky se zmírnily

Edukační plán č. 2

Účel: Edukovat pacientku o nutnosti pravidelného užívání předepsané medikace

Cíl: Pacientka pochopí důležitost pravidelného užívání předepsané medikace

Časová dotace: 30 minut

Pomůcky: Edukační materiály – letáky, brožury

Výukové metody: Teoretické - rozhovor s diskusí

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacientka popíše nutnost pravidelného užívání předepsané medikace

Hlavní body plánu: Pacientce popíši nutnost pravidelného užívání předepsané medikace

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka popsala nutnost pravidelného užívání předepsané medikace.

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjmenuje 3 z 5 komplikací, které mohou nastat s nepravidelným užíváním předepsané medikace

Hlavní body plánu: Pacientce vysvětlím a popíši 5 nejčastějších komplikací, které jsou spojeny s nepravidelným užíváním předepsané medikace

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka vyjmenovala 5 nejčastějších komplikací, které jsou spojené s nepravidelným užíváním předepsané medikace

Oblast afektivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjádří obavy z nezvládnutí pravidelného užívání předepsané medikace

Hlavní body plánu: Pacientku uklidním a psychicky ji podpořím

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Obavy pacientky se zmírnily

Edukační plán č. 3 – Edukace manžela

Účel: Edukovat manžela pacientky o hlavních příznacích depresivního onemocnění.

Cíl: Manžel pacientky pochopí základní příznaky depresivního onemocnění.

Časová dotace: 30 minut

Pomůcky: Edukační materiály – letáky, brožury

Výukové metody: Teoretické – rozhovor s diskusí

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Manžel pacientky vyjmenuje 5 ze 7 hlavních příznaků deprese

Hlavní body plánu: Manžel pacientky vyjmenuje 5 hlavních příznaků depresivního onemocnění.

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Manžel pacientky vyjmenoval 6 hlavních příznaků deprese

Oblast afektivní:

Specifické cíle: Manžel pacientky vyjádří obavy ze zvládnutí relapsu depresivního onemocnění

Hlavní body plánu: Manžela pacientky uklidním a psychicky ho podpořím

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Obavy manžela se trochu zmírnily

7.9 Vyhodnocení jednotlivých položek Addenbrookského kognitivního testu

Položka č. 1 - Pozornost a orientace

Marie v prvním týdnu hospitalizace dosahovala 13 bodů z 18 celkově dosažitelných bodů. Největší problém jí dělalo odečítání čísla 7 od 100. Nemohla se soustředit i přesto, že vyšetření probíhalo v klidné a nerušené místnosti. Při vyšetření jsem tolerovala Marii časové limity. Marii jsem doporučila, aby více procvičovala pozornost a koncentraci.

Marie zpočátku koncentraci zvyšovala četbou časopisů a později i knih. Dokázala se soustředit na obsah. Po čtrnácti dnech zkusila háčkování. S úspěchem. Marii jsem po celou dobu povzbuzovala.

Při hodnocení testu ve čtvrtém týdnu hospitalizace Marie dosáhla plných 18 bodů.

Položka č. 2 - Paměť

Marie v prvním týdnu hospitalizace v této oblasti dosahovala 19 bodů z 26 celkově dosažitelných bodů. V této oblasti Marii dělalo největší problém vybavování si. S Marií jsem se domluvila na soupise důležitých instrukcí. Stanovily jsme strukturovaný denní řád. Důležité informace jsem Marii během dne několikrát připomínala. Pro snadnější zapamatování jsme používaly praktické ukázky.

Při hodnocení testu ve čtvrtém týdnu dosahovala Marie 23 bodů.

Položka č. 3 - Verbální fluence

V této oblasti dosahovala Marie v prvním týdnu hospitalizace 9 bodů z 14 celkově dosažitelných bodů. V této oblasti dělaly Marii největší problém úkoly, které byly časově

ohraničené. Pro další spolupráci bylo nutné tolerovat Marii delší časovou prodlevu na odpověď.

Po čtyřech týdnech Marie v této oblasti dosáhla 12 bodů.

Položka č. 4 Jazyk – Porozumění

Marie v prvním týdnu hospitalizace dosahovala v oblasti porozumění daným úkolům 25 bodů z 26 celkově dosažitelných bodů. V této oblasti jsem pro Marii neměla žádné doporučení.

Při hodnocení testu ve čtvrtém týdnu hospitalizace Marie dosáhla plných 26 bodů.

Položka č. 5 - Zrakové a prostorové schopnosti

Marie v prvním týdnu hospitalizace na psychiatrickém oddělení dosahovala v této oblasti plných 16 bodů. V této oblasti nebylo třeba s Marií dále spolupracovat.

Po čtyřech týdnech hospitalizace Marie dosahovala stejného výsledku, 16 bodů.

8 DISKUZE

Ve své diplomové práci jsem chtěla popsat a objasnit problematiku pacientů s depresivním onemocněním. Při ošetřování pacientů s duševním onemocněním je velmi důležité respektovat jejich individualitu. Proto jsem zvolila při ošetřování pacientky se středně těžkou fází depresivního onemocnění ošetřovatelský model interpersonálního vztahu Imogine King. Ošetřovatelský model se skládá ze tří navzájem prolínajících systémů. Sestra si musí uvědomit a pochopit vzájemné prolínání mezi personálním, interpersonálním a sociálním systémem. Ošetřovatelský model klade především důraz na efektivní komunikaci a správné zpracování získaných informací, které napomáhají k dosažení vytyčených cílů.

Úspěšnost aplikace ošetřovatelského modelu je ovlivněna navázáním dobrého vztahu mezi pacientem a sestrou. Tento vztah by měl být postaven na vzájemné důvěře. Sestra při ošetřování pacienta musí zvolit správný způsob komunikace, vytvořit příjemné a klidné prostředí. Jedině tak lze dosáhnout aktivní spolupráce při plnění ošetřovatelského plánu a dodržení léčebného režimu. K naplnění psychoterapeutického vztahu je nutné, aby si pacient uvědomil a přijal své onemocnění.

Sestra při sestavení a plánování ošetřovatelské péče vychází ze získaných informací z personální, interpersonální a sociální oblasti. V personálním systému si pacient uvědomuje, chápe, myslí a rozhoduje se. Vytyčuje si tak cíle a získává prostředky pro jejich dosažení. Interpersonální systém se zabývá vzájemným ovlivňováním jedinců zainteresovaných do společného vztahu. Sociální systém představuje životní aktivity potřebné k udržení zdraví a navození pocitu štěstí.

Velkou výhodou pro výzkumné šetření bylo, že jsem byla s pacientkou téměř v dennodenním kontaktu, což výrazně přispělo k navození důvěry a vytvoření interpersonálního vztahu. Ze získaných informací jsem použila pouze ty, které byly významné pro výzkumné šetření.

Cílem praktické části bylo poskytnutí informací o specifikách ošetřovatelské péče u pacientky s depresivním onemocněním metodou kvalitativního výzkumu. Praktická část nabízí pohled na poškození kognitivních funkcí během akutní fáze depresivního onemocnění. Dalším cílem bylo stanovit ošetřovatelské diagnózy, vytyčit cíle a intervence a vyhodnotit efektivitu ošetřovatelské péče. Zabývala jsem se kazuistikou pacientky, která byla hospitalizována na příjmovém ženském oddělení psychiatrické nemocnice. Pacientka byla přijata pro dekompenzaci psychického stavu. Zpočátku hospitalizace byla vystrašená,

stranila se ostatním. S ostatními pacientkami nekomunikovala. Veškerá aktivita jí ihned unavila. Mísilo se v ní několik pocitů najednou. Na jedné straně si uvědomovala, že svůj stav sama nezvládne a potřebuje pomoc a na druhé straně vnímala hospitalizaci jako projev selhání. Vždyť spousta žen zvládne péči o domácnost a děti aniž by se při tom zhroutily. Cítila se provinile. Zpočátku nebyla schopna hovořit o svých problémech a pocitech. Postupně jak jsem získávala pacientčinu důvěru, se pacientka pomalu začala svěřovat se svými problémy. Bylo patrné postupné ustupování úzkosti a napětí. Byla ráda, že se konečně může někomu svěřit se svými problémy. Doposud se setkávala pouze s nepochopením. Manžel a její okolí jí považovali za línou, mysleli si, že se na všechno jen vymlouvá. Postupně se s manželem začali odcizovat. Neměla však sílu jejich manželství ukončit. Proto nadále setrvala v nefungujícím vztahu a tiše trpěla. Nejdůležitějším rozhodnutím pro pacientku bylo, zda se ještě s manželem pokusí manželství zachránit. Důležitým úkolem bylo pro mě získat manžela ke spolupráci. Manžel zpočátku nebyl příliš nakloněn spolupracovat. Připadalo mu vše zbytečné. Po společném pohovoru souhlasil, že se podrobí společnému sezení a jednorázové edukaci o charakteru depresivního onemocnění. Po třech týdnech pacientka odjela v doprovodu manžela na tří denní terapeutickou dovolenku. Po návratu se pacientka cítila výrazně lépe. Uvádala, že manžel byl pozorný a se vším jí pomáhal. Během hospitalizace pacientka dělala drobné pokroky. Neviděla už svojí osobu jako zbytečnou. Dokonce se začala více zajímat o svůj vzhled. Měla spoustu plánů, co chce změnit. Postupně se zvyšovalo její sebevědomí, již nebyla tou uzavřenou a vystrašenou ženou, která přišla na příjem.

U pacientky došlo ke splnění všech plánů, které jsme si společně určily. Pacientka využívala nejen mé pomoci, ale i pomoci dalšího ošetřujícího personálu. Zajímala se o psychoterapii, která by jí mohla být v budoucnosti velmi nápomocná.

Velmi často se setkávám ve své praxi s nepochopením tohoto závažného onemocnění. Tito lidé vypadají a hovoří zcela normálně. Proto je laici, ale někdy i zdravotnický personál, považují za líné a neschopné lidi, kteří se na svoje onemocnění jenom vymlouvají.

Depresivní onemocnění patří mezi závažné duševní stavy. Klinický obraz onemocnění a prohlubování se může měnit každým okamžikem. Pacient po určité době, kdy došlo ke zlepšení psychického stavu, získá falešný pocit, že už není zapotřebí dále pokračovat v terapii. Toto falešné zlepšení psychického stavu vede k opětovnému propadání dalším afektům tísně. U depresivního pacienta pozorujeme zpomalení osobnostního rozvoje a

celkové zhoršení kvality života. Nemoc znemožňuje pacientům dosáhnout svých životních cílů a vyvolává obavy z budoucnosti.

U depresivního onemocnění se často za vyléčeného pacienta považuje člověk, který získá náhled na své onemocnění, problémy v oblasti myšlení a chování. Není u nich na první pohled patrné poškození kognitivních funkcí jako například u schizofrenie. Poškození kognitivních funkcí lze zjistit zadáváním úkolů vyžadující přesné následování instrukcí, pozornost, pracování v postupných krocích úkolů, učení se něčemu novému, paměť a rychlé reakce. Poškození kognitivních funkcí bylo prokázáno v mnoha studiích, které se tímto problémem zabývaly. Poškozená kognice ovlivňuje schopnost nemocného žít svůj život naplno, vrátit se do práce a být spokojený v sociálních vztazích. Existuje jen málo možností, jak pomoci depresivním pacientům s poškozenou kognicí. Mezi všeobecná pravidla práce s pacienty s poškozenou kognicí patří: podpora pacienta v nezávislosti, povzbuzování při plnění jednotlivých úkolů, přizpůsobení hlasitosti a tempa řeči pacientovo potřebám, srozumitelná řeč. Pokud si to situace vyžaduje je vhodné instrukce opakovat. Pacient by neměl být zbytečně vystavován prudkým změnám prostředí. Je vhodné zavést rutinní denní řád.

Výzkum, který jsme prováděly v této diplomové práci, probíhal pomocí hodnocení Addenbrookského testu, který se zaměřuje na zjištění míry poškození kognitivních funkcí během akutní fáze depresivního onemocnění. Výsledky testu poukázaly na zhoršení výkonu v oblasti verbální paměti, pozornosti a orientace. Námi zjištěné výsledky můžeme porovnat s výsledky výzkumu, který prováděl Tancera v roce 1990. Při srovnání našich a jeho výsledků, jsme dospěly k určitým podobnostem. Tancera ve své studii dospěl k výsledkům, že během depresivního onemocnění dochází k poškození kognitivních funkcí a to především v oblasti soustředění, koncentrace, pozornosti, učení a paměti (45).

Za důležité považuji položit si otázku, co způsobuje deficit kognitivních funkcí. Existuje několik názorů. Jedni odborníci zastávají názor, že poškození kognitivních funkcí je důsledkem snížené motivace. Snížená motivace je jedním z hlavních příznaků depresivního onemocnění. Austin v roce 2001 ve své studii poukazoval na možnost snížené motivace s negativním ovlivněním kognitivních funkcí (46). Oproti tomu Richards a Ruff v roce 1989 ve své studii prokázali, že snížená úroveň motivace má jen nepatrný vliv na poškození kognitivních funkcí. Do své studie zahrnuli 30 respondentů s depresivním onemocněním a stejný počet zdravých jedinců. Respondentům ze skupiny depresivních pacientů bylo přislíbeno deset dolarů za splnění úkolu. Respondentům ze skupiny zdravých

jedinců nebylo přislíbeno nic. Snížená úroveň motivace měla jen nepatrný vliv na výsledky testů kognitivních funkcí. Nelze tedy jednoznačně potvrdit, zda snížená úroveň motivace má primární vliv na výsledky testů.

Jiní odborníci zkoumali vliv působení antidepresiv na deficit kognitivních funkcí. Vavrušové v roce 2004 se ve své studii zabývala otázkou, zda deficit kognitivních funkcí souvisí s poškozenými funkcemi mozku. Při depresivním onemocnění dochází ke změnám na buněčné úrovni. Dochází ke změnám růstu synapsí, atrofii neuronů a poruše neurogeneze, která vede k porušení plasticity mozku. Na strukturální a systémové úrovni dochází k morfologickým a funkčním změnám v některých strukturách mozku. Tyto změny by však měly být reverzibilní. Vavrušová se domnívá, že antidepresiva mohou zastavit atrofii a upravit plasticitu mozku. Výsledkem jejího výzkumu bylo zjištění, že podáním kvalitní farmakoterapie lze dosáhnout eliminaci následků poškození kognitivních funkcí (47).

Na druhé straně se objevil názor, že samotné podávání antidepresiv může způsobit poškození kognitivních funkcí. Antidepresiva mohou vyvolat u depresivních pacientů subjektivní pocit pohody, ale za cenu, že dojde k ovlivnění kognitivních funkcí. Lane a O'Hanlon v roce 1999 se zabývali ve své studii antidepresivy. Antidepresiva mají antihistaminový a anticholinergní efekt. Sedativní projevy nejsou tak výrazné, ale do jisté míry mohou negativně ovlivnit pacienta při aktivitách vyžadující soustředění a pracovní paměť. Sedativní účinek byl prokázán pouze u krátkodobého podání. U dlouhodobého podávání antidepresiv sedativní účinek prokázán nebyl. Reálný dopad vlivu antidepresiv na kognitivní funkce by si zasloužil další zkoumání (48).

ZÁVĚR

Tato diplomová práce pojednává především o možnosti aplikace ošetrovatelského modelu Imogene King u depresivních pacientů. Toto onemocnění se vyvíjí pomalu, plíživě. Čím dříve je zahájena vhodná terapie, tím jsou důsledky onemocnění menší. Depresivní onemocnění se stává poslední dobou běžnou nemocí. Je to onemocnění, které je náročné nejen pro pacienta, ale i pro jeho nejbližší.

Aby mohlo dojít k navázání kvalitního psychoterapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem, je nutné, aby sestra získala potřebné informace. Kvalitních informací lze dosáhnout efektivní komunikací a aktivním nasloucháním. Tento ošetrovatelský model bych chtěla doporučit pro praxi na psychiatrických odděleních. Díky němu sestra získává cenné informace pro sestavení kvalitního ošetrovatelského plánu.

V diplomové práci jsme došli k závěru, že u depresivního onemocnění dochází především k poškození pozornosti, paměti, verbální fluence a orientace. Naše zjištění odpovídá výsledkům většiny výzkumů. V praxi se problém poškození kognitivních funkcí u depresivního onemocnění odsouvá. Subjektivně vnímaná nespokojenost pacientů s úrovní kognitivních funkcí je často odborníky zlehčována. Domníváme se tedy, že by se neměl zanedbávat vývoj a prosazení tréninku kognitivních funkcí u pacientů s depresivním onemocněním. Výsledky výzkumů zabývající se poškozením kognitivních funkcí u depresivních pacientů poukázaly, že poškozená kognice je reverzibilní. To by mohlo být dobrým argumentem pro instituce, které tento problém nepovažují za vhodný pozornosti. Motivací by se měla stát pacientem sdělovaná spokojenost s úrovní kognitivních funkcí, která může zpětně ovlivnit pacientovu náladu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMEC, Jiří. *Deprese a hranice poradenství*. Brno, 2014, s. 18. ISBN 978-80-87234-45-7.
2. PRAŠKO, Ján et kol. *Bolestně smutná nálada, aneb, Co je to deprese a jak se léčí?* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2001, ISBN 80-85121-68-9.
3. DAHLKE, Reudiger et kol. *Deprese jako řeč unavené duše: cesty z temné noci duše*. Olomouc: Fontána, 2012. ISBN 978-80-7336-666-7.
4. RABOCH, Jiří. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
5. RABOCH, Jiří. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.
6. CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG, 2012. ISBN 978-80-7263-768-3.
7. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
8. ANDERS, Martin et kol. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0.
9. LÁTALOVÁ, Klára et kol. Neurobiologie a psychoterapie depresivní poruchy. *Psychiatrie*. 2009, 13 (2): 42. ISSN 1211-7579.
10. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
11. RABOCH, Jiří et kol. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.
12. PREISS, Marek et kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.
13. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Mezinárodní klasifikace nemocí. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
14. PRAŠKO, Ján et kol. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Upol.cz, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
15. KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-891-3.
16. JANŮ, Luboš et kol. Jak správně poznat a léčit depresi. *Medicína pro praxi*, 2007,4 (1): 24-27. ISSN 1214-8687.

17. ANDERS, Martin. *Biologické metody léčby duševních poruch*. [online]. Publikováno 8. 2. 2011 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/biologicke-metody-lecby-dusevnych-poruch-457932>.
18. DUŠEK, Karel et kol. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2011. ISBN 978-80-247-1620-6.
19. NEMADE, Rashmi et kol. *Major Depression and other Unipolar Depressions*. In: MentalHelp.net [online]. Publikováno 19. 9. 2007 [cit. 2015-09-19]. Dostupné z: <https://www.mentalhelp.net/articles/major-depression-and-other-unipolar-depressions/>.
20. LAŇKOVÁ, Jaroslava et kol. *Deprese: Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné lékaře*. Praha: CDP-PL: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2013. ISBN: 978-80-86998-65-7.
21. FISCHER, Slavomil et kol. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
22. VYMĚTAL, Jan et al. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.
23. PŘIKRYLOVÁ, Hana. Kognitivní výkon u depresivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, 11(2): 56-58. ISSN - 1213-0508.
24. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatické onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-547-3.
25. PRAŠKO, Ján et kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
26. TITOV, Nickolai. Psychoterapie deprese dospělých poskytována po internetu. *Current opinion in psychiatry*. 2011, 1 (2): 36-41. ISSN 1804-6339.
27. LUŽNÝ, Jan et kol. Kognitivní remediace u mírné kognitivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2013, 14 (4): 168-170. ISSN - 1213-0508.
28. SEIFERTOVÁ, Dagmar et kol. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 2. vyd. Praha: Medical tribune cz., 2008. ISBN 978-80-87135-10-5.
29. MAŘÍKOVÁ, Martina. Farmaceutická péče u pacientů s depresivní poruchou. *Praktické lékařství*. 2013, 9 (2): 78-82. ISSN 1801-2434.

30. DOUBEK, Pavel et kol. *Deprese a její léčba*. Praha: MAXDORF, 2009. ISBN 978-80-7345-186-8.
31. ANDERS, Martin. Základy diagnostiky a léčby depresivní poruchy. *Medicína pro promoci*. 2008, 9 (6): 58-65. ISSN 1212-9445.
32. USTOHAL, Libor. *Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese*. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, 11 (3): 117-121. ISSN 1213 -0508.
33. TALBOT, Susane. Jak se zbavit zimních depresí: SAD, winter blues. Praha: Blue step, 2011. ISBN 978-80-260-0789-8.
34. KRYL, Michal. *Psychoterapie depresivní poruchy*. [online]. Publikováno 28. 2. 2014 [cit. 2015-01-19]. Dostupné z: <<http://www.lukany.com/psychoterapie-deprese>>.
35. MÚDRÁ, Jolana et kol. Kognitivno-behaviorální terapie v léčbě depresí. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*. 2008, 15 (2): 127-130. ISSN 1335-423.
36. HALAMOVÁ, Júlia. Na emócie zameraná individuálna psychoterapia. *Psychoterapie*. 2013, 7 (1): 6-18. ISSN 1802-3983.
37. MARKOVÁ, Eva a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
38. TOMÁŠ, Petr et kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
39. MALÁ, Karolína, NAVRÁTILOVÁ, Eva. *Edukace při onemocněních psychózou*. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 7 (3): 137-139. ISSN 1213-0508.
40. FRIČOVÁ, Silvia. *Význam možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetrovatelství*. *Sestra*. 2010, 20: 34-36. ISSN 1210-0404.
41. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
42. MÁŠOVÁ, R. Využití modelu Imogene Kingové v praxi. *Sestra*. 2009. 19 (1): 49-50. ISSN 1210-0404.
43. ŽIAKOVÁ, Katarína et kol. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-247-2.
44. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
45. TANCER, Michael. Impaired effortful cognition in depression. *Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd*. 1990. 90: 101-108.

46. VAVRUŠOVÁ, Livia. Depresia – spúšťací faktor narušenia neuroplasticity? *Psychiatrie pro praxi*. 2004. 1: 20-22. ISSN 1213-0508.
47. AUSTIN, Michael. Cognitive deficits in depression. *British Journal of Psychiatry*. 2001. 178: 200-206. ISSN 0007-1250.
48. LANE, Roger. Cognitive and psychomotor effects of antidepressants with emphasis on selective serotonin reuptake inhibitors and depressed elderly patient. *The German Journal of Psychiatry*. 1999. 2 (1): 1-28. ISSN 1433-1033.
49. Beckova stupnice pro hodnocení deprese. [online]. [cit. 2015-01-29]. Dostupné z: http://www.uvn.cz/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1034&Itemid=761&lang=cs
50. Addenbrookský kognitivní test [online]. [cit. 2015-01-22]. Dostupné z: <http://adcentrum.nudz.cz/adcentrum/testy.html>.

SEZNAM ZKRATEK

HAMD – Hamiltonova psychiatrická stupnice na posuzování deprese

BDI – Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

GDS – Scale – Yesavageova škála deprese pro geriatrické pacienty

SDS – Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

TCA – tricyklické antidepresiva

TeCA - tetracyklická antidepresiva

IMAO - aminooxidázy

SSRI - inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

SNRI - inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

NDRI - inhibitory vychytávání noradrenalinu a dopaminu

SARI - serotoninoví antagonisti a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

NARI - noradrenergní antidepresiva

CNS – centrální nervová soustava

TBC – tuberkulóza

ECT – elektrokonvulzivní terapie

rTMS – repetitivně transkraniální magnetická stimulace

EEG – elektroencefalogram

TSH – thyreotropin

BMI – index tělesné hmotnosti

TEN – tromboembolická nemoc

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Beckova stupnice pro hodnocení deprese

Příloha č. 2 - Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

Příloha č. 3 – Addenbrookský kognitivní test

BECKOVA STUPNICE PRO HODNOCENÍ DEPRESE¹

Beckův depresivní inventář (Beck a kol. 1961)

Jméno a příjmení:

Datum:

Máte před sebou dotazník obsahující skupiny různých tvrzení. Nejprve si v každé skupině přečtete všechna tvrzení, a pak si vyberte to, které Vás nejlépe charakterizuje v posledním týdnu (včetně dneška) a jeho číslo zakroužkujete. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení (popřípadě Vám nevyhovuje žádné), zatrhnete to, které se blíží nejvíce.

Beckův inventář deprese:

1. 0 - Necítím se smutný (á).
1 - Cítím se posmutnělý (á), sklíčený (á).
2 - Jsem stále smutný (á) a smutku se nedokážu zbavit.
3 - Jsem tak nešťastný (á), že to nemohu snést.
2. 0 - Příliš se budoucnosti neobávám.
1 - Budoucnosti se obávám.
2 - Vidím, že se už nemám na co těšit.
3 - Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.
3. 0 - Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.
1 - V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé.
2 - Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.
3 - Vidím, že jsem jako člověk [otec, matka, manžel(ka)] plně selhal(a).
4. 0 - Jsem v podstatě spokojen(a).
1 - Věci mě už netěší tak, jako dříve.
2 - Nic mi již nepřináší uspokojení.
3 - Ať dělám cokoliv, jsem nespokojen(a).
5. 0 - Netrpím pocity viny.
1 - Často mívám pocity viny.
2 - Hodně často mívám pocity viny.
3 - Stále trpím pocity viny.
6. 0 - Nemám pocit, že bych měl(a) být za něco potrestán(a).
1 - Mám pocit, že bych mohl(a) být za něco potrestán(a).
2 - Očekávám, že budu nějak potrestán(a).
3 - Vím, že budu potrestán(a).
7. 0 - Necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou.
1 - Zklamal(a) jsem se v sobě.
2 - Jsem dosti znechucen(a) sám (sama) sebou.
3 - Nenávídím se.
8. 0 - Necítím se horší než kdokoliv jiný.
1 - Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.
2 - Stále si vyčítám všechny své chyby.
3 - Za všechno špatné mohu já.
9. 0 - Nepřemýšlím o sebevraždě.
1 - Někdy pomyslím na sebevraždu.
2 - Často přemýšlím o sebevraždě.
3 - Kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život.
10. 0 - Nepláču více než obvyčejně.
1 - Pláču nyní častěji než předtím.
2 - Pláču nyní stále, nedokážu přestat.
3 - Nemohu už ani plakat.
11. 0 - Nejsem nyní podrážděnější více než obvykle.
1 - Jsem často podrážděný (á) a rozladěný (á).
2 - Jsem stále podrážděný (á) a rozladěný (á).
3 - Nemohu se již rozčilit ani věcmi, které mě dříve rozčilovaly.

12. 0 - Neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi.
 1 - Mám menší zájem o ostatní lidi.
 2 - Ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi.
 3 - Ztratil(a) jsem všechnen zájem o ostatní lidi.
13. 0 - Dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout.
 1 - Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.
 2 - Mám značné potíže v rozhodování.
 3 - Vůbec se nedokážu rozhodnout.
14. 0 - Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.
 1 - Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.
 2 - Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně.
 3 - Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě.
15. 0 - Práce mi jde jako dříve.
 1 - Musím se nufit, když chci začít něco dělat.
 2 - Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a).
 3 - Nejsem schopna (schopna) jakékoliv práce.
16. 0 - Spím stejně dobře jako dříve.
 1 - Nespím již tak dobře jako dříve.
 2 - Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu pak již spát.
 3 - Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně.
17. 0 - Necítím se unavenější než dříve.
 1 - Unavím se snadněji než dříve.
 2 - Téměř všechno mě unavuje.
 3 - Únava mi zabraňuje cokoliv dělat.
18. 0 - Mám svou obvyklou chuť k jídlu.
 1 - Nemám takovou chuť k jídlu jako dříve.
 2 - Mám mnohem menší chuť k jídlu.
 3 - Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu.

19. 0 - V poslední době jsem nezhubnul(a).
 1 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 2,5 kg.
 2 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 5 kg.
 3 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 7,5 kg.
20. 0 - Nestarám se o své zdraví více než obvykle.
 1 - Nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce apod.
 2 - Velice často myslím na tělesné obtíže.
 3 - Moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají.
21. 0 - Nepozoruji snížení zájmu o sex.
 1 - Mám menší zájem o sex než dříve.
 2 - Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.
 3 - Ztratil(a) jsem úplně zájem o sex.

SOUČET:

BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ

(21-položkový dotazník, určený ke zjištění míry deprese).

Pacient zakroužkuje v každé položce (1 až 21) číslo, které nejvíce odpovídá jeho současným pocitům, myšlenkám, stavu apod. Je možno vyplňovat pravidelně (např. dvakrát týdně), aby bylo možno sledovat depresi.

HODNOCENÍ:

0 - 10 normální nálada
 10 - 20 mírná deprese
 20 - 40 střední deprese
 40 - 60 silná deprese

U pacientů, kteří mají skóre vyšší než 40, je nepravděpodobné, že bude účinná pouze kognitivní terapie.

Příloha č. 2 - Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

<h2 style="text-align: center;">DOTAZNÍK PACIENTA</h2> <h3 style="text-align: center;">ZUNGOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE</h3>						
Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek		Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále	
1.	Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Ráno se cítím nejlépe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	V noci mám potíže se spaním.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Jím stejné množství jídla jako dříve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Mám potíže se zácpou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Srdce mi buší rychleji než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Unavím se a i bez příčiny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Mám v hlavě jasno jako obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Snadno zvládnou totéž co dřív.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Jsem plný(á) naděje do budoucna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Snadno se rozhoduji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Žiji plným životem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Těší mne stejné věci co dříve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Instrukce pro vyplnění:

Přečtete si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil(a) v průběhu posledního týdne.

Dodržujete-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte jako kdybyste na dietě nebyl(a).

JMÉNO: _____

VĚK: _____ DATUM: _____

hrubý skór	
SDS index	

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PACIENTA

ZUNGOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE

		Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
1.	Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).	1	2	3	4
2.	Ráno se cítím nejlépe.	4	3	2	1
3.	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	1	2	3	4
4.	V noci mám potíže se spaním.	1	2	3	4
5.	Jím stejné množství jídla jako dříve.	4	3	2	1
6.	Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	4	3	2	1
7.	Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	1	2	3	4
8.	Mám potíže se zácpanou.	1	2	3	4
9.	Srdce mi buší rychleji než obvykle.	1	2	3	4
10.	Unavím se a i bez příčiny.	1	2	3	4
11.	Mám v hlavě jasno jako obvykle.	4	3	2	1
12.	Snadno zvládnou totéž co dřív.	4	3	2	1
13.	Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	1	2	3	4
14.	Jsem plný(á) naděje do budoucna.	4	3	2	1
15.	Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	1	2	3	4
16.	Snadno se rozhoduji.	4	3	2	1
17.	Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).	4	3	2	1
18.	Žiji plným životem.	4	3	2	1
19.	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a).	1	2	3	4
20.	Těší mne stejné věci co dříve.	4	3	2	1

Konverze hrubého skóru na SDS index

Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	45	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
							80	100	



hrubý skór

SDS index

SDS index	Závažnost onemocnění
méně než 50	Normální, nejeví známky deprese.
50–60	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese.
60–69	Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese.
70 a více	Přítomna těžká až extrémě těžká deprese.

CPX 03/2003

Zpracováno podle: W. W. K. Zung, 1965, 1974, 1983, 1991

Zdroj: vlastní

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Datum vyšetření	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>	Lateralita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>		

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

Který je dnes den v týdnu?	<input type="checkbox"/>	Jaké je roční období?	<input type="checkbox"/>	Ve kterém jsme městě?	<input type="checkbox"/>	(Skóre 0–10)
Kolikátého je dnes?	<input type="checkbox"/>	Jak se jmenuje budova, ve které jsme?	<input type="checkbox"/>	V jakém jsme kraji?	<input type="checkbox"/>	
Který máme nyní měsíc?	<input type="checkbox"/>	V kolikátém jsme poschodí?	<input type="checkbox"/>	V jaké jsme zemi?	<input type="checkbox"/>	
Který máme nyní rok?	<input type="checkbox"/>					

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

2. PAMĚT – ZAPAMATOVÁNÍ

■ Řekněte pacientovi:
„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:

jablko klíč balón

■ Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:
„Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“

Po pacientovi požadujeme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (příčímž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje).

Za každé správně zopakované slovo z prvního pokusu přidělíme 1 bod. Počet opakování

3. POZORNOST A POČTY

■ Požádejte pacienta:
„Nyní odečtěte číslo 7 od čísla 100“:

100 A | 93 T | 86 S | 79 E | 72 C | 65

Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×). Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi (např. 93, 84, 77, 70, 63 – celkové skóre 4 body). Skončíme po pěti odečtech (93, 86, 79, 72, 65).

Za každý správný výpočet přidělíme 1 bod.

■ Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:
„Hláskujte slovo CESTA“. Pak požádejte pacienta: „Hláskujte slovo CESTA pozpátku.“

Za každé správné písmeno přidělíme 1 bod.

4. PAMĚT – VYBAVENÍ

■ Zeptejte se pacienta:
„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(a) a měl(a) si je zapamatovat?“

jablko klíč balón

Za každé správně vybavené slovo přidělíme 1 bod, přičemž nezáleží na pořadí vybavení slov.

5. PAMĚT – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚT

■ Řekněte pacientovi:
„Nyní vám řeknu jméno a adresu a vaším úkolem bude tyto údaje zopakovat. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se je naučit. Později se vás na ně budu ptát.“

Do bodování započítáváme pouze třetí pokus, za každou správnou část odpovědi přidělíme 1 bod.

	1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sadová ulice 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hostěnice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liberec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

POZORNOST A ORIENTACE

PAMĚT

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

(Skóre 0–4)

ACE

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

PAMĚŤ

7. VERBÁLNÍ FLUENCE – slova začínající písmenem „P“ a zvířata

7a Písmena

- Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jedno písmeno z abecedy a vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají tímto písmenem. Slova, která budete říkat, nesmí začínat velkým písmenem, to znamená, že to nesmí být názvy, vlastní jména a nesmí jít o slova se stejným slovním základem. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte nyní jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.

1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Počet slov Odpovídá
skóre

>17 7

14–17 6

11–13 5

8–10 4

6–7 3

4–5 2

2–3 1

<2 0

(Skóre 0–7)

ACE

7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:

„Nyní je vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte nyní jednu minutu.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.

1	9	17	25
2	10	18	26
3	11	19	27
4	12	20	28
5	13	21	29
6	14	22	30
7	15	23	31
8	16	24	32

Počet slov Odpovídá
skóre

>21 7

17–21 6

14–16 5

11–13 4

9–10 3

7–8 2

5–6 1

<5 0

(Skóre 0–7)

ACE

VERBÁLNÍ FLUENCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- 8a Pacientovi ukažte napsanou větu „Zavřete oči“ na Listu pro pacienta a požádejte ho/ji:

„Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.“

Přidělíme 1 bod za správné vykonání příkazu.

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

- 8b Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho:

„Vezměte tento list papíru do vaší pravé ruky. Přeložte ho na půl.“

Položte ho na zem.“

Přidělíme 1 bod za každou správně vykonanou část požadavku.

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

JAZYK

9. JAZYK – PSANÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní napište jakoukoliv větu do volného prostoru listu.“
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod, pokud věta obsahuje podmět a přísudek a je logicky koherentní.

(Skóre 0–1)

ACE MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“

10a nosorožec výstřednost nesrozumitelný statistik

Hodnotíme:

2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně

1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně

0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě slova nebo méně slov

(Skóre 0–2)

ACE

10b „Více než, naopak a podobně.“

(Skóre 0–1)

ACE MMSE

10c „Ne jestliže, pokud nebo ale.“

Přidělíme 1 bod za každou správně zopakovanou větu.

(Skóre 0–1)

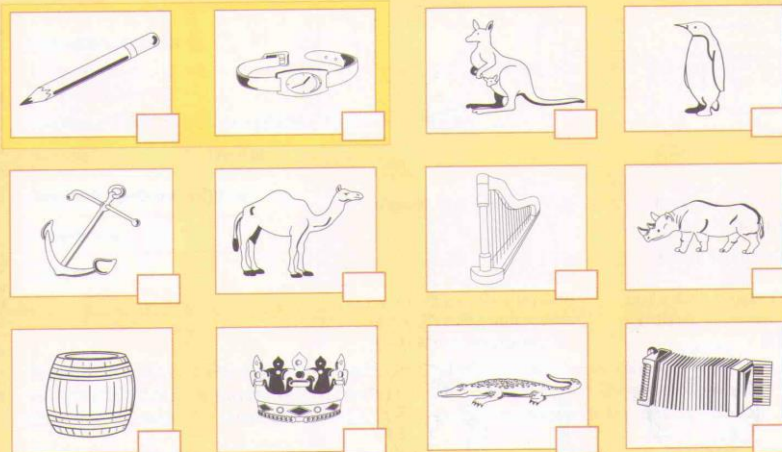
ACE

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“

Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný předmět.



tužka + hodinky
(Skóre 0–2)

MMSE

všech 12 obrázků
(Skóre 0–12)

ACE

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)

ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní přečtěte následující slova.“

Použijte List pro pacienta.

šít litr saze těsto výška

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně všechna slova.

(Skóre 0–1)

ACE

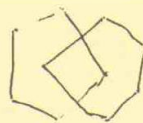
14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

- Požádejte pacienta: „Překreslete následující **dvourozměrný** obrázek.“
U pětiúhelníků by mělo být jasně rozpoznatelných jejich pět stran a překřížení.
Použijte List pro pacienta.



Příklad:
Správně = skóre 1



Příklad: Špatně = skóre 0



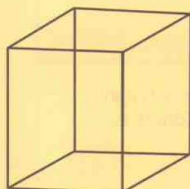
(Skóre 0–1)

AGE

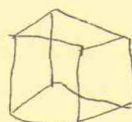
MNISE

14b Kostka

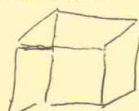
- Požádejte pacienta: „Nyní překreslete daný **trojrozměrný** obrázek.“
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeníh. Použijte List pro pacienta.



Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

AGE

14c Hodiny

- Požádejte pacienta: „Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

Doplňující instrukce pro skórování naleznete na str. 6.

(Skóre 0–5)

AGE

Kruh (1) | jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 2



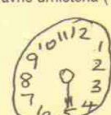
Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice nejsou umístěny v kruhu, 2x číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).

Skóre 4



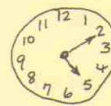
Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).

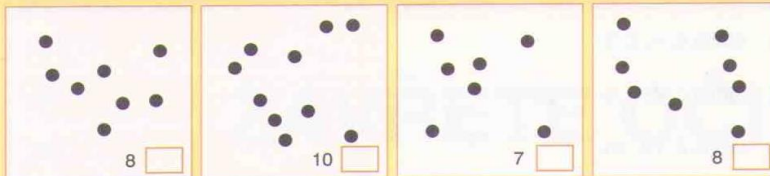
Skóre 5



15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta:
„Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“
Použijte List pro pacienta.
Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

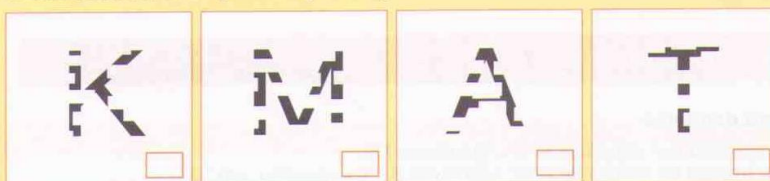
(Skóre 0–4)



16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“
Použijte List pro pacienta.
Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.

(Skóre 0–4)



17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRADNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi:
„Před nějakou chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.“
Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

(Skóre 0–7)

Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>
Sadová	<input type="checkbox"/>	ulice	<input type="checkbox"/>
		73	<input type="checkbox"/>
Hostěnice	<input type="checkbox"/>		
Liberec	<input type="checkbox"/>		

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 bodů. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky.

(Skóre 0–5)

- Pacientovi řekněte:
„Dobře, nyní vám budu trochu napovídat. Například, řeknu vám tři jména a vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“
Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Hostěnice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>	Plzeň	<input type="checkbox"/>	Olomouc	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

CELKOVÉ SKÓRE					
ACE-R		/100	MMSE		/30

SUBSKÓRE		
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	/26
Verbální fluence	úloha č. 7a, 7b	/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a–c, 11, 12, 13	/26
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16	/16

SKÓRE

Normativní hodnoty jsou stanoveny na souboru demenčních pacientů ve věku 46–86 let a kontrolní skupině ve věku 52–75 let.

VÝZNAM TESTU aneb Co jsme testem zjistili?

I. Význam testu pro záchyt syndromu demence

Skóruje-li pacient 88 bodů a méně je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %.
(Pokud zvolíme přísnější kritérium, tzn. hranici 82 bodů a méně je senzitivita 84 % a specifita 100 %).

II. Význam pro odlišení Alzheimerovy choroby (ACH) a frontotemporální demence (FTD)

Pro výpočet poměru použijeme výsledky dosažené v uvedených oblastech – viz subskóre, přičemž za paměť dosadíme pouze skóre získané v úloze č. 17 (vybavení – recall).

(nezvládají pacienti s FTD)

POMĚR	Verbální fluence <i>(viz subskóre)</i>		+	Jazyk <i>(viz subskóre)</i>		=		Jestliže < 2.2 = FTD Jestliže > 3.2 = ACH
	Orientace <i>(viz subskóre)</i>		+	Paměť <i>(pouze úloha č. 17)</i>				

(nezvládají pacienti s ACH)

III. Demence s Lewyho tělísky

Pacienti trpící demencí s Lewyho tělísky často selhávají ve zrakově-prostorových schopnostech (úlohy 14a–c, 15, 16).

IV. Vaskulární demence

Typický je vícečetný různě vyjádřený defekt ve všech úlohách.

Doplňující pravidla pro skórování hodin (úloha 14c, str. 4)

Hodnotíme bodově odděleně provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček.

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěné

Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěné, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

INSTRUKCE

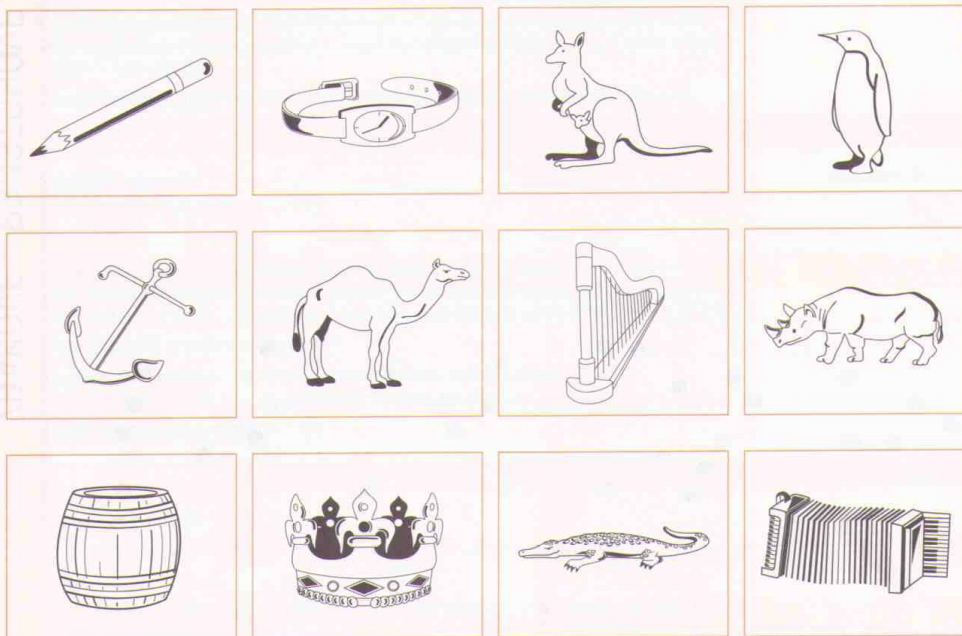
List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

11.

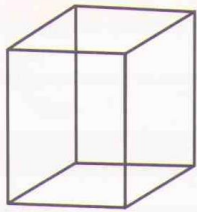
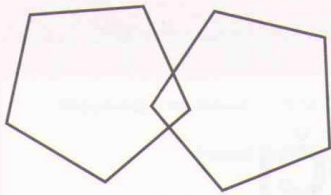


13.

šít litr těsto
saze výška

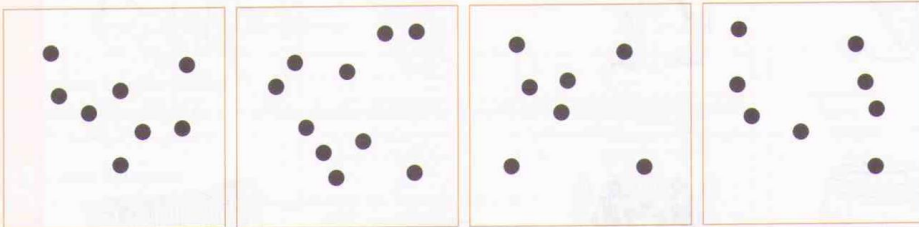
JAZYK

14.

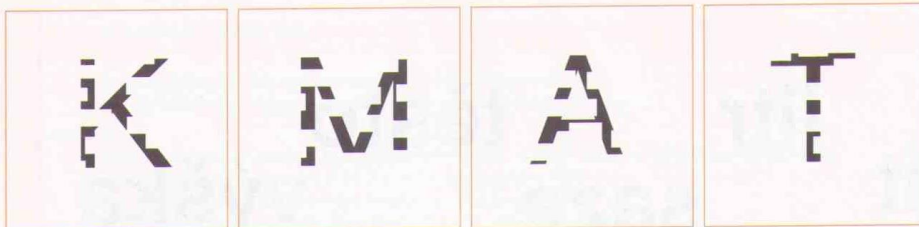


Hodiny

15.



16.



ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

Zdroj: (50).