

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Tereza Volfová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Tereza Volfová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORA
S DIAGNOSTIKOVANOU DEPRESÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Balejová

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza VOLFOVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0082P**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Specifika ošetřovatelské péče o seniora s diagnostikovanou depresí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- VACULČIKOVÁ SEDLÁČKOVÁ, Zuzana a Ján PRAŠKO. Deprese a poruchy osobnosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5590-7.
- TENENBAUM, Sylvie. Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos. Přeložil Hana HOLUBKOVÁ. Praha: Portál, 2018. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1301-7.
- ŠIMEK, Jakub. Co potřebujete vědět o depresi. Praha: Galén, [2018]. ISBN 978-80-7492-385-2.
- TOTA, Miroslav. Senior, aneb, Ještě mě tu máte. Tým nad Vltavou: Nová Forma, [2016]. ISBN 978-80-7453-666-3.
- ŠKORVAGOVÁ, Eva. Cirkadiánní preferencie a depresia. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2017. ISBN 978-80-7380-680-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ivana Balejová**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2021

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Tereza Volfová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetřovatelské péče o seniora s diagnostikovanou depresí

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Balejová

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: Deprese, Senior, Ošetřovatelská péče, Model H.E.Peplau, Model M.Gordonová, Stáří, Sebevražda, Denní stacionář

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetřovatelské péče o seniory, kterým byla diagnostikována depresivní porucha. V teoretické části popisují základní rozdělení depresivní poruchy, příčiny, diagnostiku, příznaky, prevenci, léčbu a ošetřovatelskou péči a komunikaci s depresivním seniorem. Dále jsem v mé práci chtěla zdůraznit problematiku výskytu sebevražd u této věkové kategorie, která je spojena s diagnostikovanou depresivní poruchou. Další součástí teoretické části je rozdělení stáří a potřeby seniorů. V neposlední řadě mé teoretické práce jsem vysvětlila podstatu ošetřovatelských modelů, které využívám v praktické části. Pro vypracování praktické části bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Po celou dobu svého výzkumného šetření se věnuji dvěma pacientům s diagnostikovanou depresivní poruchou, u kterých byla kompletně zpracována anamnéza a katamnéza. Výzkumným nástrojem jsou kazuistiky s využitím modelu H.E. Peplau a modelu M.Gordonové.

Abstract

Surname and name: Tereza Volfová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics of nursing care for seniors diagnosed with depression

Consultant: Mgr. Ivana Balejová

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 28

Keywords: Depression, Senior, Nursing care, Model H.E. Peplau, Model Marjory Gordon, Old age, Suicide, Day care center

Summary:

The bachelor's thesis deals with the specifics of nursing care for the elderly, which was a diagnostic depressive disorder. In the theoretical part I describe the basic division of depressive disorder, causes, diagnosis, samples, prevention, treatment and nursing care and community cations with a depressed senior. Furthermore, in my work I wanted to improve the issue of suicide in this age group, which is associated with a diagnosed depressive disorder. Another part of the theoretical part is the division of age and needs of seniors. Last but not least, my theoretical work explained the essence of nursing models that they use in the practical part. For the elaboration of the practical part of the bachelor thesis I chose qualitative research. During his research, he examined two patients diagnosed with depressive disorder, in whom the anamnesis and catamnesis were completely processed. The research tool is case studies using H.E. Model. Model Peplau and M. Gordon.

Předmluva

Předkládaná práce završuje mé bakalářské studium ošetrovatelství. Vybrala jsem si toto téma záměrně, protože mne zajímají psychická onemocnění. Moc ráda pracuji se seniory, protože u nich pociťuji vděčnost, za to, že se jim někdo věnuje a je ochoten je vyslechnout. Osobně si myslím, že toto téma je velmi důležité, ale bohužel mu není věnována dostatečná pozornost. Seniorský věk je sám o sobě plný zásadních životních změn, často dochází k zhoršování zdravotního stavu, sociální izolaci a s tím mohou přicházet i deprese. V této době se depresivní stavy vyskytují velmi často. Myslím si, že by se seniorům měla věnovat dostatečná pozornost, aby takovéto problémy byly včas podchyceny a došlo k jejich léčbě. Pro práci s depresivními seniory je velmi důležitý individuální, ale hlavně empatický přístup sestry. Cílem této práce je zjistit, zda specifická ošetrovatelská péče u pacientů v seniorském věku s diagnostikovanou depresivní poruchou může vést ke zlepšení psychického stavu těchto pacientů.

Poděkování

Děkuji Mgr. Ivaně Balejové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji MUDr. Lence Puflerové a Bc. Michaele Cimické za poskytování odborných rad.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
SEZNAM TABULEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 DEPRESE	14
1.1 Typy deprese	15
1.2 Příznaky	15
1.3 Příčiny deprese.....	16
1.4 Prevence deprese.....	17
1.5 Léčba deprese	17
1.5.1 Farmakoterapie	18
1.5.2 Psychoterapie.....	19
1.5.3 Další možnosti léčby	20
1.6 Diagnostika	21
1.7 Ošetrovatelský proces u seniora s diagnostikovanou depresí.....	21
1.7.1 Zásady chování k depresivnímu pacientovi.....	23
1.7.2 Komunikace s depresivním seniorem.....	23
1.8 Problematika výskytu sebevražd.....	25
2 STÁŘÍ.....	26
2.1 Rozdělení stáří	27
2.1.1 Kalendářní stáří.....	27
2.1.2 Biologické stáří.....	28
2.1.3 Sociální stáří	28
2.1.4 Psychické stáří	28
2.2 Potřeby seniorů	29
3 MODEL HILDEGARD E. PEPLAU – PSYCHODYNAMICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	31
3.1 Role sestry dle Hildegard Peplau.....	31
3.2 Fáze modelu E.H. Peplau.....	32
3.3 Hlavní jednotky.....	32
4 MODEL PODLE MARJORY GORDONOVÉ – MODEL FUNKČNÍHO TYPU ZDRAVÍ.....	34
4.1 Obsah a koncepce modelu	34
4.2 12 funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gorodnové.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	37
5 FORMULACE PROBLÉMU	37

6	CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	38
6.1	Hlavní cíl.....	38
6.2	Dílčí cíle.....	38
7	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	39
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	40
9	METODIKA PRÁCE	41
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	42
11	KAZUISTIKA PACIENTA Č.1.....	43
11.1	ANAMNÉZA	43
11.2	KATAMNÉZA.....	45
12	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA.....	46
12.1	FUNKČNÍ VZORCE ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ.....	46
12.2	Ošetřovatelský proces dle H. PEPLAU.....	48
12.3	FÁZE MODELU DLE H.PEPLAU	49
12.4	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN.....	50
12.5	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	51
12.5.1	SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	51
12.5.2	DIAGNÓZY AKTUÁLNÍ	52
12.5.3	DIAGNÓZY POTENCIONÁLNÍ.....	57
13	KAZUISTIKA PACIENTA Č.2.....	59
13.1	ANAMNÉZA	59
13.2	KATAMNÉZA.....	61
14	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA.....	63
14.1	Ošetřovatelský proces dle H.E. Peplau	63
14.2	FÁZE MODELU DLE H.PEPLAU	63
14.3	FUNKČNÍ VZORCE ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ.....	64
14.4	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN.....	66
14.5	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	67
14.5.1	SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	67
14.5.2	DIAGNÓZY AKTUÁLNÍ	68
14.5.3	DIAGNÓZY POTENCIÁLNÍ.....	72
	DISKUZE.....	74
	ZÁVĚR.....	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	SEZNAM PŘÍLOH	81
	PŘÍLOHY.....	82

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIM..... Akutní infarkt myokardu

BP..... Bakalářská práce

ZZS..... Zdravotnická záchranná služba

FN..... Fakultní nemocnice

DM..... Diabetes mellitus

CNS.....Centrální nervová soustava

MMSE.....Mini Mental State Exam

PDK.....Pravá dolní končetina

TBL.....Tableta

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Ošetrovatelské diagnózy KAZUISTIKA 1	51
Tabulka 2 Ošetrovatelské diagnózy KAZUISTIKA 2	67

ÚVOD

„Nejstrašnější bída je samota a pocit, že mě nikdo nepotřebuje.“ (Matka Tereza)

V naší společnosti přibývá lidí vyšších věkových kategorií, z nichž někteří trpí depresivní poruchou, aniž by u nich byla diagnostikována a také hlavně léčena. A právě toto považuji za problém, neboť depresivní poruchy velmi negativně ovlivňují kvalitu života seniorů. Jedním z cílů pro mě bylo specifikovat ošetrovatelskou péči u seniorů, kteří tuto depresivní poruchu mají. Často se stává, že se tito pacienti snaží izolovat od ostatních, nechtějí být s nikým v kontaktu, a právě tehdy mohou začít vznikat první problémy, kterých si ale ani nikdo nevšimne. V současné epidemiologické situaci s epidemií Covid-19 je to pro seniory velmi složité, neboť někteří nedokážou pochopit co se děje, protože s tímto stavem za svého života nikdy předtím nesetkali. Tato současná situace velmi negativně ovlivňuje jejich psychický stav. A úzce s tím souvisí i výskyt sebevražd u těchto pacientů, o čemž pojednávám ve své teoretické části společně s celkovou klasifikací depresivních poruch, léčbou, prevencí a příčinami. Dalším cílem mé bakalářské práce bylo přiblížení 2 ošetrovatelských modelů. První z nich je psychodynamický model podle H.E.Peplau, které se zabývá interpersonálními vztahy. Druhý model je podle M.Gordonové, díky kterému sestra získá kompletní obraz o pacientovi. Tyto dva druhy modelů jsem v mé práci chtěla porovnat a zhodnotit, který z nich je vhodnější pro seniory s diagnostikovanou depresí. V rámci praktické části jsem také chtěla zjistit nejčastější důvody, které se u seniorů odehrávají před diagnostikovaním depresivní poruchy a jaký je subjektivní názor pacientů na péči v denním stacionáři a hlavně přístup všeobecných sester k pacientům s depresivní poruchou.

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala, protože je mi velmi blízké. Při své praxi v nemocnici se nejčastěji setkávám s pacienty vyšší věkové kategorie a myslím si, že by se na měl brát větší ohled. V praktické části jsem zpracovala kazuistiky dvou depresivních seniorů, kteří využívají ambulantní péči v Denním stacionáři Kristián.

Rešerše do bakalářské práce byla zpracována na základě mé žádosti o zpracování rešerše Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje. (Příloha 8)

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEPRESE

Deprese je nemoc, kterou můžeme přiřadit k častým onemocněním, jako je např. diabetes nebo žaludeční vředy. Často posloucháme od ostatních, že pociťují často „depky“. Ale každá tato nálada nemusí nutně znamenat depresi. Ani sem nepatří málo vůle nebo sebevědomí. Deprese se odlišuje hlavně svou větší hloubkou a intenzitou, větší délkou trvání a zhoršuje životní funkci. Deprese patří k léčitelným onemocněním. Pokud senior onemocnění neléčí, tak může docházet k izolaci, ztrátě výkonnosti, ztrácí radost ze života a zhoršuje celkový stav organismu. Bez dostatečné léčby může onemocnění přetrvávat několik měsíců nebo let. Až 80% nemocným léčba pomůže. Deprese patří k syndromům geriatric. Dvakrát častěji trpí depresemi ženy a vyšší rizika deprese patří ke spojení se zásadními životními změnami. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

Hlavními předpoklady pro depresivní onemocnění jsou poruchy kognitivních funkcí, somatické onemocnění, ženské pohlaví, špatné kontakty s osobou blízkou a depresivní onemocnění v genetice. U seniorů v domácnosti, v sociálním zařízení či v nemocničním prostředí se depresivní onemocnění vyskytuje mezi 7,2% a 49%. (Djernes JK, 2006)

Depresi zařazujeme jako druhou velmi častou psychickou poruchou u seniorů. Nejčastější porucha je poškození paměti. Při vzniku deprese u starší generace nehraje velkou roli genetický vliv, tak jako vliv biologický společně s psychosociálním stresem. U depresivní poruchy seniorů je velké riziko suicidálních myšlenek. Za depresi seniorského věku je považována depresivní porucha, která se začíná rozvíjet u seniorů starších 65 let. Rozdělujeme hranici věku u seniorů na „mladší starší“ věk (65-74 let) a „staré starší“ (74 a více).

Kromě důsledků onemocnění jako takového je třeba si uvědomit, že deprese přispívá ke vzniku a horšímu průběhu tělesných onemocnění, zvyšuje riziko úmrtnosti a sebevraždných myšlenek. Ze somatických onemocnění, u kterých deprese může zhoršit průběh onemocnění a zvýšit úmrtnost zahrnujeme například rakovinu, kardiovaskulární onemocnění a chronickou plicní obstrukci. Depresivní porucha je velmi riziková u rakoviny a kardiovaskulárního onemocnění, označuje se jako faktor rozvoje tohoto onemocnění. (Češková, 2011)

Ve starších věkových skupinách je depresivní onemocnění nedostatečně diagnostikováno, převážně u seniorů, kteří žijí v různých institucích. Deprese u seniorů je podstatným fenoménem, a to jak z pohledu individuálního zdraví a kvality života, tak i ze stránky veřejného zdravotnictví. Onemocnění je léčitelné, ale za podmínek správně nastavené diagnózy. (Holmerová, Vaňková, Dragomirecká, Janečková, Veleta, 2011)

1.1 Typy deprese

Dle historie se deprese dělila na **endogenní, reaktivní, neurotickou a symptomatickou**. V praxi se ukázalo, že toto rozdělení je nepoužitelné. Příznaky deprese se měnily časem a tím se měnila i jejich závažnost. Postižení může přecházet pozvolna z jednoho typu deprese do druhého typu. Ani léčba u deprese neplatila univerzálně pro všechny typy. Dle Rabocha rozlišujeme deprese podle intenzity, hloubky a množství příznaků na depresi mírnou, střední nebo těžkou. Abychom mohli označit, že postižený trpí depresemi, musí jeho příznaky přetrvávat alespoň 2 týdny. **Mírná deprese** – postižený může nadále chodit do zaměstnání, funguje v běžném životě normálně, jen má problém s tím, že činnosti vykonává hůře a pomaleji. Netěší ho věci, které mu dříve dělali radost a uzavírá se sám do sebe. **Středně těžká deprese** – postižený již nepracuje, není schopen fungovat v běžném životě tak jako dříve. Má zpomalenou činnost a je smutný. Nedokáže se soustředit na běžné činnosti jako například na čtení nebo na sledování televize, nemá zájem o sexuální život. Pacienti se středně těžkou depresí již mají možnost být na pracovní neschopnosti. **Těžká deprese** – Postižený nemá zájem se starat sám o sebe, svůj volný čas chce trávit sám, v posteli se sebevčítkami. Na okolí působí negativně a hodně zpomaleně, má těžké poruchy nálady a ztrácí energii. **Melancholie** – nejzávažnější forma deprese, při které postižený cítí hluboký smutek, beznaděj a pociťuje velké úzkosti spojené se strachem. Často má suicidální myšlenky a myslí si, že nic jiného než smrt mu v jeho stavu nepomůže. Melancholii často doprovází bludy. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

1.2 Příznaky

Mezi největší příznak deprese řadíme poruchu nálady. Nálada je důležitou součástí pro naši mysl a naše jednání a rozhodování v běžném životě. V důsledku špatné nálady se mění i chování, myšlení a tělesné fungování. Pod pojmem deprese si můžeme představit

pestrýobraz projevů chování, emocí, kolísání pocitů, únavu, malátnost až vyčerpání organismu. Není to jen onemocnění těla, ale zejména duše. Onemocnění může dojít až do takového stádia, kde postižený pouze leží a nedokáže vykonávat žádnou činnost. Příznaky kolísají v celém průběhu dne. Někomu je hůře ráno, jinému může být nejhůře v pozdních večerních hodinách. Zahrnujeme do příznaků i tělesné. Imitují nejčastěji tělesnou nemoc, občas se objevují před depresivní náladou, jindy tělesné příznaky přetrvávají delší dobu po odeznění nemoci. Při změně nálady obvykle dochází k pestrému obrazu tělesných obtíží. Jako je například bolest hlavy, snížená nebo naopak častá chuť, zácpa, palpitace a jiné. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

Depresivní lidé cítí ze své osoby pocit viny. Pokud vznikne v blízkém okolí konflikt, hledají vinu u sebe samotného. Tento pocit mají obvykle senioři. (Grün, 2008)

Do příznaků deprese se zahrnuje například nechutenství, ztráta zájmu o koníčky, ztráta smyslu života, pocity beznaděje spojené s úzkostí, přetrvávající smutné nálady, bdění a velmi špatný spánek, který velmi ovlivňuje stav pacienta. Můžeme zmínit vysoký úbytek váhy spojený s problémy s vylučováním a trávením, pokles energie, únava, neklid, nervozita, nadměrná ustaranost a pocity napětí. Všechny tyto příznaky se mohou objevit u seniorů s diagnostikovanou depresivní poruchou. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

1.3 Příčiny deprese

Přesná příčina depresivního onemocnění není známá. V tomto onemocnění můžeme rozlišit vlivy genetické, biologické a psychosociální. Tuhle kombinaci vlivů tvoří nadměrná citlivost a zvýšená zranitelnost. Velmi záleží na událostech, které člověka potkají v průběhu života, nakolik jsou pro něho stresující a jak dobře se s nimi dokáží vypořádat a zvládnout je. Největším spouštěčem rozvojem poruchy nálady je stres. Nepatří mezi hlavní příčiny této poruchy jako například vrozené nebo získané dispozice, ale zpočátku malé stresy vedou k menším výkyvům nálady, které zatím nepočítáme jako pravé deprese. Ale postupem času dochází ke stupňování stresu a člověk začíná reagovat větší depresí na menší stres. Důležitou roli hrají genetické vlivy. Často se v rodinách může objevit určitý typ deprese, což může znamenat, že je zde přítomná vrozená biologická zranitelnost. Studie jednovaječných dvojčat prokázala, že pokud jedno z dvojčat trpí depresí, je až 70% pravděpodobnost, že i druhé z dvojčat bude mít tentýž problém. Dědí se určitá vloha k onemocnění depresí, tím se rozumí náchylnost k onemocnění, ale nikoliv nemoc sama. V dospělém věku je nejčastějším

spouštěčem onemocnění ztráta blízké osoby, at' úmrtí nebo rozchod nebo problémy ve vztazích, změny v životním stylu. Čím starší člověk je, tím jsou pro něho horší životní změny. Příliš změn, které člověk cítí v krátkém časovém rozsahu snižuje tělesnou i psychickou odolnost člověka. Reakce nemusí začít hned po odehrané události, ale většinou až delší čas po ní. Například ke zhroucení člověka může dojít až 6 měsíců po úmrtí blízké osoby. Do nejčastějších událostí a situací, které nejvíce ovlivňují depresivní onemocnění zařazujeme například úmrtí blízkého člověka, důchodový věk, onemocnění, finanční změny, konflikty a změny ve zvyklostech společně se změnami v aktivitách a zájmových činnostech. Zařazujeme zde i kritiku od okolí, vztek, který je dlouhou dobu potlačován, nedostatek lásky, náhlé změny a selhání či životní chyby. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

1.4 Prevence deprese

Mezi hlavní prevenci deprese můžeme zařadit snahu o snížení stresu. V životě se stresu nevyhneme, ale měli bychom se naučit aktivity, díky kterým stresu alespoň z nějaké části budeme předcházet. Dalším problémem v depresivním onemocnění je unesení kritiky od druhého. Pacienti se cítí méněcenně s pocitem viny a neumějí odmítat. (Anders, 2007)

V tomto případě je na místě nácvik asertivního chování. Pokud se nenaučíte říkat ne, tak se můžete dostat do situací, kam sami nechcete a dopomohou Vám k tomu druzí. Věci, které byste normálně nedělali, tak dělat budete na základě ostatních a jejich přání. Ne pacienti s depresí neumějí říkat, protože mají strach, že se druhé osoby dotknou. Pokud toto bude trvat déle a déle, tak tím více pacient trpí a bude bezradný, protože neví, jak se z této situace dostat pryč. (Novák, Capponi, 2012)

Depresi často spojujeme s odloučením od lidí. Největší prevencí proti izolaci je vystavení se styku s lidmi. I přes veškeré pochybnosti a strachy. Pro začátek by se měl pacient vystavit lidem, které jsou mu blízké a nestydí se před nimi, tak jako před cizími. (Anders, 2007)

1.5 Léčba deprese

Cílem léčby deprese je zmírnění až odstranění příznaků deprese, snížení rizika jejich návratu, zlepšení celkového zdravotního stavu a kvality života, snížení sociální izolace

postiženého jedince. Obsahuje složku farmakologickou a psychoterapeutickou. Volba léčebné strategie by měla stát spíše než na účinnosti například na dostupnosti, kontraindikacích, preferenci nemocného. Do léčby depresivní poruchy je důležité zařadit především obnovení kvality života, odstranit příznaky onemocnění a odstranit rizika relapsu. Léčba zahrnuje léky, biologickou léčbu a psychoterapii. Do biologické léčby patří například fototerapie. Nejužívanějšími léky jsou antidepresiva. U lehčích forem deprese pomůže samotná psychoterapie, ale nejlepší je kombinace obou dvou metod navzájem. Díky antidepresivům příznaky deprese rychleji ustupují a psychoterapie pomáhá poukázat na účinnější způsoby, jak zacházet s problémy v životě, které onemocnění spustily, nebo které vznikly během depresivního onemocnění. Léčbu je nutno rozdělit na akutní, udržovací a profylaktickou. V akutní léčbě je cílem zejména potlačit a zastavit depresivní příznaky. Tato léčba trvá zhruba tři měsíce. Udržovací léčba nastává po léčbě akutní. Cíl této léčby je udržet zlepšení onemocnění na dobu až 9 měsíců. Tento čas je průměrná délka trvání depresivního onemocnění. Profylaktická léčba je po ukončení předchozích léčebných metod. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

1.5.1 Farmakoterapie

Farmakologická léčba deprese nastává u středně těžké a těžké poruchy. Léčba se ovlivňuje dle několika faktorů. Uplatňuje se vliv samotné deprese, její závažnost a příznaky, osobnost seniora, jeho psychický a fyzický stav a předchozí zkušenosti s léčbou. Rozdělujeme léčbu do tří etap. Do první etapy zahrnujeme akutní léčbu. Trvá zhruba 6 - 12 týdnů, u seniorů přibližně 8 - 12 týdnů jelikož je zde delší nástup účinku.

Nezákladnějším lékem u depresivního onemocnění jsou antidepresiva. Antidepresiva mění aktivitu serotoninu, noradrenalinu a dopaminu a existuje jich velké množství. (Raboch, Pavlovský, 2008)

Antidepresiva, která jsou nejvhodnější ve stáří

Inhibitory zpětně vychytávající serotonin SSRI

Účinek, který pacifikuje má zde Paroxetin a Fluvoxamin a účinek, který aktivuje má zde Citalopram, Sertalin a Fluoxetin. I tyto léky mohou mít nežádoucí účinky a to například - pocit na zvracení, průjemy, migrény a jiné. Účinek léku nastupuje přibližně za 2 – 4 týdny a jsou často předepsány u panické a posttraumatické stresové poruchy. (Topinková, 2005)

Tricyklická a heterocyklická antidepressiva

Do této lékové skupiny patří Dosuleptin a Nortriptylin. U těchto dvou léků může být riziko hypotenze a srdečních arytmií malé. Při předávkování může dojít až k úmrtí postiženého. Žádné jiné další výhody u seniorů tyto léky nemají, ale podáváme je s opatrností. (Topinková, 2005)

Inhibitory MAO

Do této skupiny zahrnujeme Moclobemid a Selegilin. Oba dva léky mírně vylepšují poznávací funkce, ale je zde riziko hypertenze. Jestliže budeme chtít ale léčit pouze těmito léky, tak to nebude dostačující. Musí být kombinace více léků. (Topinková, 2005)

Antidepressiva IV.generace

Zde zahrnujeme léky jako jsou Bupropion, Milnacipran, Mirtazapin, Reboxetin, Venlafaxin. Tyto léky mají rychlý nástup účinku. (Topinková, 2005)

1.5.2 Psychoterapie

Psychoterapie je forma léčby, při které se používají psychologické poznatky. Při psychoterapii je důležitá podpora zdravých částí osobnosti. Jádrem psychoterapie může být umělecká práce, rozhovor s pacientem, nácvik dovedností nebo předvádění určitých rolí. Psychoterapie obnovuje pocit kontroly nad sebevnímáním, myšlenkami, chováním a emocemi. Pacientovi terapeut pomáhá v pochopení co se s ním nyní děje, zmírnit nemocné prožívání, podpořit zdravé prožívání a najít cesty, jak překonat náročné životní situace či problémy. Psychoterapie není doporučována pro pacienty trpící silnou depresí, jelikož nemá tak velký účinek jako farmakoterapie. Dokáže pomoci pouze při odeznívání nemoci. Nejdříve díky psychoterapii člověk dokáže hlouběji porozumět, co se s ním při nemoci děje a učí se jak s onemocněním zacházet, aby zabránil rozvoji nástupu další fáze onemocnění. Psychoterapie je účinná metoda, která zkracuje dobu léčby a u lehčích forem deprese díky ní pacient nemusí začít užívat farmakoterapii. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003). Do psychoterapie můžeme zahrnout například skupinovou, rodinou, individuální a nebo kognitivně-behaviorální terapii. **Individuální** – tento typ psychoterapie obnovuje důvěru ve svět a ve své okolí. Psychoterapeut je pro pacienta pevná osoba, které může důvěřovat napříč krizové situací. Psychoterapie se nese v přátelském duchu a pochopení. **Skupinová** – psychoterapie nám dokáže objasnit jakou máme funkci ve světě a uvědomit si své chování, kvůli kterému pocítujeme stres. Díky skupinové terapii se pacient dokáže lépe začlenit mezi

ostatní lidí. Ujasní si své trápení a potíže a najdou pro ně řešení. Ve skupině je přibližně 8 až 12 lidí pod vedením 2 psychoterapeutů. Obvykle je to muž a žena. Sezení trvá zhruba 1,5 hodiny. **Rodinná** – Rodina je důležitá, když pacient dochází na psychoterapie či užívá nějakou farmakologickou léčbu. Potřebujeme pro postiženého vytvořit příjemné klima bez emočních výkyvů nebo hádek. Toto je velmi obtížné, protože lidé mezi sebou hledají vyníka, který je odpovědný za depresivní krizi. Ale neuvědomují si, že deprese je nemoc, která nelze zavinit zvenčí. **Kognitivně – behaviorální terapie** – Cílem této terapie je celkové zklidnění na základě přijetí onemocnění, zmírnit depresivní myšlení a zdokonalit komunikaci s okolním světem.

Základní postupy v kognitivně – behaviorální depresi

- Relaxace
- Zdokonalení komunikace
- Zaměřit se na řešení životních problémů
- Prevence depresivního onemocnění (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

1.5.3 Další možnosti léčby

Elektrokonvulzivní terapie se provádí u pacientů s těžkou depresí s psychotickými příznaky a suicidálními tendencemi nebo po neúspěšné farmakologické léčbě. Metoda se aplikuje při hospitalizaci. Jedná se o sérii elektrošoků v anestezii. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

Pro pacienty, které trpí sezonními poruchami nálady je ideální léčbou fototerapie. Díky ultrafialovému a infračervenému světlu. Má prudký efekt a občas dokáže odstranit depresi po týdnu aplikace. Světlo se využívá v čase před rozedněním, obvykle to jsou přibližně 2 hodiny. Fototerapie se dá využít také při zánětlivém onemocnění či při dlouhodobé únavě. Ultrafialové záření se podílí na výrobě vitamínu D, zlepšuje výkon svalstva a využívá se při hojení chronických ran. V průběhu aplikování UV záření jsou důležité brýle a oděnění. Infračervené záření se dá charakterizovat především jako tepelný účinek. Působí také na bolesti a na roztažení cév. (Zrubáková, Bartošovič, 2019)

Účinek léčby u pacienta trpícího depresivní poruchou je závislý také na naší schopnosti vytvořit kvalitní vztah s pacientem a dostat ho na svojí stranu, aby přistoupil

k léčení. Musíme důkladně a jasně vysvětlit všechny zásadní informace ohledně léčby a depresivní choroby. Na začátku léčby je důležité společně vypracovat ošetrovatelský plán a dbát na kontroly a dávat pozor na případné vedlejší účinky léčby. (Raboch, Pavlovský, 2008)

1.6 Diagnostika

Do diagnostiky zahrnujeme velmi pečlivý rozhovor s nemocným, hodnotíme symptomy deprese a jejich důležitost a význam, včetně nebezpečí sebevražedných myšlenek. Pacienti velmi často nedokážou popsat svoje pocity, proto je nutný i rozhovor s pečovatelem. Do vyšetření zahrnujeme screening symptomů na základě standardizovaných škál a hodnotíme soběstačnost pacienta. Nezapomínáme ani na laboratorní vyšetření, abychom vyřadili jiné choroby. Do laboratorního vyšetření patří v tomto případě biochemické vyšetření, krevní obraz, moč a elektrokardiografie. (Topinková, 2005)

Můžeme při vyšetření pacienta využít i geriatrickou škálu deprese, která je používaná po celém světě. Touto stupnicí nelze nahradit klinické vyšetření, ale varovat a poukázat na pacienty, které toto vyšetření potřebují. Pokud se na stupnici objeví číslo 6 a více, představuje to pozitivní výsledek. Tato metoda nepatří mezi vhodné metody pro pacienty s těžkou formou deprese. (Kuckir, Vaňková, Holmerová, 2016)

1.7 Ošetrovatelský proces u seniora s diagnostikovanou depresí

Sestra řeší problémy pacienta, ale neustále monitoruje jeho chování, vystupování a reakce na určité podněty. Pod kontrolou musí zejména mít i své chování. Do ošetrovatelské péče zahrnujeme kromě pacienta i jeho rodinné příslušníky. Chceme stanovit cíl a směr ošetrovatelské péče, která je vhodná a odpovídám všem potřebám nemocného. Máme několik fází ošetrovatelské péče.

- Sběr informací o pacientovi (anamnéza)
- Ošetrovatelská diagnóza
- Plán následné péče
- Realizace následné péče

- Zhodnocení péče (Jarošová, 2000)

Sběr informací o pacientovi sestra nejlépe získá rozhovorem a nebo pozorováním. Patří sem informace od rodiny, z ošetrovatelské dokumentace a od všech členů zdravotnického personálu. Informace a data sbíráme v průběhu celé hospitalizace. Nepatří do toho jen začátek hospitalizace. Zajímá nás psychický stav nemocného, jaké má schopnosti po fyzické stránce, jak na něho působí nynější situace, ve které se momentálně vyskytuje. Do anamnézy patří i zájmy a návyky pacienta a jeho životní styl. Na základě shromážděných informací o pacientovi sestra vytváří ošetrovatelské diagnózy, které souvisí s problémy pacienta. Při vytváření ošetrovatelských diagnóz se sestra snaží zapojit samotného pacienta. Plán následné ošetrovatelské péče je založen na stanovené diagnóze. Cílem plánování péče je zhotovení takového programu, který nejlépe vyřeší problém pacienta a udrží ho v dobré náladě. Cílů může mít sestra stanoveně několik, ale musí je seřadit dle důležitosti. Realizování následné péče patří mezi velmi významnou fázi pro pacienta, protože v ní nastává k jasnému řešení problému. Všechny důležité informace se musí zapsat do ošetrovatelské dokumentace zřetelně, aby bylo vše pro zdravotnický personál jasné. Zapojení pacienta je zde též nezbytné. Kromě ošetrovatelských intervencí sestra plní také ordinace lékaře. Do zhodnocení ošetrovatelské péče můžeme zahrnout hodnocení hotových cílů, jeho odezvy na ošetrovatelské zásahy. Hodnotíme zda se cíl povedl splnit částečně, celkově a nebo vůbec z důvodu nějaké komplikace. Může se stát, že nebyly dobře diagnostikovány problémy pacienta a nebo působily špatné faktory při realizování ošetrovatelských intervencí. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Sestra se snaží zvýšit u pacienta osobní posuzování vlastní hodnoty. Řadíme zde podporu pacienta při popisování svých silných stránek. Sestra by měla mít snahu poskytnout pacientovi svoje zkušenosti, které zvýší autonomii pacienta. Zdržet se negativních narážek a posměchů, protože pacient potřebuje navázat se sestrou důvěru. Když zjistí sestra pacientovi úspěchy například z mladšího věku, měla by o tom s ním navázat konverzaci. Neméně důležité je také navázání komunikace s příbuznými. Po celou dobu ošetrovatelské péče sestra musí monitorovat aktivity a přijmout opatření proti sebevražedným myšlenkám. Kontrola stravování či odmítání stravy. Zabezpečení a motivace k běžným činnostem, jako je například ranní hygiena. V neposlední řadě je velmi důležité edukace při propuštění pacienta a jeho rodiny v oblasti docházení na kontroly k ambulantnímu psychiatrovi. (Poledníková a kol., 2013)

1.7.1 Zásady chování k depresivnímu pacientovi

Jednání a vystupování zdravotníka je velmi důležité. Vstup do zdravotnického zařízení s depresivní chorobou je těžký pro rodinu a i pro samotného nemocného. Pro důvěru mezi pacientem a zdravotníkem je nejdůležitější dostatek informací, které usnadní průběh hospitalizace. Sestra zachází s pacientem jako s aktivním objektem. Musí ve styku s ním zdůraznit a žádat po pacientovi aktivní přístup v terapii. Někteří pacienti projevují svoje chování tak, že sestry nevědí jak na ně reagovat a občas je těžké na toto chování reagovat vhodnou formou. V tomto případě je velmi důležité zachovat pravidla společenského chování. Na začátku hospitalizace musíme pacienta seznámit s terapeutickým režimem. Někteří zdravotníci toto nepovažují za důležité a berou určité věci za samozřejmost, ale poté to může způsobit velké nepříjemnosti. Na pacienta působí celý tým. Ovlivňuje ho a slouží jako modely vztahů. Pro pacienta jsou velmi nebezpečné lži a nedůvěra v ošetrovatelském týmu. Sestra musí být ohleduplná na nepříjemné požadavky, které jsou neustále kladeny na pacienta. Patří sem neustálé kontroly, nedostatek intimity, omezení kontaktů s okolím, rušení spánku, málo informací apod. Tyto požadavky jsou velmi důležité pro jednodušší průběh hospitalizace, ale sestry se musí snažit je omezit na minimum. Sestra by neměla prožívání nebo chování pacienta bagatelizovat, neměla by se chovat ironicky a měla by mít dostatečně zdvořilé chování. Sestra může být podrážděná z přepracovanosti a již své chování nevnímá. Pacienti toto chování nedokáží pochopit a poté ztrácí k personálu důvěru. Někteří pacienti se snaží vyvolat vztah, který již překračuje rámec profese. Například erotické narážky. Při práci je potřeba si zachovat dostatečný odstup a uvědomovat si, jak jsou tyto vztahy nebezpečné. Pokud toto nastane, měla by se situace řešit tak, že pacient či zdravotník přejdou na jiné oddělení. Do psychohygieny zdravotníka patří i dostatek soukromí. Dostatečný pozor musíme dávat i na nepříjemné vystupování a nervozitu. Jednoduše se to přenáší na pacienty a ti poté mají strach sestru o cokoli požádat či oslovit a vzniká špatná atmosféra na oddělení. Přehnaná péče o pacienta také není dobrá. Poté když pacient cítí, že je o něho až moc pečováno, tak vede k jeho pasivitě a začne být na sestře závislý. Pouhé plnění povinností bez osobního vztahu mnohdy mohou pacientovi spíše ublížit. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

1.7.2 Komunikace s depresivním seniorem

Komunikace verbální je nejčastějším typem v psychoterapii. Jedná se o komunikaci pomocí rozhovoru. Avšak komunikace neverbální je neméně důležitá jako verbální.

Základem pro mezilidskou komunikaci je rozvíjení vztahu a důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. Pro rozhovor je třeba zajistit vhodné místo, vhodný termín a dobu, aby rozhovor nebyl nijak přerušován ani nikým vyrušován. Pacient potřebuje pro své vyjadřování dostatek času. Zejména na začátku. Zdravotník pacientovi dává najevo, že máme o jeho výstup zájem a empatii. Můžeme takto nazvat styl aktivního naslouchání. Kam zařazujeme povzbuzení, zrcadlení, rekapitulaci, parafrázi a shrnutí. Chceme tím pacienta povzbudit k širšímu vyjadřování, opakujeme pacientův text a snažíme se ho napodobit, aby pocítil empatii. A vyprávíme dle sebe pacientovi myšlenky, aby cítil, že ho někdo naslouchá. Na konci rozhovoru se snažíme vše shrnout a vyhodnotit celou situaci. Komunikace s depresivním pacientem patří zpočátku k velmi těžkým na základě jeho apatie a nesdílnosti pacienta. Pacient vyjadřuje raději své chování neverbálně než-li verbálně což dokáže být pro zdravotnický personál velmi frustrující. Existují dva typy komunikace mezi pacientem a zdravotníkem. Buď pacient nechce s personálem komunikovat vůbec a nebo může nastat situace, kdy je pacient na komunikování s personálem těžce závislý. Přednostním cílem ošetrovatelské péče u depresivního pacienta je uspořádání takových okolností, aby v nich nemocný našel smysl života a byl odvážený pro vyjadřování svých pocitů. Pacient potřebuje, abychom mu byli oporou, aby neměl strach se vystavit svým obavám čelem. Ucelení a především navázání společného kontaktu závisí na aktuálních možnostech každého depresivního nemocného. U každého je to jiné, individuální. Každý pacient je jinou osobností. Hrozí nebezpečí, když pacientovi nevěnujeme pozornost. Komunikace je zde na prvním místě. Po celou dobu hospitalizace musí zdravotnický personál sledovat, aby pacient měl dostatečný příjem tekutin, zda jí a také zda vykonává nějakou aktivitu a dbá o sebe. Tyto činnosti musí být neustále sledovány a kontrolovány. Připravená struktura hospitalizace je již od počátku velmi důležitá pro pacienta. Každodenní ranní vypuzení z postele a večerní uložení zpět nepatří do struktury hospitalizace. Zdravotnický tým by měl myslet také na zevnějšek pacienta. Aby o sebe nemocný dbal. Například, aby se česal, holil, myl. Pro pacienta je jeho zevnějšek také důležitý a velmi působí na psychiku, jelikož v hlavě mu probíhají myšlenky typu: „*Jsem na tom špatně, když vypadám takhle*“. Zdravotníci dbají na to, aby pacienti ve své dané struktuře našli jasný základ pro obnovení těchto běžných každodenních aktivit. Snaha o začlenění do těchto stereotypů je velmi důležitá. (Styx, 2003)

1.8 Problematika výskytu sebevražd

U všech pacientů s depresivní poruchou musíme po celou dobu jeho onemocnění myslet na zvýšené riziko sebevražedných myšlenek. U více než 90 % lidí s depresivní chorobou je prokázáno, že mají sebevražedné úmysly. Dle Manna jsou navrženy předlohy sklonů a akutního stresu, který popisuje procesy vedoucí k ukončení života. Hlavním faktorem je genetický předpoklad. K suicidu „dopomáhají“ také okolnosti jako vážná chronická onemocnění pacienta, například rakovina nebo postižení nervového systému. Zdravotnický personál musí dbát a kontrolovat, zda pacient neužívá návykové látky. Předvídání sebevražedných myšlenek je velmi těžké. I přes to by zdravotnický personál neměl podceňovat ani přeceňovat pacientovi posunky ohledně suicidiálních myšlenek. Kromě poskytnutí ošetrovatelské péče o nemocného se musí personál zaměřit na léky požívané pacientem. Probíhají diskuze, zda antidepresiva SSRI a SNRI nevyvolávají u pacienta sebevražedné aktivity. Pravdou je, že při typické depresivní poruše antidepresiva snižují sebevražedné myšlenky. Komunikace s takovým pacientem má své zásady. Kvalitní komunikace s navázáním terapie a psychoterapeutických metod společně s dobrým vztahem patří mezi zásadní. Musíme zkontrolovat pacientův prostor, zda kolem sebe nemá předměty, které jsou například ostré, musí být na pokoji kde se vyskytují dobře uzavíratelná okna apod. Depresivní choroby v ČR jsou málo diagnostikovány a také špatně léčeny. To způsobuje velké trápení a problémy postiženým lidem včetně sebevražd. Dlouhodobá léčba obvykle neprobíhá u těchto nemocných podle pravidel. Každá nově vzniklá příhoda depresivního onemocnění v sobě nese riziko depresivních myšlenek a chronicity. Dbáme na prevenci před vznikem nových příhod. (Raboch,, Pavlovský a kol., 2008)

V České republice bylo v roce 1995 zaznamenáno 420 dokonalých sebevražd u osob starších 60 let. Větší poměr sebevražd s depresivní poruchou byl zaznamenán u mužů než u žen a to 1,5:1. Nejvíce využívaný způsob u více než poloviny (66%) úmrtí bylo oběšení. U poloviny seniorů nebyly zjištěny žádné příčiny. Za hlavní prevenci před suicidálními úmysly je považována včasná diagnostika a léčba psychické poruchy. Nejčastěji depresivní poruchy a tělesného onemocnění. (Češková, 2011)

2 STÁŘÍ

Stáří a stárnutí jsou často používané pojmy v současné době. Přiřazujeme k těmto pojmům závažné osobní i společenské dopady. Přesto však nejsou jasné a často se o nich hovoří chybně. S mnohdy osudovými dopady pro jednotlivce či pro větší společenství osob. Je nutno vést debaty ohledně obsahu stárnutí a popsat zásadní problémy a najít adekvátní řešení. (Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík, Kubů, 2014)

Shrnutí o stáří a životě v něm nazýváme gerontologie. Samotné stáří je těžce formulovatelná poslední část našeho života. Tato část našeho života vyjadřuje involuci. Zhoršují se kognitivní funkce jako je například paměť, koncentrace, zhoršení odolnosti apod. Nazýváme to poklesem zdraví. Obvykle může dojít ke konfliktu mezi stářím biologickým a stářím dle kalendáře. Často si lidé přijdou dle jejich schopností mladší, než skutečně jsou. Obvykle se za stáří považuje věk 65 let. Vyššího věku se dožívají v hospodářsky vyspělých zemích ženy oproti mužům. Česká republika udává rozdíl 6,5 let. Senior-ská populace je velmi rozmanitá. I přes to, že senioři vypadají jako stejnorodá populace, jelikož jsou mezi sebou žijí se stejnými zkušenostmi, věkem a zdravotním stavem. Proto by se měl dávat velký pozor na schematismus. Každý senior je individuální a každý má jiné potřeby. Zdravotnický personál by neměl slučovat všechny seniory do jedné skupiny. Je to velká chyba, která se bohužel stává v ošetrovatelství rutinou. V seniorském věku se zvětšuje i ohroženost. Ohroženost onemocněním, akutní změnou zdravotního stavu, smrtí, izolace a posměšky. Zdravotníci musí mít pozitivní zájem o zhodnocení ohrožení seniora a prevence důsledků. (Kalvach, Onderková, 2006)

Stárnutí patří mezi nevratné procesy, které poskytují celou populaci již od početí. Jedná se o komunikaci mezi biologickým, psychologickým a sociálním stárnutím. Fyziologické stárnutí je uváděno běžnými změnami, které souvisejí s věkem. (Příbyl, 2015)

Podílejí se na tom zejména vlivy a okolnosti vnitřní a vnější.

- Vnitřní okolnosti – genetiky, tělesné a fyzické onemocnění, psychický stav
- Vnější okolnosti – prostředí, ve kterém senior žije, komplikace například kardiovaskulárního systému nebo problémy s dýchacím ústrojím, ekonomika a finance a také vzdělanost seniora. (Příbyl, 2015)

S věkem nastávají změny v nemocnosti, pozorujeme zvýšení chronických nemocí, kam řadíme například osteoporózu, kardiovaskulární onemocnění a také demenci. Klasifikace zdravotního stavu u seniora není lehké a diagnostika například deprese je občas nedostatečná. (Kalvach, Onderková, 2006)

2.1 Rozdělení stáří

Klasifikace z geriatrického hlediska je obvykle takto: senior starší má věk 65 let. Rozdělujeme seniory na zručné a na seniory, které jsou zdatní, zvládají různé domácí činnosti a výkony. Senioři s křehkostí patří do druhé skupiny. V této skupině se vyskytují senioři, které mají vysoké riziko pádu, mohou se u nich vyskytovat různé formy kognitivních poruch, obvykle mají vratký stav onemocnění. Sociální služby jsou využívány těmito pacienty. (Čeledová, Čevela a kol., 2018)

Na stárnutí je možné se dívat z více různých stran. Z psychologické stránky sledujeme například funkce vnímání, přemýšlení a pozorujeme jak seniorovi funguje paměť. Do psychologické stránky zahrnujeme také jejich dosavadní životní motivaci. Ekonomickou stránku zde také dokážeme využít. A to ve formě sledování ekonomických změn mezi přeltem starších lidí do důchodu, až po smrt. (Křivohlavý, 2002)

2.1.1 Kalendářní stáří

Při dělení lidského života se obvykle vychází z kalendářního věku. Orientujeme se dle toho od kdy sestupují u seniora vývojové změny. Značným plusem v kalendářním věku je jasnost, stručnost a snadné porovnání. Členíme dle WHO 3 stádia stáří:

- Rané = 60 – 74 let
- Vlastní stáří = 75 – 89 let
- Dlouhověkost = 90 let a více

Počet populace, která se dožívá dlouhověkosti stoupá z důvodu lepší úrovně ošetrovatelské péče a stupně životní úrovně. (Kozáková, Müller, 2006)

2.1.2 Biologické stáří

Biologický věk je důležitým rysem biologického stárnutí a stáří. Je to u každého člověka individuální, protože je každá osoba rozdílná. Zde má velký podíl genetika a taktéž celoživotní vliv vnějšího prostředí, předcházející životní styl a nemocnost člověka. Pokles struktur, atrofie a involuce postihující orgány se vyjadřují odlišně. Zmenšuje se výška a snižuje se hmotnost z důvodu nižší svalové hmoty. Svaly ztrácí pružnost a při nevyužívání svalstva se tento proces výrazně zhoršuje. Kloubní a kosterní systém se taktéž velmi mění, dochází k poklesu kostní hmoty. Zejména u páteře a krčku kosti stehenní. Kůže z důvodu ztráty tuku z podkoží a vody výrazně zvrásní a začne být suchá. Šedivění vlasů patří mezi nejčastější příznak stárnutí, které má na starost genetický faktor. Mění se dýchací systém na základě poklesu hrudníku a nižší funkce dýchacího aparátu vede k nedostatečnému okysličení plic. Kardiovaskulární systém, zažívací trakt, endokrinní systém a regulace tělesné teploty zažívá velmi vážné změny, které vedou ke značným problémům zdravotního stavu. Pacienti neustále pocítují zimu a nedokáží se zahřát. Zrak, sluch, chuť a čich nebo-li naše smysli se projevují velkým poklesem funkčnosti. U osob starších padesáti let je velký vzestup cítění bolesti. (Křivohlavý, 2002)

2.1.3 Sociální stáří

Sociální stáří jde ruku v ruce se sociálními událostmi. Například odchodem do důchodu. Sociální stáří je vymezené změnou rolí, životního stylu a ekonomického opatření. Člověk by se na stáří měl přichystat již od dospělého věku. Po stránce materialismu, ale také i myšlení na sebeuplatnění a plnohodnotný život ve starobním důchodu. Každý by měl umět přijmout odchod do důchodu jako přirozenost, která do života určitým způsobem zapadá. (Kozáková, Müller, 2006)

2.1.4 Psychické stáří

Psychické stáří je ovlivněno několika faktory. Důležitou roli hrají osobnostní rysy, změny psychiky v průběhu stáří a to jaké postavení ke stárnutí ponese člověk sám za sebe. S psychickým stáří jde úzce také subjektivní věk. Subjektivní věk nám vyjadřuje to, jak se člověk cítí. Lze ho projevit v postoji, mínění a jednání. Mezi subjektivním věkem a možnostmi člověka v seniorském věku nemusí být harmonie. (Kozáková, Müller, 2006)

Zdravotní stav seniorů posuzujeme nejen délkou života, prevalencí osob, ale zejména funkční zdatností a zdravím podmíněnou životní kvalitou. Do životních kvalit patří sebevzdělávání, seberealizace a lidská důstojnost, která se řídí pravidly života. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008)

2.2 Potřeby seniorů

Každý senior má svůj příběh života. Každý příběh života se skládá z šťastných i bolestných událostí. Celková péče o pacienty vyšší věkové kategorie musí vycházet nejenom z hodnocení tělesných změn, ale vychází z chápání člověka jako celistvé a individuální osobnosti, kde všechno souvisí se vším. V seniorském věku se nesmí podceňovat či bagatelizovat význam psychosociálních potřeb. Jejich uskutečnění hraje velmi podstatnou roli pro upevnění celkového tělesného zdraví i pro motivaci k užívání života. (Dvořáčková, 2012)

Uspokojení či naopak neuspokojení potřeb úzce souvisí s kvalitou života a má vliv na psychický stav člověka. Nemusí být pouze u seniorského věku, ale i například u věku dospělého. Potřeba je určitý nedostatek, který je třeba odstranit. Jestliže se tak nestane, tak se člověk nemůže soustředit, hrozí porucha myšlení a koncentrace. (Příbyl, 2015)

Pro seniory je žádoucí uspokojovat všechny své potřeby, stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou obvykle odkázáni na pomoc od svých blízkých nebo osob ve svém blízkém okolí. Potřeba zvýšené péče se primárně slučuje se snížením soběstačnosti a funkčních schopností, které ztěžují seniorovi jeho běžné aktivity a život. Věk není v tomto případně prioritní. Významným konceptem u potřeb seniorů je koncept sociálního fungování. Tento koncept lze popsat dle nadcházejících principů. Jedná se o vztah mezi nároky seniora a nároky prostředí, ve kterém senior tráví svůj čas. Tam kde je porušena vyrovnanost mezi životním prostředím a možnostmi zvládnutí životních nároků nastávají trable v oblasti sociálního fungování. Jelikož senior dokáže provést dobře svojí roli ve společnosti a zároveň sociální fungování měl by dosáhnout ke splnění svých potřeb, které jsou patřičně důležité pro jeho další život. Do nejdůležitějších potřeb seniorů zahrnujeme pocit jistoty a bezpečí, který seniorovi ukazuje místo, že někam patří, že někde má své místo. Důvěru a určité ujištění společně s finančním zajištěním. Nedílnou součástí potřeb je také láska, zdraví, rodinní příslušníci a pohoda psychická i fyzická. Potřeba otevřené budoucnosti patří mezi velmi důležité, jelikož senioři cítí strach z budoucnosti. Proto je důležité, aby měli do budoucnosti nějaký výhled či perspektivu na co se těšit. U seniorů záleží na

prostředí, ve kterém se vyskytují, zdravotním stavu, komunikaci s rodinou a jiné sociální kontakty. Tyto podmínky jsou pro seniory ohrožené, a proto jsou pro ně důležité. (Dvořáčková, 2012)

3 MODEL HILDEGARD E. PEPLAU – PSYCHODYNAMICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Hildegard E. Peplau patří mezi velmi uznávané teoretičky ošetrovatelství. Podílí se také na WHO a na založení časopisu „Properties in Psychiatric Care“. Často spolupracovala s různými univerzitami, kde vystupovala se svými přednáškami a workshopy. Neustále chtěla rozvíjet ošetrovatelství. A její model, který se vyvíjel v několika fázích popisuje ošetrovatelskou péči jako interpersonální proces mezi jednotlivci se společným účelem. Důležité pro ni bylo popsat vztah mezi klientem a sestrou a jak by se v tomto vztahu měla sestra chovat. (Pavlíková, 2006)

3.1 Role sestry dle Hildegard Peplau

H.E. Peplau nastavila určitý počet role sestry. Role sestry se mění na základě různých situací a podle toho se sestry také musí chovat, aby pomohla s klientem vyřešit jeho problémy.

Roli neznámé osoby zaujímá sestra při prvním společném setkání. Sestra musí mít vlídný přístup, bez předsudků a přijímá ho takového jak na ni působí. Sestra neustále musí udržovat kontakt s rodinou pacienta.

Role pomocnice patří mezi další z rolí sestry. V této fázi sestra pokládá pacientovi určité otázky a nabízí mu předem připravené odpovědi, které se týkají jeho zdravotního stavu. Tím se definují pro pacienta nejasnosti, příčiny jeho problému a nastavit plán léčebné metody. (Pavlíková, 2006)

Roli učitelky můžeme definovat jako spojení předchozích dvou rolí. Sestra vychází z vědomostí od pacienta a je pro ni stěžejní naučit ho to co je pro něj neznámé. (Pavlíková, 2006)

Role vůdce je také neméně důležitá. Sestra pacienta nabádá k vyhotovení jeho nynějších povinností prostřednictvím společné spolupráce a komunikace a zakládá si na aktivní účasti pacienta. (Pavlíková, 2006)

Role sestry jako **zástupce** definuje výsledek úspěšného propojení ve vztahu sestra – pacient. (Farkašová, 2006)

Role sestry jako **poradce** má největší význam v psychiatrické ošetrovatelské péči. Tato role nám ukáže a popíše vědomosti sestry, které nám ukazují ve vztahu mezi sestrou a pacientem zda sestra rozumí potřebám pacienta. (Pavlíková, 2006)

V tomto modelu hraje důležitou roli terapeutický vztah mezi klientem a sestrou. Tento vztah se tvoří na základě společné komunikaci mezi sestrou a klientem. Oba dva v tomto vztahu přichází k rozvoji své osobnosti a učení. Dochází k velkému růstu společného vztahu a díky této situaci se u pacienta zmírňuje pocit strachu. (Pavlíková, 2006)

3.2 Fáze modelu E.H. Peplau

- Orientace
- Identifikace
- Využití (Exploatace)
- Ukončení (Rezoluce)

Klient díky psychodynamickému ošetrovatelství dokáže lépe pochopit své chování. Sestra si dokáže lépe vysvětlit chování druhých. V tomto případě lépe pochopí problémy ostatních a dokáže jim pomoci s řešením. Může je odstranit úplně na základě svých zkušeností. (Pavlíková, 2006)

3.3 Hlavní jednotky

Cílem ošetrovatelství se rozumí pomoc těm, kteří prožívají momentálně nemoc a nebo potřebují péči od druhých. Do cíle ošetrovatelství patří zejména také komunikace a udržení interpersonálních vztahů s uspokojením potřeb nemocného.

Pacient/klient je jedinec, který prožívá frustraci v oblasti svých potřeb.

Zdrojem potíží je primárně již zmíněna frustrace, úzkosti a napětí.

Ohniskem zásahu je zjištění oblasti, která je pro pacienta problém a vytvořit společně s ním terapeutický vztah.

Způsob zásahu obsahuje systém intervencí, které vedou k odstranění frustrace, úzkosti a napětí. Do způsobu zásahu patří podpora rozvoje a růstu a zejména zlepšení komunikace.

Důsledkem by mělo být obnovení nebo alespoň zvýšení celkové sebekontroly a odstranit zdroj potíží. (Pavlíková, 2007)

4 MODEL PODLE MARJORY GORDONOVÉ – MODEL FUNKČNÍHO TYPU ZDRAVÍ

Marjory Gordonová získala své základní vzdělání v oboru ošetrovatelství na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Své bakalářské i magisterské studium absolvovala na Hunter College of The City university v tentýž městě jako absolvovala školu základní. V roce 1974 poprvé popsala 11 vzorců chování. V roce 1987 vytvořila velmi známí Model funkčních vzorců zdraví. (Pavlíková, 2006)

4.1 Obsah a koncepce modelu

Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem/klientem sestra identifikuje funkční a nebo dysfunkční vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, které autorka označuje jako 12 funkčních vzorců zdraví. Tento model se označuje jako nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelské praxi. Model spočívá v principu získávání informací v jednotlivých oblastech pomocí komunikace, pozorování, fyzikálním vyšetřením. Vzorce jsou sestaveny tak, aby sestra nezapomněla na žádnou z daných oblastí. (Pavlíková, strana 95, 2006)

4.2 12 funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové

Vnímání zdraví se rozumí, jak vnímá jedinec své zdraví a způsoby, jak se stará o vlastní zdraví.

Do vzorce **výživy a metabolismus** zahrnujeme způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu ke svému organismu.

Dalším vzorcem je **vylučování**, kde jsou zahrnuté informace o způsobu vylučování a vnímání pravidelnosti či problémům v této oblasti.

Aktivita a cvičení představuje způsoby, jak udržet svoje tělo v dobré kondici cvičením nebo jinými aktivitami zaměřenými na tuto oblast.

Spánek a odpočinek popisuje způsob odpočinku a relaxace, jak dlouho trvá spánek a způsob navození.

Vnímání, poznávání popisuje úroveň vědomí a zda je pacient orientován místem, časem, osobou a jaké jsou jeho mentální funkce.

V oblasti **Sebepojetí, sebeúcta** popisujeme emoce a jak pacient dokáže vnímat sám sebe.

Plnění rolí, mezilidské vztahy popisují stupeň úrovně mezilidských vztahů a individuální vnímání životních rolí, vztahy v rodině či zaměstnání.

V oblasti **Sexuality a reprodukčních schopností** popisujeme uspokojení či naopak neuspokojení, a nebo problémy v sexuálním životě.

Dalším vzorcem je **stres, zátěžové situace a jejich zvládnutí**, kde pacient popisuje, zda má problém se zvládnutím těžkých stresových situací, zda to u něho něco vyvolává či mu stresové situace nedělají problém.

Víra, životní hodnoty představují poslední fázi funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové. Zde pacient popisuje vnímání jeho životních hodnot či přesvědčení.

Jiné – zde je šance zařadit jiné podstatné informace, které nejsou obsaženy v předchozích oblastech. (Pavlíková, 2006)

Na základě zhodnocení těchto oblastí sestra dokáže vyhodnotit zda se jedná u pacienta o funkční chování ve zdraví či o dysfunkční chování v nemoci. Dysfunkční hodnocení má význam v aktuálním stavu nemocného. Zda sestra zhodnotí, že je dysfunkční, navazuje na zjištění problému a dále navazuje na fáze ošetrovatelského procesu. (Pavlíková, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce jsem zpracovala kazuistiky dvou seniorů, kteří trpí depresivní poruchou. Ošetrovatelský plán byl sestaven na podkladu teoretického ošetrovatelského modelu H.E. Peplau – takzvaný Model interpersonálních vztahů a na podkladu ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové – takzvaný Model funkčních vzorců zdraví. Chtěla jsem si ověřit v praxi, zda je vhodnější pro ošetrovatelskou péči u depresivního seniora Model H.E.Peplau či se více hodí použití Modelu Marjory Gordonové.

5 FORMULACE PROBLÉMU

Je známo, že v seniorském věku dochází k mnoha změnám, které se týkají fyzického i psychického stavu, a ty mohou vést až k depresivním sklonům. Senioři se často nedokáží smířit se zhoršujícím se stavem pohybového aparátu, s poklesem kognitivních funkcí a mnoha dalšími faktory, ke kterým v tomto věku dochází.

Jaká specifika jsou důležitá pro péči o seniory s diagnostikovanými depresemi?

6 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Zjistit vliv specifické ošetrovatelské péče u pacientů v seniorském věku s depresivní poruchou.

6.2 Dílčí cíle

1. Zjistit jaké situace způsobily zhoršení psychického stavu nemocného před diagnostikou deprese.
2. Zjistit subjektivní názor seniorů s diagnostikovanou depresí na přístup všeobecných sester v denním stacionáři.
3. Ověřit využití modelu M. Gordonové a H.E. Peplau u seniora s diagnostikovanou depresí v ošetrovatelské praxi.

7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

1. Jaké situace působily na stav nemocného před diagnostikou deprese?
2. Jaký je subjektivní názor seniorů s diagnostikovanou depresí na přístup všeobecných sester v denním stacionáři?
3. Je model M. Gordonové a model H.E. Peplau využitelný v ošetrovatelské praxi u seniora s diagnostikovanou depresí?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr pacientů byl záměrný, a to pacient v seniorském věku s diagnostikovanou depresivní poruchou.

Kritéria, která museli pacienti splňovat, byla:

1. Žena seniorského věku, hospitalizována v Denním stacionáři Kristián s diagnostikovanou depresivní poruchou.
2. Muž seniorského věku, hospitalizován v Denním stacionáři Kristián s diagnostikovanou depresivní poruchou.

Pro výzkum byla vybrána 78letá žena, která je umístěna v Denním stacionáři Kristián v Přešticích již od 12.2.2020. První setkání proběhlo na začátku března při zahájení mého výzkumného šetření v denním stacionáři.

Pro výzkum byl vybrán 70letý muž, který je umístěn v Denním stacionáři Kristián již od 6.12.2019. První setkání proběhlo také na začátku března při zahájení mého výzkumného šetření v denním stacionáři.

Oba dva participanti mají diagnostikovanou depresivní poruchu a jsou seniorského věku. Participanti byli seznámeni s výzkumem a s anonymitou. Dobrovolně mi podepsali informovaný souhlas, který přikládám ke své práci.

9 METODIKA PRÁCE

Pro vypracování praktické části bakalářské práce jsme s vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivanou Balejovou zvolily kvalitativní výzkum.

Prostřednictvím tohoto výzkumu si výzkumník vybírá téma a určí základní výzkumné otázky, které může modifikovat nebo doplnit během sběru i analýzy dat. Jedná se o proces vyhledávání jakékoliv informace, se kterou se výzkumník seznamuje v terénu, analyzuje ji a podle výsledku se rozhodne, která data potřebuje a využije ve svém výzkumném šetření. Výzkum probíhá v delším časovém úseku a má longitudinální charakter. (Hendl 2005, str.50)

Cílem výzkumu bylo zjistit podrobné informace od dvou participantů, zmapovat specifika jim poskytované ošetrovatelské péče, a to prostřednictvím metody rozhovoru. Polostrukturované rozhovory se skládaly z otevřených otázek, které jsem si nahrávala prostřednictvím mobilního telefonu, samozřejmě se souhlasem participantů. A poté jsem si nahrávaný materiál pomocí tužky a papíru přepsala do záznamového archu. Další zvolenou metodou je pozorování, při němž jsou pacienti přímo sledováni zaměstnanci Denního stacionáře Kristián. Informace pro výzkum byly získány také z ošetrovatelské dokumentace a individuálními rozhovory s rodinnými příslušníky, zdravotníky a s MUDr. Jílkovou, která je ošetřující lékařkou a za pacienty pravidelně dojíždí. Výzkumným nástrojem jsou kazuistiky s využitím modelu H.E. Peplau a modelu M.Gordonové, které následně budu porovnávat, abych zjistila, který model je pro takový výzkum výhodnější používat.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v akademickém roce 2020/2021 od 1.3.2021 do 25.3.2021 v Denním stacionáři KRISTIÁN na základě žádosti o provedení výzkumu od paní ředitelky denního stacionáře Bc. Michaely Cimické. Přikládám povolení od ředitelky Bc. Michaely Cimické provádět výzkumné šetření v Denním stacionáři Kristián. Současně přikládám ke své práci i informované souhlasy od obou participantů.

Z důvodu současné COVID situace, jsem svůj výzkum nemohla provádět na geriatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, ačkoliv mi to bylo původně přislíbeno a ředitelem zařízení i schváleno. Možnost provést výzkumné šetření a vhodné pacienty pro můj výzkum jsem si proto zajistila v Denním stacionáři Kristián v Přešticích.

11 KAZUISTIKA PACIENTA Č.1

Žena ve věku 78 let s diagnostikovanou depresivní poruchou. Pacientka je v Denním stacionáři Kristián již od 12.2.2020. S pacientkou jsem se viděla poprvé 1.3.2021 při mé první návštěvě Denního stacionáře Kristián.

11.1 ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pacientka ve 42 letech prodělala cholelitiázu a v 55 letech jí byl diagnostikován diabetes melitus II. typu. Pacientka je obézní. V 65 letech jí byla diagnostikována lehká forma demence a depresivní porucha a úzkosti. Žádná jiná onemocnění ani operační zákroky neprodělala.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec: zemřel ve věku 65 let na rakovinu tlustého střeva.

Matka: zemřela ve věku 62 let na rakovinu prsu.

Bratr: 65 let, léčí se s diabetem melitus II. typu, jinak zdrav.

Ostatní příbuzní jsou zdraví a bez psychiatrické anamnézy.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Donepezil (10mg) - (4 týdny 5mg, po 4 týdnech se lék zvýšil na 10mg) 0-0-1 tbl.

Sertralin (50 MG) 1-0-0 tbl.

Metformin (850 mg) 1-0-1 tbl.

Amaryl (2mg) 1-0-0 tbl.

Emselex (7,5 mg) 1-0-0 tbl.

Tritico (75 mg) - (s postupnou titrací po 1/3) 0-0-1 tbl.

ABÚZUS

Pacientka je celý život nekuřačka, alkohol pila vždy jen příležitostně při oslavách, drogy nikdy neužívala.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacientka měla pravidelnou menstruaci od 14 let. Od 52 let probíhá menopauza. Gynekologicky se nikdy neléčila, na pravidelné kontroly dochází pravidelně i nyní v menopauze

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Alergie neguje.

VZDĚLÁNÍ

Pacientka úspěšně absolvovala střední zdravotnickou školu.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Pacientka působila jako všeobecná sestra u praktického lékaře a v důchodu si přivydělávala brigádami jako chůva dětí.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Bydlela v rodinném domě s manželem a s dcerou. Manžel zemřel náhle ve věku 65 let na AIM. Dcera se odstěhovala do zahraničí ve 25 letech, kde si našla zaměstnání jako číšnice v restauraci a rodiče od té doby pouze pravidelně navštěvovala. Nyní je pacientka sama v rodinném domě, přes týden je v Denním stacionáři Kristián a o víkendu se o klientku stará bratr se svojí manželkou.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

Pacientka docházela nejdříve ambulantně k psychologovi, což ji doporučil praktický lékař. Psycholog poté doporučil pacientce umístění v ambulantním sociálním zařízení pro seniory. Denní stacionář disponuje vlastním psychiatrem, který je pacientům k dispozici a dohlíží pravidelně na jejich psychický stav. Ošetřující personál provedl pacientce MMSE test a na základě výsledku byla diagnostikována lehká demence.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: orientována, lehká kognitivní porucha

Soběstačnost: Pacientka je soběstačná, pomoc potřebuje pouze občas při chůzi po schodech.

Váha: 102 kg

Výška: 166 cm

Krevní tlak: 125/80 mmHg

Pulz: 82´

BMI: 37,02 (vyšší nadváha)

Dechová frekvence: 16/min.

Tělesná teplota: 36,5°C

11.2 KATAMNÉZA

První příznaky deprese se u pacientky začaly projevovat po náhlém úmrtí manžela. Pacientka s manželem měla velmi dobrý a hezký vztah. Pacientce byla v 65 letech diagnostikována lehká forma demence. Z tohoto důvodu všechny důležité věci měl doma pod dohledem pacientčin manžel. Měl na starost nákup léků, finance a celkové zajištění chodu domácnosti. Pro pacientku bylo úmrtí manžela velká rána, kterou nečekala, jelikož to bylo velmi náhlé. Poté začaly manželku napadat suicidální myšlenky, které trvaly přibližně čtvrt roku. Přišla si bez manžela zbytečná a nechtěla bez něho být. Nedokázala si tuto situaci nikdy představit. Začala být úzkostná až panická. Při své atace se pokusila se o sebevraždu. Snažila se předávkovat biguanidy, které využívala na DM. Po spáchání pokusu o sebevraždu byla převezena ZZS na Emergency do FN Plzeň. Po ošetření na Emergency byla hospitalizována ve FN Lochoťín na psychiatrické klinice. Z důvodu delší doby hospitalizace pacientky byla převezena k hospitalizaci do Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Tam byla hospitalizovaná přibližně půl roku. Během hospitalizace byla pacientka zamlklá, chtěla být neustále sama, nechtěla se zúčastňovat společných sezení s psychologem ani terapeutických aktivit v rámci ergoterapie nebo společných vycházek. Přibližně 3 týdny po začátku hospitalizace se pacientka zaklimatizovala s novým prostředím a začala spolupracovat se zdravotnickým personálem i s dalšími pacienty na oddělení. Hodně k této situaci přispěla nově nastavená medikace od lékařů z oddělení, kde byla pacientka umístěna. Pravidelně ji navštěvoval její bratr i s manželkou. Po ukončení hospitalizace se vrátila zpět domů, kde bydlela se svým bratrem a jeho manželkou. K psychiatrovi docházela již jen ambulantně. Psychický stav pacientky byl stabilizovaný. Již se u ní žádné sebevražedné myšlenky neprojevovaly.

Docházela k psychiatrovi pouze ambulantně, což dostačovalo. Depresivní myšlenky se ale postupně začaly prohlubovat, pacientka byla často smutná a negativně naladěná. V souladu s lehkou demencí, která se u paní začala postupně prohlubovat, se necítila komfortně. Pacientka si přála jít do nějakého domova důchodců, aby nebyla sama, mohla si s někým kdykoliv popovídat. Bratr pacientky se proto rozhodl, že zkusí svoji sestru umístit do Denního stacionáře Kristián v Přešticích, a to na základě dobrých recenzí a také proto, že pro stacionář byl v blízkosti bydliště. O víkendu je pacientka se svým bratrem a jeho manželkou, jak byli zvyklí a vyhovuje to všem stranám. Pacientka je takto spokojená a ve stacionáři se jí moc líbí. Je ráda, že si zde našla svoje vrstevníky a mezi sebou si rozumí. Neudává již žádné sebevražedné myšlenky. Když si na svého manžela vzpomene, tak si posteskuje, má slzy v očích. Ale ráda vzpomíná na hezké společné zážitky. Depresivní porucha se u pacientky opět projevila po prodělaném onemocnění Covid-19. Nedokázala se s novou situací smířit a pochopit ji. Onemocnění u pacientky probíhalo v lehké formě. Depresivní ataku řeší nastavenou medikací od MUDr. Jílkové, která pravidelně dojíždí do denního stacionáře Kristián.

12 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA

12.1 FUNKČNÍ VZORCE ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Depresivní porucha byla pacientce diagnostikována již při první hospitalizaci, když pacientce bylo 69 let. Měla suicidální myšlenky z důvodu úmrtí svého manžela. Poslední hospitalizace proběhla 12.2.2020. Léčebnému režimu je otevřená. Zdravotnickému personálu v léčbě důvěřuje. Jako bývalá zdravotní sestra si uvědomuje i pomalu nastupující demenci a občasné úzkostné stavy, kdy ví co se děje, ale nedokáže popsat důvod proč se to děje, a tedy tomuto stavu předejít.

VÝŽIVA A METABOLISMUS

Pacientčino BMI je 32,07. Což vypovídá o vyšším stupni nadváhy. Pacientka je středně vysoké postavy. Měří 166 cm. Na kůži má stařecké skvrny a vlasy má řídké a šedivé. Chrup má vlastní. V oblasti výživy neudává žádné problémy.

VYLUČOVÁNÍ

Pacientka se svěřuje, že v určitých situacích jako je například zakašlání nebo smích se u ní objevily problémy s inkontinencí moči, za což se stydí. S vyprazdňováním stolice problémy nemá.

AKTIVITA – CVIČENÍ

Pacientka přiznává, že jediná aktivita, kterou má ráda je malování. Je to pro ni terapie. Ráda maluje již od mládí. Fyzické aktivity údajně nikdy ráda neměla.

SPÁNEK – ODPOČINEK

Z dokumentace jsem vyčetla, že pacientka užívá podle ordinace lékaře každý večer antidepresivum Tritico AC 75 mg, a to jednu tabletu, které má vliv na spánek a u pacientky působí velmi dobře. Sama uvádí, že se po probuzení cítí odpočatě a nemá žádné problémy ani s usínáním nebo opakovaným se probouzením během noci.

VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Pacientka je plně orientována svojí osobou, místem a časem. Vzhledem k počínající demenci je zde mírná dezorientace situací, souvislostmi. Je ostýchavá. V krátkodobé paměti má občasné výpadky, delší dobu ji někdy trvá než odpoví, protože hůře hledá určité slovo a častěji se nad otázkami zamýšlí. Řeč je pomalá, ale dobře srozumitelná.

SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Sama sebe hodnotí jako pesimistu a velkého melancholika. Při atace měla často suicidální úmysly. Přišla si zbytečná, nepotřebná.

ROLE – VZTAHY

Manžel zemřel, když pacientce bylo 69 let. Pacientky dcera se odstěhovala do zahraničí a nejsou spolu nyní v kontaktu. Jediný člověk, se kterým je pacientka v kontaktu je bratr a jeho manželka, se kterými udává vztah.

SEXUALITA

U pacientky je nyní již menopauza. Je vdova. Vzhledem k věku a stavu pacientky jsem nechtěla zjišťovat podrobnosti týkající se sexuálního života, avšak ona sama mi sdělila, že jediný vztah měla s již zesnulým manželem.

ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE ZÁTĚŽE/STRESU

Těžké situace, při kterých pacientka pociťuje stres u ní vyvolávají úzkosti a následně depresivní ladění. Chce být izolována od ostatních, být sama, nikoho nevidět, nemuset s nikým komunikovat. Tyto stavy zvládá lépe s užitím nově nastavené farmakologické léčby. Dříve měla občasné sebevražedné myšlenky, ve chvílích, kdy si přišla zbytečná, ty už ale nyní neudává.

ŽIVOTNÍ HODNOTY A VÍRA

Pacientka není věřící. Jako životní hodnoty udává slušnost a spravedlnost.

12.2 Ošetrovatelský proces dle H. PEPLAU

Data na sestavení ošetrovatelského plánu jsem sbírala pomocí rozhovoru s pacientkou. Také jsem využila dokumentaci na sběr dat podle modelu Peplau a M.Gordonové. Dále jsem využila rozhovoru se zdravotnickým personálem a také bratrem pacientky, který mi ochotně poskytl některé informace.

ROZVOJ OSOBNOSTI

Pacientka si je celkem vědoma svého stavu. Je nutný dohled při podávání medikace. Při počátku medikaci odmítala, nechtěla farmaka užívat. Ošetřující personál tvrdí, že pacientka byla v přesvědčení, že nepotřebuje užívat žádnou medikaci, že jí léky stejně nepomohou. Nyní je souhlasí s léčebným režimem, který i dodržuje a má zájem se mnou spolupracovat.

KOMFORT

Momentálně pacientka občasně cítí úzkosti, které ji vedou k izolaci na pokoji. Suicidální myšlenky tvrdí, že již nemá. Jiné zdravotní problémy kromě stávajícího diabetu se nevyskytují.

INTERPERSONÁLNÍ TERAPEUTICKÝ VZTAH

Pacientka spolupracuje, ale pokud se u ní objeví nějaký stresor, vznikne opět lehce depresivní nálada. Když se u pacientky nic špatného neděje, tak je komunikativní a ráda se zapojuje do společenských akcí. Ke zdravotnickému personálu tvrdí, že důvěru má.

12.3 FÁZE MODELU DLE H.PEPLAU

FÁZE ORIENTACE

Mé první setkání s pacientkou proběhlo při mé první návštěvě a konzultaci v Denním stacionáři Kristián. Cítila jsem z pacientky nejistotu a lehce i strach, protože nevěděla, co ode mě má očekávat a neznala mě. Mluvily jsme spolu přibližně 35 minut. Zjistila jsem od pacientky přibližně celou anamnézu a katamnézu. Doplnující informace jsem získala od ošetřujícího personálu a ze zdravotnické dokumentace. Při mé druhé návštěvě se mi podařilo setkat se i s pacientčíným bratrem, který byl také ochotný mi poskytnout informace. Pacientka měla dostatek prostoru k dotazům, ale jediné co si přála bylo, aby nikde nebylo zveřejněno její jméno, což jsem jí samozřejmě slíbila.

FÁZE IDENTIFIKACE

Během druhé návštěvy došlo k objasnění problémů, které pacientku trápily. Pro pacientku bylo nepříjemné mluvit o depresivních stavech, které zažívala a občas stále zažívá. Ale snažila se mi vše dostatečně popsat. Další informace, které jsem potřebovala jsem získala z ošetřovatelské dokumentace a ošetřujícího personálu. Společně jsme sestavily ošetřovatelský plán, se kterým souhlasila.

FÁZE VYUŽITÍ

Při mé třetí návštěvě denního stacionáře mi pacientka ukázala, jak se aktivně podílí na plnění ošetřovatelského plánu a udává, že je s plánem spokojena, ale nějaké velké změny nálad na své osobě nepocítuje. Dle ošetřujícího personálu se pacientka zlepšila, je více otevřenější

více komunikuje a personál nepocituje, že by pacientka, tak často chtěla trávit čas pouze sama, to bylo dříve. Během dalších návštěv probíhalo několik sezení společně s ošetřující lékařkou z denního stacionáře, u kterého jsem mohla být součástí. Pacientka mi přišla více komunikativní a společenská než při mojí první návštěvě stacionáře.

FÁZE UKONČENÍ

Při mé poslední návštěvě jsme s pacientkou prohlédly a detailně prokonzultovaly ošetřovatelský plán. V určitých oblastech, které byly stanoveny byl cíl splněn. Pacientka se cítí spokojenější. O svém onemocnění má dostatek informací.

12.4 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Ošetřovatelský plán byl sestaven na podkladě získaných informací z ošetřovatelského modelu H.E.Peplau a M.Gordonové a na podkladě záznamů z dokumentace pacienta a získaných informací od zdravotnického personálu. Jeho další součástí bylo použití těchto dotazníkových šetření vyplněných pacientkou:

- **Krátký test kognitivních funkcí (MMSE)** (příloha 3)
- **Beckova sebeposuzovací škála deprese – BDI-II** (příloha 4)

MMSE je krátký test kognitivních funkcí, který se skládá z dalších 10 podrobných minitestů. Tento test je velmi používán, protože díky němu dokážeme zhodnotit globálně kognitivní funkce. Maximální počet je 30 bodů, čím více pacient dosáhne bodů, tím lepší je výsledek. (Bartoš, Hasalíková, 2010)

Pacientčin výsledek byl **20 bodů**. – lehká kognitivní porucha.

Beckova sebeposuzovací škála deprese obsahuje 21 tvrzení, pacienti si musela vybrat 1 výrok, který nejlépe odpovídá jejímu stavu během posledních 14 dní.

Pacientčin výsledek byl **38 bodů**. – střední deprese.

12.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

12.5.1 SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Tabulka 1 Ošetřovatelské diagnózy KAZUISTIKA 1

OBLAST	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
Rozvoj osobnosti	00161 OCHOTA DOPLNIT DEFICITNÍ VĚDOMOSTI
Komfort	00146 ÚZKOST
Interpersonální terapeutický vztah	Problém nezjištěn
Vnímání zdravotního stavu	Problém nezjištěn
Výživa, metabolismus	Problém nezjištěn
Vylučování	00017 STRESOVÁ INKONTINENCE MOČI
Aktivita – cvičení	Problém nezjištěn
Spánek	Problém nezjištěn
Vnímání, poznávání	00131 POŠKOZENÁ PAMĚŤ
Sebepojetí	00150 RIZIKO SEBEVRAŽDY 00054 RIZIKO OSAMĚLOSTI
Role – vztah	Problém nezjištěn
Sexualita – reprodukce	Problém nezjištěn
Zvládání zátěže a stresu	00158 OCHOTA ZLEPŠIT ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE
Víra a životní hodnoty	Problém nezjištěn

Zdroj: vlastní

12.5.2 DIAGNÓZY AKTUÁLNÍ

00161 OCHOTA DOPLNIT DEFICITNÍ VĚDOMOSTI se projevuje u pacientky zájmem o informace ohledně svého onemocnění.

Subjektivně: Pacientka se neustále ptá na otázky ohledně svého psychického stavu.

Objektivně: Vyhledává si aktivně sama informace týkající se deprese z časopisů, které jsou k dispozici v denním stacionáři.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude mít dostatek informací týkající se depresivní poruchy.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Podpoř pacientku ve vyhledávání informací
- Nabízej pacientce možnost ptát se na otázky
- Podávej informace srozumitelně a jasně
- Doporuč vhodnou literaturu

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka získala všechny potřebné informace i odbornou literaturu, která se zabývá depresivními stavy.

00146 ÚZKOST se vyskytuje u pacientky při náročné stresové situaci a je úzce spojena s pacientčinou depresivní poruchou.

Subjektivně: Pacientka se necítí komfortně, je uzavřena do sebe a nechce komunikovat s personálem.

Objektivně: Je uzavřena ve svém pokoji a nedokáže se soustředit, je neklidná.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Dojde k odstranění či zmírnění úzkostných stavů.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Komunikuj s pacientkou v klidném a tichém prostředí.
- Sleduj neverbální projevy a mimiku v obličeji
- Vyslechni pacientku a nech ji mluvit o svých pocitech
- Projev empatii
- Navrhni pacientce terapii s psychoterapeutkou
- Podej léky dle ordinace psychiatra

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientce se ulevilo, když mohla vyjádřit své pocity a cítila pochopení. Po podání léků se pacientce úzkosti zmírnily. Pacientka navštěvuje pravidelně psychoterapie v denním stacionáři.

00158 OCHOTA ZLEPŠIT ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE se projevilo pacientky verbálním vyjádřením ohledně stresových situací.

Subjektivně: Pocit nejistoty a rozvaha při jednání.

Objektivně: Pacientka hledá podporu ve zdravotnickém personálu a všímá si náhlých změn, ke kterým dochází v jejím okolí.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: U pacientky dojde ke zvládnutí stresových situací.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Všímej si, co na pacientku působí jako největší stresor
- Pozoruj reakce pacientky na náhlé změny při stresové atace
- Ukaž pacientce relaxační metody, dechové rehabilitace
- Zapoj při stresových situacích rodinu pacientky

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka při stresových stavech začala využívat relaxační metody a cítí se mnohem lépe. Vždy při stresu začne počítat do 10, čímž se zaměří na něco jiného, než je stresující situace, a uleví se jí.

00017 STRESOVÁ INKONTINENCE MOČI pacientku trápí při lehkém zvýšení břišního tlaku. Nejvíce při kašli.

Subjektivně: Častější pocit na močení.

Objektivně: Samovolný, vůlí neovlivnitelný únik moči při smíchu či kašli.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka pochopí důvod inkontinence a naučí se rehabilitační metody na posílení pánevního dna, které by její problémy měly zmírnit.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zapiš do ošetrovatelské dokumentace
- Zajisti a seznam pacientku s vhodnými inkontinenčními pomůckami
- Ukaž pacientce názorné cviky na posílení pánevního dna

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka se snaží posílit pánevní dno pomocí cviků a využívá inkontinenční pomůcky.

00131 POŠKOZENÁ PAMĚŤ se u pacientky vyskytuje z důvodu lehké poruchy kognitivních funkcí.

Subjektivně: Pacientka častěji zapomíná.

Objektivně: Pacientka není schopna ze 3 věcí, které jí byli řečeny, zopakovat jednu z nich po 10 minutách.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka si uvědomuje, že má problém s pamětí.

OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE:

- Zapiš do ošetrovatelské dokumentace
- Prováděj s pacientkou kognitivní trénink
- Nauč pacientku techniky na zapamatování

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka trénuje paměť více pomocí technik na zapamatování, ale bohužel se tato funkce o moc nezlepšila.

12.5.3 DIAGNÓZY POTENCIONÁLNÍ

00150 RIZIKO SEBEVRAŽDY úzce souvisí se suicidálními pokusy, které dříve pacientka měla.

Subjektivně: Pacientka pocítuje depresi.

Objektivně: Pacientka se snaží izolovat od ostatních.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka se nepokusí o pokus o sebevraždu.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zajisti spolupráci s rodinou
- Zajisti individuální rozhovor s psychiatrem
- Motivuj pacientku k léčbě
- Sleduj u pacientky rizikové faktory
- Naslouchej pacientčíným problémům
- Podávej léky podle ordinace psychiatra

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka vysvětlila důvody, proč dříve chtěla spáchat sebevraždu, nyní suicidální úmysly nemá.

00054 RIZIKO OSAMĚLOSTI se u pacientky může projevit při její snaze se izolovat od ostatních.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka se bude chtít zapojit do společenských akcí či společných činností ve stacionáři.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Všímej si okolností vedoucí k izolaci
- Komunikuj s rodinou
- Komunikuj klidně a v soukromí s pacientkou
- Zapoj více pacientku do společných aktivit

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka se snaží zapojit více do společných aktivit, udává, že již nepocituje takovou potřebu být někde sama.

13 KAZUISTIKA PACIENTA Č.2

Muž, ve věku 70 let s diagnostikovanou depresivní poruchou, který je umístěn v Denním stacionáři Kristián již od 6.12.2019. První naše společné setkání proběhlo 1.března 2021 při zahájení mého výzkumného šetření v Denním stacionáři Kristián.

13.1 ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pacient ve svých 6 letech podstoupil adenotomii a ve svých 53 letech mu byl diagnostikován nádor na ledvině. Před 4 roky, ve svých 66 letech měl autonehodu, při které mu byla amputována PDK. Měl pocit osamění, protože byl vdovec a bydlel jen se synem. Dlouhodobá izolace v jeho situaci pro něho byla nesnesitelná a projevoval se napřed agresivně, ale pak jeho chování začalo být stále více apatické. V té době mu byla diagnostikována depresivní porucha. Žádné jiné onemocnění nemá.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec: zemřel ve věku 80 let, měl diagnostikovanou hypertenzi a demenci.

Matka: zemřela ve věku 72 let, byl ji diagnostikován nádor na ledvině.

Sestra: 62 let, léčí se s hypertenzí

Sestra: 59 let, léčí se s varixy

Ostatní příbuzní jsou zdraví.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Sertralin (50 mg) 1-0-0 tbl.

Oxazepam (dle potřeby při úzkostech)

Mirtazapin (15 mg) 0-0-0-1 tbl (na noc)

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Alergie na pyl a roztoče. Sledován v alergologické ambulanci, pravidelnou medikaci neužívá, pouze při potížích.

ABÚZUS

Pacient kouřil od svých 16 let do 40. Od té doby již nekouří, alkohol příležitostně, ale jen pivo, a to jen při jídle. Drogy nikdy nezkoušel.

VZDĚLÁNÍ

Absolvoval úspěšně střední odborné učiliště elektrotechnické. Je vyučen v oboru mechanik - elektrotechnik.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Pacient pracoval celý život jako elektrikář, po roce 1990 měl i vlastní firmu. V současné době je pacient ve starobním důchodu.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient žil v bytě s manželkou a se synem. Byt je velký 4+1. Manželka pacientovi zemřela na rakovinu prsu. Nyní v bytě žije pouze syn, který je rozvedený a žije sám, a pacient je s ním o víkendech. Přes týden je v Denním stacionáři Kristián v Přešticích.

PARTNERSKÉ VZTAHY

Pacient byl dvakrát ženatý a má jednoho syna z druhého manželství. Nyní je vdovec. V současné době přítelkyni nemá.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

Pacient se začal projevovat negativisticky a pesimisticky po autonehodě, při které přišel o PDK. Začal se izolovat od ostatních anebo se jeho reakce na okolí projevovaly verbální agresí. Později už byl pouze osamělý, izolovaný, bez zájmu o okolí a později i bez zájmu o sebe sama. Na základě doporučení od praktické lékařky navštívil syn s pacientem psychiatra, který pacientovi diagnostikoval depresivní poruchu společně s úzkostmi.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: pacient byl při vědomí, komunikoval dobře

Soběstačnost: pacient převážně soběstačný, potřebuje občas dopomocť při oblékání z důvodu amputace PDK. Využívá francouzské hole a protézu PDK.

Hmotnost: 85 kg

Výška: 178 cm

BMI: 26,8 – ideální váha

Krevní tlak: 135/80

Pulz: 80/minutu

Dechová frekvence: 16/minutu

Tělesná teplota: 36,6 °C

13.2 KATAMNÉZA

První příznaky depresivní poruchy u pacienta č.2 se začaly projevovat po již zmíněné auto-nehodě, u které přišel o PDK. U pacienta proběhlo v krátkém časovém úseku mnoho negativních věcí najednou. Pacientovi zemřela manželka, zůstal sice se synem, ten je ale workoholik a svůj čas tráví nejraději pouze prací. Pacient se cítil osamoceny, izolovaný a přišel si k ničemu a hlavně i všem na obtíž. Byl vystaven nové situaci a dlouho mu trvalo přijmout fakt, že již nikdy nebude chodit normálně jako dříve. Pacient se bránil agresivitou, ne fyzickou, ale verbální. Byl podrážděný, reagoval agresivně, veškeré jeho názory byly negativistické. Pacientův syn již nevydržel nápor od otce a cítil, že se o otce nedokáže sám postarat. Jelikož byl workoholik a práce pro něho byla na prvním místě, neměl žádný soukromý život, tudíž ani žádnou přítelkyni nebo manželku. S velkými komplikacemi se synovi společně s praktickou lékařkou pacienta podařilo přesvědčit mého klienta, aby navštívil psychiatra. Ten u pacienta diagnostikoval depresivní poruchu, ale i úzkostné stavy. Psychiatr předepsal pacientovi medikaci, kterou ale pacient nechtěl užívat, buď udával, že on žádný blázen není anebo farmaka užívat zapomínal. Následně se pacient sám od sebe rozhodl, že by chtěl umístit do nějakého zařízení, aby nebyl pořád sám a v případě potřeby mu mohl i někdo pomoci. „Uvědomil jsem si, že nechci zůstat do smrti sám a v domově důchodců bych měl alespoň lidi stejného věku,“ udává pacient. Syn mu zařídil přes rodinného známého místo v Denním stacionáři Kristián. Pacient je zde od 6.12.2019, na víkendy jezdí k synovi do bytu. Když byl pacient mladší nikdy nepociťoval stavy agrese, negativity vůči všemu a všem. Vždy byl veselý, společenský, měl rád zábavu, sršela z něho pozitivita. Vše se u něho změnilo po autonehodě, kdy si jak říká, uvědomil, že bude „lazar“. Bez manželky a synovi jen na obtíž. V denním stacionáři je spokojený, je

mezi svými vrstevníky. Navíc si zde našel kamaráda, u kterého se udály podobné životní situace, a tak mají možnost si spolu vyměňovat vzpomínky a zkušenosti. O víkendu je rád, že je se synem, protože se jejich vztah upevnil. Stejně jako u pacientky č.1 se u tohoto pacienta projevila nemoc Covid-19. Nemocí se nakazil nejspíše od ošetřujícího personálu a poté se to rozšířilo mezi celý kolektiv. Jeho depresivní nálady a úzkosti se opět začaly projevovat, ale díky medikaci se ustálily. A pacient se nyní cítí lépe.

14 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA

14.1 Ošetřovatelský proces dle H.E. Peplau

Data na sestavení ošetřovatelského plánu jsem sbírala pomocí rozhovoru s pacientem. Dále jsem využila dokumentaci na sběr dat podle modelu Peplau a M. Gordonové a využila jsem rozhovoru se zdravotnickým personálem a synem pacienta.

ROZVOJ OSOBNOSTI

Pacient si je vědom svého onemocnění i svého handicapu. Nejdříve to bylo pro něho těžké přijmout, ale nyní je se vším smířený. Občas má smutné nálady, které k depresivní poruše patří, ale medikace a rozhovor se zdravotnickým personálem mu pomáhá se se špatnými náladami vypořádat. Zdravotnický personál s pacientem vychází dobře. Na nic si pacient nestěžuje.

KOMFORT

Momentálně pacienta trápí, že přišel o dva smysly. A to o čich a chuť z důvodu onemocnění Covid-19. Pomalu se mu smysly navrací, ale pořád to není jako to bylo dříve, udává. Pro pacienta je problém přijmout fakt, že při oblékání potřebuje od personálu pomoci z důvodu svého handicapu. Žádné suicidální myšlenky nemá, je mu dobře a jiné zdravotní problémy nemá. Udává: „*Je mi ve stacionáři dobře, už jsem si tu zvykl, cítím se tu jako doma.*“

INTERPERSONÁLNÍ TERAPEUTICKÝ VZTAH

Pacient spolupracuje, ale když s něčím nesouhlasí, tak se snadno vznětlivý. Rád je se svým kamarádem ve stacionáři, se kterým si vyměňují názory a zkušenosti z mládí. Se zdravotnickým personálem vychází dobře. Personál ho dokáže namotivovat i přes to, že nemá například svůj den. Pomáhají mu psychoterapeutky, které stacionář pravidelně navštěvují.

14.2 FÁZE MODELU DLE H.PEPLAU

FÁZE ORIENTACE

Mé první setkání s pacientem proběhlo při mé první návštěvě Denního stacionáře Kristián v Přešticích, a to 1.3.2021. Pacient ze mě nejdříve neměl dobrý pocit, protože mě neznal. Poté, když jsem se mu řádně představila, řekla mu, že ho potřebuji k mému výzkumnému

šetření, tak byl rád. Povídali jsme si o jeho mládí, vyprávěl mi o svém zaměstnání a co rád dělal. Tak byla zpočátku navázána naše vzájemná důvěra. Náš první rozhovor trval přibližně 45 minut. Doplňující informace jsem si hledala v dokumentaci a také jsem je získala od ošetřujícího personálu. Pacient žádný dotaz na mě neměl. Pouze se ptal, jestli po dokončení této práce nebude v televizi nebo novinách.

FÁZE IDENTIFIKACE

Podle všech získaných informací jsem sestavila pacientovi ošetřovatelský plán, který si dlouze prohlížel, a nakonec s plánem souhlasil. Vysvětlila jsem mu, že vše bude o řešení jeho dosavadních problémů a vzájemné komunikaci. V této fázi mi pacient vyplnil i dotazníkové šetření v podobě MMSE testu a škály sebeposouzení deprese.

FÁZE VYUŽITÍ

Pacient se bez problémů podílí na účasti plnění ošetřovatelského plánu. S plánem nemá žádné problémy a je spokojen. Během pobytu v denním stacionáři jsem stejně jako u pacientky č.1 mohla být u psychiatrické vizity s lékařkou. Ta udává že pacientův psychický stav je v současné době daleko lepší, než dříve. Lékařka má pocit, že je pacient rád, že někomu může pomoci, protože se tím cítí potřebný.

FÁZE UKONČENÍ

Při mé poslední návštěvě jsme prošli s pacientem všechny dané problémy v ošetřovatelském plánu. Ve všech oblastech jsme s pacientem došli k danému cíli. Pacient je s výsledkem spokojený.

14.3 FUNKČNÍ VZORCE ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Depresivní porucha byla u pacienta diagnostikována po autonehodě, která se stala před 4 lety. Pacient prožíval v tuto dobu velmi složité a náročné období. Do stacionáře byl umístěn na základě přání syna a doporučení své praktické lékařky. Za pacientem do denního stacionáře dochází psychiatricka, která mu nastavila medikaci. Pacient si svůj stav uvědomuje a již nově vzniklé situace vnímá dobře.

VÝŽIVA, METABOLISMUS

Pacient má BMI 26,8 – což odpovídá ideální váze. Nikdy neměl problém s jídlem ani s tekutinami. Po prodělané nemoci Covid-19 pacienta přišel chuť, která se mu pomalu navrácí. U pacienta se kvůli chuti nezměnil stravovací režim.

VYLUČOVÁNÍ

Kvůli nedostatku pohybu má pacient občasné potíže se zažíváním a to se projevuje zejména se zácpou. Močení je bez problémů.

AKTIVITA – CVIČENÍ

Z důvodu amputace PDK pacient aktivně nepohybuje. Má strach, že upadne. Dělá mu problém i chůze po schodech. Využívá jako kompenzační pomůcky kromě protézy PDK také dvě francouzské hole. Rád dělá dechové cvičení a rád navštěvuje na skupinové terapie ve stacionáři. Ale většinu času sedí rád v křesle nebo leží ve své posteli.

SPÁNEK

Pacient udává, že se v noci často budí. Ale žádnou medikaci na spaní neužívá. Přijde mu, že užívá už léků hodně a na spánek proto léky odmítá. Po probuzení se ale cítí unavený.

VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Pacient je orientován ve všech oblastech, což znamená osobou, místem, časem, situací i souvislostmi. Řeč je v normě, v současné situaci je pán upovídaný, rád vypráví o svém mládí.

SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Pacient sám sebe v současné situaci hodnotí jako optimistu, ale po souhře jeho životních událostí měl sklony k melancholii.

ROLE – VZTAHY

Pacient měl za svůj život 2 manželství. Nyní je vdovec a má pouze syna a dvě sestry. S manželkou měl krásný vztah, vzpomíná na ni jen v dobrém. Se sestrami se vídá pouze občas, obě dvě bydlí daleko od jeho bydliště. Se synem tráví víkendy, když je mimo denní stacionář. Vychází spolu dobře, dříve tomu tak nebylo. Jejich vztah se upevnil po pacientově odchodu do stacionáře.

SEXUALITA – REPRODUKCE

Pacient neudává žádné problémy v této oblasti.

ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE ZÁTĚŽE/STRESU

Dříve pacient reagoval na stresové zátěže silnou verbální agresí vůči okolí. Udává, že občas měl pocit, že by dokázal i někomu ublížit. Nyní při stresové situaci se spíše dostává do úzkostí.

VÍRA A ŽIVOTNÍ HODNOTY

Pacient nevyznává žádnou víru, ale jako největší hodnotu v životě označuje svoji rodinu. Zejména svého syna.

14.4 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Ošetrovatelský plán byl sestaven na podkladě ošetrovatelského modelu H.E.Peplau a M.Gordonové a na podkladě záznamů z dokumentace pacienta a na základě získaných informací od zdravotnického personálu. Jeho další součástí bylo použití těchto dotazníkových šetření vyplněných pacientem:

- **Krátký test kognitivních funkcí (MMSE)** (příloha 3) (28 bodů)
- **Beckova sebeposuzovací škála deprese – BDI-II** (příloha 4)
 - Pacientův výsledek u MMSE byl: 27 bodů – pásmo normálu.
 - Pacientův výsledek u Beckovy sebeposuzovací škály deprese byl: 20 bodů – mírná deprese.

14.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

14.5.1 SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Tabulka 2 Ošetřovatelské diagnózy KAZUISTIKA 2

OBLAST	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
Rozvoj osobnosti	Problém nezjištěn
Komfort	Problém nezjištěn
Interpersonální terapeutický vztah	Problém nezjištěn
Vnímání zdravotního stavu	Problém nezjištěn
Výživa, metabolismus	Problém nezjištěn
Vylučování	00011 ZÁCPA
Aktivita – cvičení	00155 RIZIKO PÁDŮ 00088 PORUŠENÁ CHŮZE 00047 RIZIKO PORUŠENÍ KOŽNI INTEGRITY
Spánek	0093 ÚNAVA
Vnímání, poznávání	Problém nezjištěn
Sebepojetí	Problém nezjištěn
Role – vztah	Problém nezjištěn
Sexualita – reprodukce	Problém nezjištěn
Zvládání zátěže a stresu	00146 ÚZKOST
Víra a životní hodnoty	Problém nezjištěn

Zdroj: vlastní

14.5.2 DIAGNÓZY AKTUÁLNÍ

00146 ÚZKOST se vyskytuje u pacienta občasně při pociťování stresu.

Subjektivně: Pocit na mdloby, nejistota.

Objektivně: Pacient je pobledlý, zvýšeně se potí, má rozšířené zorničky.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Dojde k odstranění či zmírnění úzkostných projevů.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Komunikuj s pacientem v klidném a tichém prostředí.
- Sleduj neverbální projevy a mimiku v obličeji
- Vyslechni pacienta a nech ho mluvit o svých pocitech
- Projev empatii
- Navrhni pacientovi terapii s psychoterapeutkou
- Podej léky dle ordinace psychiatra

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientovi se ulevilo, když mohl vyjádřit své pocity a cítil pochopení. Po podání léků se pacientovi úzkosti zmírnily. Pacient navštěvuje pravidelně psychoterapie v denním stacionáři.

0093 ÚNAVA se u pacienta projevuje z důvodu nekvalitního a nedostatečného spánku a úzkostí.

Subjektivně: Pocity ospalosti.

Objektivně: Kruhy pod očima, opakované zívání během rozhovoru.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: U pacienta dojde ke zlepšení spánku, nebude se cítit unaveně.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Komunikuj s pacientem o zvyklostech před spaním
- Podávej léky dle ordinace psychiatra
- Zajímej se o komplexní stav pacienta
- Vyslechni pacienta, pokud se chce svěřit s problémem
- Měř pravidelně krevní tlak a pulz
- Zamysli se, které faktory by pacientovi mohli v noci vadit

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacient se cítí po vyspání lépe, odpočatý. Byla mu podána medikace, která mu pomohla ke kvalitnějšímu spánku.

00088 PORUŠENÁ CHŮZE z důvodu amputace PDK.

Subjektivně: Pacient si stěžuje na problém při chůzi.

Objektivně: Problém s chůzí po schodech.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Dojde k odstranění či zmírnění problémů při chůzi.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Dopomoc pacientovi při chůzi
- Zajisti fyzioterapeuta
- Poskytni klid a čas na nácvik chůze
- Dbej na bezpečí pacienta
- Motivuj pacienta k nácviku chůze

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacient dokáže požádat sestru o pomoc, naslouchá fyzioterapeutovi a protože trénuje chůzi po schodech, dle doporučení fyzioterapeut, tak neudává již takové problémy s chůzí jako dříve.

00011 ZÁCPA se u pacienta vyskytuje z důvodu zhoršené mobility

Subjektivně: Pacient se cítí plný, udává bolesti při defekaci.

Objektivně: Pacient má viditelně zvětšené břicho a vyšší postavení bránice má vliv i na horší dýchání pacienta, čímž se rychleji unaví, nemá chuť k jídlu.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude pít více tekutin, více se pohybovat zkusí i cvičit čímž se zlepší jeho frekvence vyprazdňování.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zjistí další možné příčiny zácpy
- Zajistí pacientovi dostatečný komfort při defekaci
- Zajistí pacientovi bezzbytkovou dietu
- Zhodnotí podávaná farmaka a jejich nežádoucí účinky
- Motivuj pacienta k větší pohybové aktivitě

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacient začal více pít a kromě dechového cvičení se připojil i k fyzioterapeutovi. Zácpy se již tak často neprojevují jako například v předešlém měsíci.

14.5.3 DIAGNÓZY POTENCIÁLNÍ

00155 RIZIKO PÁDŮ z důvodu pacientovi amputace PDK a následného použití protézy PDK a časté únavy.

Subjektivně: únava.

Objektivně: špatná rovnováha.

OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY: Pacient umí dobře použít kompenzační pomůcky.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Pozoruj rizikové faktory
- Odstraň možné rizikové faktory
- Urči dle škály stupeň kognitivní poruchy pacienta
- Zajisti pacientovi bezpečnost
- Nauč pacienta dobře používat kompenzační pomůcky

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacient si přijde jistější po edukaci, kdy mu bylo znovu vysvětleno použití kompenzačních pomůcek, které používá.

00047 RIZIKO PORUŠENÍ KOŽNI INTEGRITY z důvodu častého dlouhodobého sezení v křesle nebo polehávání na lůžku

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient zná rizikové faktory, používá antidekubitní pomůcky.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zajisti pacientovi antidekubitní pomůcky
- Zhodnot' vzhled kůže
- Sleduj výživu pacienta
- Zajisti pacientovi tělové krémy
- Zhodnot' riziko vzniku dekubitů podle škály (Nortonové)

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacient rizikové faktory zná, pravidelně si promazává kůži a sleduje její stav společně s ošetřující sestrou. Více pije a využívá antidekubitních pomůcek, které mají v denním stacionáři k dispozici.

DISKUZE

Ošetrovatelská péče o seniora s diagnostikovanou depresivní poruchou je velmi specifická. Je to hlavně z důvodu, že jsou různé příčiny, které ke vzniku depresivní poruchy vedly, a právě na se musí ošetrovatelská péče zaměřit. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda právě specifická ošetrovatelská péče má vliv na zlepšení psychického stavu pacienta v seniorském věku s depresivní poruchou, neboť se domnívám, že užívání antidepressiv je sice důležité a hlavně nezbytné, ale pouze to pro zlepšení psychického stavu nestačí.

V rámci praktické části bakalářské práce byly veškeré mnou získané informace o pacientech zpracovány formou kazuistik a cílem bylo i zjistit subjektivní názor na přístup všeobecných sester v denním stacionáři k pacientům s depresivní poruchou. Na základě rozhovorů s pacienty i mých návštěv denního stacionáře se mi potvrdilo moje očekávání, že pacienti jsou v denním stacionáři spokojeni a ošetřující personál považují spíše za partnery, kteří jim pomohou a poradí, když je o to požádají. Senioři považují za výhodu i to, že ve stacionáři tráví delší dobu, protože je dostatek času na individuální péči o ně a jsou i nadšeni, že denní stacionář je díky své velikosti spíše jako rodinné prostředí, což na seniory působí také dobře. Neudávají ani problém v komunikaci s ošetřujícím personálem. Udávají, že personál s nimi vždy jedná s respektem. Jejich subjektivní názor na ošetřující personál byl ve všem na co jsem se ptala kladný. Dále jsem chtěla zmapovat nejčastější možné příčiny diagnostikování depresivní poruchy. U obou dvou kazuistik jsem zjistila, že se jednalo o nějakou velmi stresovou událost anebo souhru více nešťastných událostí najednou. Ani jeden pacient neměl v rodinné anamnéze psychické onemocnění. U kazuistiky č.1 to bylo náhlé úmrtí manžela. A u kazuistiky číslo 2 to byla souhra více událostí: úmrtí manželky a autonehoda s následnou amputací PDK. Dále jsem ověřovala vhodnost ošetrovatelských modelů podle H.E.Peplau a M.Gordonové. Zajímalo mě, zda je některý výhodnější a proč. Na základě svých poznatků při plánování ošetrovatelské péče si myslím, že je důležité využít oba dva ošetrovatelské modely u seniorů s diagnostikovanou depresí, protože každý model se zaměřuje na trochu něco jiného. Psychodynamický model podle H.E.Peplau se zaměřuje více na vztahy mezi sestrou a pacientem a na uspokojení potřeb každého člověka. Základem tohoto modelu je komunikace, která musí být navázána vzájemnou důvěrou mezi pacientem a sestrou. To zpočátku nebylo jednoduché z důvodu ostýchavosti a nedostatku informací u seniorů. Dalším důležitým faktorem je velká empatie ze strany sestry. Všechny fáze podle Peplau mi přijdou zajímavé. Role sester by se měly vzájemně kombinovat, aby došlo k co největší spokojenosti pacienta. Poslední fáze, která se jmenuje fáze ukončení ve stacionáři obvykle znamená smrt.

Ta by měla za všech okolností být důstojná. Domnívám se, že do této fáze se promítá i kontakt a vztah s rodinou pacienta.

Model M. Gordonové se soustředí především na zjištění komplexních informací ohledně zdraví pacienta., Na to navazuje kvalitní vypracování podrobné anamnézy a na základě toho nacházíme v určitých oblastech týkajících se pacienta problémy, ze kterých vytváříme vhodné intervence. Odpovědi můžeme získat nejen verbální komunikací, ale někdy také stačí pouze pozorování mimiky, gest a držení těla. Vše se dá v modelu využít. Kdežto u modelu Peplau si myslím, že ne. Přesto se domnívám, že pro moji práci bylo správné využít oba dva modely, protože se doplňovaly. Nemohu tedy říci, že by jeden byl lepší než druhý.

Jsem si vědoma toho, že vzorek pro výzkumné šetření v mé bakalářské práci není velký. Pokud by se někdo chtěl tímto výzkumným šetřením zabývat důkladněji, muselo by být výzkumné šetření prováděno v delším časovém úseku a u více pacientů, což bohužel současná epidemiologická situace nedovoluje.

ZÁVĚR

Depresivní poruchy se u seniorů bohužel vyskytují často, ale myslím si, že je to problémem, na který občas není brán zřetel. Senioři a jejich problémy bývají někdy opomíjeni. Deprese diagnostikované v seniorském věku jsou často doprovázeny ještě dalším onemocněním, ale hlavně i mnoha jinými problémy. Pro samotného seniora je tato diagnóza velmi obtížně přijatelná, odmítají si ji připustit. Stejně náročné je to ale i pro rodinu pacienta. Průběh onemocnění i úspěšnost léčby záleží hlavně na pacientovi, ale často je při léčbě nápomocna i jeho rodina. Senioři potřebují mít hlavně pocit důvěry. Nedílná součást podpory a důvěry musí proto být i od zdravotnického personálu, který o pacienta pečuje. Zdravotnický personál musí umět pacienta správně, ale vzhledem k věku i vhodně motivovat v běžných denních činnostech jako je např. ranní hygiena. Důležité je umět navázat s ním vhodný vztah, tak aby pacient měl sám zájem spolupracovat, správnou komunikací lze pacienta podpořit při jeho úzkostech či při jeho depresivním stavu.

Cílem práce bylo popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s depresí v seniorském věku. Bakalářská práce pojednává zejména o aplikování a zhodnocení dvou ošetrovatelských modelů. Modelu interpersonálních vztahů, sestaveného podle Hildegard Peplau a Modelu M. Gordonové na dvou vybraných seniory s diagnostikovanou depresivní poruchou. U ošetrovatelských modelů jsem se snažila o porovnání vhodnosti jejich využití u těchto pacientů. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, co nejčastěji způsobuje u pacienta diagnostikování depresivní poruchy a také subjektivní názor pacientů denního stacionáře na sestry poskytující v tomto stacionáři ošetrovatelskou péči. V teoretické části jsem popsala deprese obecně, jejich medikamentózní léčbu ale i dalšími možnostmi léčby, nejčastější příznaky, a také problematiku výskytu sebevražd, která je u tohoto onemocnění bohužel velmi častá. Dále jsem se věnovala také stáří a jeho rozdělení s potřebám seniorů.

Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu formou kazuistik. Výzkumné šetření probíhalo v Denním stacionáři v Přešticích.

Chtěla bych zvýšit informovanost nelékařského zdravotnického personálu o specifické péči u seniorů s touto diagnózou. Proto jsem jako výstup do praxe vytvořila mapu ošetrovatelské péče, která se zabývá těmito specifiky v denním stacionáři. (Příloha 7)

Na závěr bych chtěla zmínit důležitost empatického a motivačního přístupu k těmto pacientům. Každý člověk má své osobnostní rysy a potřeby, které se kvůli depresivnímu onemocnění mohou často měnit, ale přesto musí být vždy zachován individuální přístup.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy:

PRAŠKO, Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance: spirituální impulzy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-608-7.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-586-4.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2207-3.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatрии pro praxi*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-365-6.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. Lékařství. ISBN 80-85866-55-2.

KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kocke*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1918-4.

FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin, Slovensko: Osveta, 2006. ISBN 80_8063_182_4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

NOVÁK, Tomáš a Věra CAPPONI. *Asertivně do života*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-3869-7.

ČELEDVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3828-7.

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Osveta, 2013. ISBN 978-80-8063-410-0.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1399-3.

Články:

ANDERS, Martin. Deprese. Deprese [online]. 2007 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z:

Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. 2006 May;113(5):372-87. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x. PMID: 16603029.

ČESKOVÁ, Eva. Léčba deprese ve stáří [online]. Psychiatrie pro praxi, © 2011 [cit. rok-mesíc-den]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/04.pdf?fbclid=IwAR3Wmp8s0woOR6xkuE5Nsqwa8-d2xrW15jjwvHqYCwS1CN4WZW7tP_fuRd4

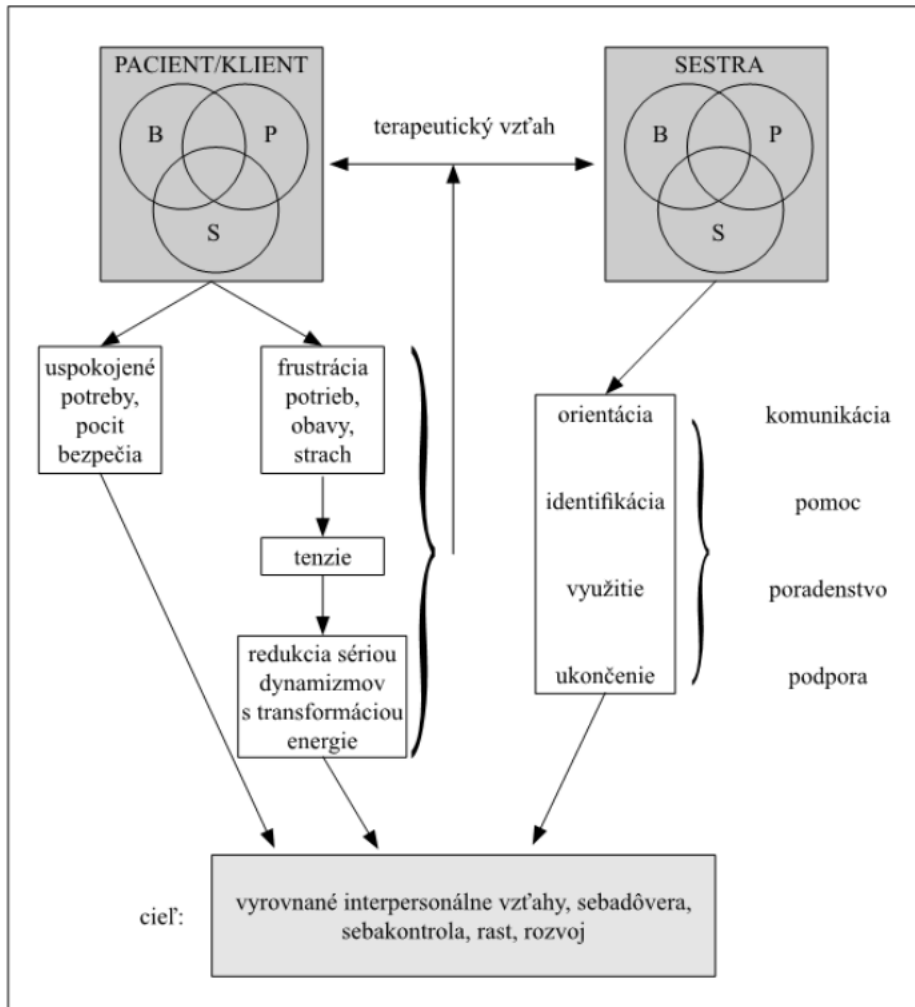
OLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ Hana, DRAGOMIRECKÁ Eva, JANEČKOVÁ Hana a VELETA Petr. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém [online]. Psychiatrie pro praxi, ©2011 [cit. rok-mesíc-den]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/01.pdf?fbclid=IwAR0M7D6P-deqM_4sWCjZf0K5HPAUXZjfBKZRdgYV9ipi38Td1DV-subZmzA

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Model Hildegard E. Peplau	82
Příloha 2 Test kognitivních funkcí	83
Příloha 3 Informovaný souhlas pacienta s účastí na výzkumu	84
Příloha 4 Povolení výzkumného šetření v denním stacionáři KRISTIÁN	85
Příloha 5 FOTO 1	86
Příloha 6 FOTO 2	87
Příloha 8 Žádost o zpracování rešerše	88
Příloha 7 Mapa péče	89

PŘÍLOHY


Příloha 1 Model Hildegard E. Peplau



Zdroj: Pavlíková, 2006

Příloha 2 Test kognitivních funkcí

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápísem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: vlastní

Příloha 3 Informovaný souhlas pacienta s účastí na výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Specifika ošetrovatelské péče o seniora s diagnostikovanou depresí

STUDENT

Tereza Volfová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail TerezVolfova@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Ivana Balejová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail IvanaBalejova@atlas.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit a popsat specifika ošetrovatelské péče o seniora trpícího depresí.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: _____ Datum: _____

Podpis studenta: _____ Datum: _____

Příloha 4 Povolení výzkumného šetření v denním stacionáři KRISTIÁN

Michaela Cimická
Denní stacionář KRISTIÁN
Rebcova 557, Přeštice, 33401
V Plzni dne: 1.3.2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v denním stacionáři pro seniory KRISTIÁN

Vážená paní ředitelko,

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve stacionáři KRISTIÁN v Přešticích, jež by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce.

Jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, FZS ZČU v Plzni.

Téma mé bakalářské práce je Specifika ošetrovatelské péče o seniora s diagnostikovanou depresí.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Ivany Balejové.

Předem děkuji za vyřízení mé žádosti

Registovaná sociální služba:
denní stacionář
KRISTIÁN
Rebcova 557, 334 01 Přeštice
IČ:05482615 Tel.:739 396 332

Tereza Volfová
FZS ZČU Plzeň
e-mail: TerezVolfova@seznam.cz

Příloha 5 FOTO 1



Zdroj: vlastní

Příloha 6 FOTO 2



Zdroj: vlastní

Příloha 7 Žádost o zpracování rešerše



Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje

Žádost o zpracování rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 305 48 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. zn. Pr 760
ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Jméno žadatele:
(popř. název organizace)

Kontaktní údaje: telefon e-mail

Téma rešerše (podrobná a přesná formulace):

Účel, pro který je rešerše požadována:

Vymezení rešerše: knihy elektronické dokumenty periodika (noviny a časopisy)
prameny (zatrhněte) články patentové spisy (vynálezy) jiné: (uvedte)
stati české technické normy

Literatura z let:

Z jakých jazyků (překlady i původní originály):

Orientační počet záznamů:

Způsob platby: **Způsob odběru:**

Základní poplatek: **50 Kč** Cena 1 záznamu : **5 Kč**
Cena kopie: A4 jednostranně: **2 Kč** A3 jednostranně: **4 Kč**
A4 oboustranně: **4 Kč** A3 oboustranně: **8 Kč**
1 tištěná stránka - výstup z tiskárny PC: **2 Kč**

Předpokládaný termín zpracování rešerše:

Dne:

Podpis (razítko):

MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORA S DIAGNOSTIKOVANOU DEPRESÍ V DENNÍM STACIONÁŘI

