

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Povědomí seniorů o depresi

bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Nováková

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Maňhová

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

Abstrakt

Klíčová slova: deprese – deprese ve stáří – senior – stárnutí - stáří

Povědomí seniorů o depresi

Deprese je duševní onemocnění, které postihuje všechny oblasti lidského života. Neznamena to, že se člověk zbláznil. Je to nemoc jako každá jiná. Akorát není vidět na první pohled. Nelze ji změřit, nebo proti ní očkovat. To ale rozhodně neznamená, že je méně závažná, nebo že by jí neměla být věnována žádná pozornost. Spíše naopak. Možná právě kvůli tomu, že ji nelze poznat na první pohled, bychom ji měli věnovat velkou pozornost, pokud na sobě zpozorujeme nějaké příznaky, a rozhodně bychom ji neměli podceňovat!

Tato bakalářská práce se zabývá depresí, zaměřuje se na specifika deprese ve stáří. Teoretická část se zabývá depresí a depresí ve stáří. I když mají mnoho vlastností společných, určité rozdíly mezi nimi přece jen jsou. Nejvýznamnější je asi ten, že deprese ve stáří se často skrývá za somatické potíže, a proto není snadné ji rozpoznat. Dále se zabývá jejich výskytem v populaci, rizikovými faktory, které mohou vést k rozvinutí deprese, jejich příznaky a projevy, typy, případnými následky a jejich léčbou.

Praktická část se zaměří na vyhodnocení rozhovorů s pěti seniory na téma deprese, které mají pomoci zjistit, jaké je mezi seniory povědomí o tomto onemocnění.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit povědomí seniorů o depresi. Dílčím cílem zjistit, jak senioři přistupují k prevenci tohoto onemocnění. K realizaci výzkumu byla použita strategie kvalitativního výzkumu, metoda dotazování, technika polostrukturovaný rozhovor. Schéma polostrukturovaného rozhovoru je tvořeno 25 otázkami, které jsou rozdělené do pěti okruhů. Výzkum se uskutečnil v Domově pro seniory Máj, p.o. České Budějovice v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor tvoří pět respondentů, kteří byli vybráni záměrným výběrem. Kritérii záměrného výběru byl souhlas respondentů s uskutečněním rozhovoru a Škála deprese dle Yessavage, která otestovala, zda vybraní respondenti sami netrpí depresí. I přesto, že některé odpovědi

byly hraniční, podle této škály z nich v době výzkumu neměl klinickou depresi žádný.

Z výsledků uskutečněného výzkumu vyplývá, že senioři ví, co je to deprese a co všechno obnáší. Znají její příznaky, události, které jí mohou předcházet a ví, na koho by se mohli obrátit v případě déle trvající smutné nálady a depresivních pocitů. Všechny odpovědi týkající se deprese se dají považovat za uspokojivé. Největší problém nastal u otázek s jakým onemocněním je deprese ve stáří často zaměnitelná a jak dlouho by měly trvat depresivní pocity, aby se mohla diagnostikovat klinická deprese. Další „problémovou“ otázkou byla léčba. Všichni dotázaní uvedli léky, ale pouze dva z nich si vzpomněli také na nefarmakologickou léčbu. Navíc někteří uvedli, že deprese jako nemoc nelze vyléčit, což je dle mého názoru velmi alarmující myšlenka. Možná je to dáno dobou, v jaké vyrůstali a prožili větší část svého života, nebo nějakými jinými faktory.

Deprese a její příznaky se v seniorském věku často podceňují a připisují se jiným onemocněním, což by se rozhodně nemělo stávat. Mezi má doporučení určitě patří mnohem více informovat seniory o tomto onemocnění. Hlavně o jeho léčbě. Z výzkumu vyplynulo, že když se řekne léčba, všichni z dotázaných si vybavili léky. Ale jen dva respondenti uvedli i jiné odpovědi. Z toho pouze jeden psychoterapii. Což dle mého názoru není nejlepší. Domnívám se ale, že to vyplývá ze skutečnosti, že senioři jsou zvyklí brát často velké množství léků na různé somatické potíže. Podle mého názoru z toho můžeme usuzovat, že je důležité ještě více se soustředit na informovanost o depresi mezi seniory. Hlavně rozšířit povědomí o její léčbě mezi touto cílovou skupinou. Například formou různých letáků. Obecně bych se více zaměřila na seniorskou populaci.

Abstract

Key words: Depression – Depression in old age – Senior - Age - Aging

Awareness of senior citizens of depression

Depression is a mental illness which affects every aspect of human life. It does not mean that the men went crazy. It is an illness like any other. It only cannot be seen at the first sight. It cannot be measured neither vaccinated against it. But it definitely does not mean that it is less serious or that we should give it no attention. On the contrary, maybe just because it is not possible to recognize it at the first sight, we should give it a great deal of attention if we notice any of the symptoms and we should not underestimate it.

This bachelor's thesis deals with depression, it focuses on the specifics of depression at the age of seniors. Theoretical part deals with depression itself and with depression of senior citizens. Even though they both have many mutual properties, there are some differences between them. Maybe the most important is that the depression in elderly age often hides behind somatic problems and that's why it is not very easy to recognize it. Further, the work is focused on the occurrence of depressions in population, risk factors which can follow to development of the depression, its symptoms and signs, types, potential effects and their treatment.

Practical part is focused on the evaluation of dialogues with five senior citizens, on the theme of depression which should help to detect how much seniors know about this disease.

The aim of practical part of this bachelor's thesis was to detect the knowledge of seniors about depression. Fractional aim was to reveal, how the seniors treat prevention of this disease. The strategy of qualitative exploration, method of interrogation, method of half-structured dialogue was used to realise the research. The scheme of half-structured dialogue is composed of 25 questions which are divided into five branches. The research took place in Home for elderly people in České Budějovice – Máj. The group of research is formed of five respondents who were chosen by deliberate choice.

The criteria of the deliberate choice were agreement of the respondents with realization of the dialogue and the Scale of depression according to Yessavage which has tested if the chosen respondents themselves do not suffer from depression. Despite the fact that some of the answers were on the limits, none of them suffered from clinical depression according to this scale at the moment of the research.

The results imply that the seniors know what the depression is and what it takes. They know its symptoms, events that can come first and they know to whom they should address in the case of long lasting sad mood and depressive feelings. All the answers concerning the depression can be considered as satisfactory. The biggest problem occurred when they had to answer these questions: Which disease can be often confused with the depression of elderly? Or how long should the depressive feelings last to be diagnosed as clinical depression? The next “problematic question” was the treatment. All of the respondents mentioned medicaments but only two of them remembered also the non-pharmaceutical treatment. Above that some of them mentioned that depression as illness cannot be cured which, according to my opinion, is a very alarming idea. Maybe this is due to time in which they grew up and lived in a bigger part of their lives or some other factors.

Depression and its symptoms are often underestimated in the age of seniors and are ascribe to other diseases what definitely should not happen. My advice is to inform more the seniors about this illness, mainly about its treatment. The research showed that if you say treatment of depression, all of the respondents remembered medicaments. Only two of all mentioned not only medical way but also some other possibilities of treatment. Only one of them remembered psychotherapy. This is not very the best according to my opinion. I believe that it comes from the fact that the seniors are used to take a huge amount of pills for different somatic problems. In my opinion, we can conclude from this that it is important to focus more on the awareness of the seniors about the depression, mainly to spread the knowledge about its treatment among the target group. For example, the form of some leaflets can be used. Generally speaking, I would focus more on the seniors’ population. It is not good to consider this problematic as “They would help themselves somehow”.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13.8.2013

.....

Kateřina Nováková

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí práce, pí. Mgr. Lence Matřové, za odborné vedení práce, ochotu, trpělivost při vedení práce a čas. Děkuji také zaměstnancům a klientům Domova pro seniory Máj, p.o. České Budějovice v Českých Budějovicích za ochotu, vstřícnost a trpělivost.

OBSAH

Úvod.....	10
1 Současný stav	12
1.1 Deprese	12
1.1.1 Charakteristika deprese	13
1.1.2 Výskyt deprese	15
1.1.2.1 Rizikové faktory	16
1.1.3 Příčiny vzniku deprese	19
1.1.4 Příznaky a projevy deprese.....	20
1.1.5 Typy deprese.....	21
1.1.6 Následky deprese	24
1.1.6.1 Sebevražda	26
1.1.7 Léčba deprese.....	28
1.1.7.1 Farmakologická léčba	29
1.1.7.2 Nefarmakologická léčba	31
1.1.7.2.1 Psychoterapie	31
1.1.7.2.2 Sociální práce	33
1.1.8 Prevence deprese	35
1.2 Deprese ve stáří	36
1.2.1 Stáří a stárnutí	37
1.2.2 Charakteristika deprese ve stáří	40
1.2.3 Výskyt deprese ve stáří	41

1.2.3.1 Rizikovní senioři	42
1.2.4 Příčiny deprese ve stáří	42
1.2.5 Příznaky a projevy deprese ve stáří	43
1.2.6 Typy deprese ve stáří	44
1.2.7 Léčba deprese ve stáří	44
2 Cíl práce a výzkumné otázky	45
2.1 Cíl práce	45
2.2 Výzkumné otázky	45
3 Metodika	47
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	47
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	48
3.3 Realizace výzkumu	48
4 Výsledky	50
4.1 Výsledky hlavní výzkumné otázky	50
4.2 Výsledky dílčí výzkumné otázky	56
5 Diskuze.....	58
5.1 Diskuze k výsledkům hlavní výzkumné otázky	58
5.2 Diskuze k výsledkům dílčí výzkumné otázky	64
6 Závěr	66
7 Seznam použitých zdrojů	68
8 Přílohy	73

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je Povědomí seniorů o depresi. Toto téma jsem si vybrala proto, že problematika deprese mě celkově zajímá. A jelikož bych v budoucnu chtěla pracovat se seniory, spojila jsem ho s touto cílovou skupinou.

Deprese se sice ve stáří vyskytuje často, na druhou stranu je ale paradoxně opomíjena. V tomto věku se příznaky deprese často skrývají za somatické potíže, a pokud se přece jen odhalí, často se podceňují a připisují se jako daň stáří a změnám s ním souvisejícími. Naše společnost vůbec obecně depresi podceňuje. I přesto, že slovní spojení „mám depku“ používáme prakticky pokaždé, když máme špatnou náladu, málokdo z nás opravdu ví, co to ve skutečnosti znamená. Všichni chceme být mladí, krásní, úspěšní a „happy“ a smutná nálada, natož deprese, je něco, co do našeho života nepatří. Všichni se snažíme tvářit, jakoby ani neexistovala. V tom, že chodíme k praktickému lékaři, když nás bolí v krku, „vylepšit se“ k plastickým chirurgům, a podobně, nikdo problém nevidí. Ale pokud se někdo delší dobu necítí šťastný, co pak? U mnoha lidí z dnešní společnosti stále ještě převládá názor, že když někdo chce své problémy řešit s odbornou pomocí a zajde proto k psychologovi, nebo psychiatrovi, velmi často dostane automaticky nálepkou „blázen“. V lepším případě si o něm mnoho lidí myslí, že je „divný“. I když se vnímání tohoto problému v posledních letech podstatně změnilo, stále ještě tu je určité stigma. Ne tak ve stáří. Depresi v seniorském věku vnímáme spíše jako daň stáří. Jako něco, co ke stáří neodmyslitelně patří. A co mnoho z nás ani moc neřeší. A v důsledku toho to pak neřeší ani sami senioři. Berou to tak, že deprese ke stáří prostě patří, stejně jako například vrásčitá kůže, šedivé vlasy nebo zhoršení kognitivních funkcí.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit povědomí seniorů o depresi. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zaměřuje na depresi, její charakteristiku, výskyt v populaci, příčiny vzniku, příznaky a projevy, typy deprese, její následky, léčbu a prevenci. Dále na stáří a změny, které k němu neodmyslitelně patří a v neposlední řadě také samozřejmě na specifika deprese ve stáří. V praktické části se

zabývám vyhodnocováním rozhovorů se seniory, zaměřující se na depresi, které jsem v rámci výzkumu realizovala v Domově pro seniory Máj, p.o. České Budějovice v Českých Budějovicích. V praktické části bude využita strategie kvalitativního výzkumu. Sběr dat bude realizován pomocí metody dotazování a technikou bude polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory budou uskutečněny s pěti uživateli služeb Domova pro seniory Máj, p.o. České Budějovice v Českých Budějovicích, kteří budou vybráni záměrným výběrem.

Přínos práce vidím hlavně ve zmapování situace o povědomí o depresi mezi seniory. Pokud budou sami senioři vědět, že je toto onemocnění může postihnout, budou znát jeho příznaky, průběh, budou vědět, na koho se v případě pocitu ohrožení tímto onemocněním obrátit, mohou včas vyhledat odbornou pomoc a předejít tak dalším komplikacím spojeným s touto zákeřnou nemocí.

V teoretické části práce jsem používala hlavně literaturu od Anderse, Křivohlavého, Matějkové, McKenzieho, Praška a Wigneyové.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Deprese

Každý z nás zažije během svého života situaci, která v nás vyvolá pocit zklamání, ztráty, nebo beznaděje. Období, kdy se nám nedaří, a raději bychom všeho nechali. Takové pocity k životu patří a jsou jeho nedílnou součástí. Bez těchto situací by byl náš život prázdný a nenaplněný (Matějková, 2009). Každý smutek však nepředstavuje depresi, přestože lidé někdy mluví o tom, že mají „depku“, a deprese není pouze špatnou náladou. Je to nemoc celého organismu (Praško, 2008). Deprese jako onemocnění se rozvine pouze u některých z nás (Matějková, 2009).

Slovo deprese pochází z latiny ze slovesa *deprimo*, doslovně přeloženo jako stlačit. Samotné slovo deprese pak znamená pokles, stísněnost, sklíčenost, krizi, stagnaci, otupělost. Pokud použijeme cizí termíny, patří sem melancholie, letargie, apatie, indolence, malaise, dystymie (Křivohlavý, 2011). Výrazem deprese nahradil na počátku 20. století psychiatr Adof Meyer výraz melancholie (Baštecká, 2003).

„Deprese je nemoc, nikoli lenost, nedostatek vůle nebo slaboštví. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení“ (Praško, 2008, s. 18). Deprese neznamena, že je člověk „nenormální“ nebo „bláznivý“. Není to známka slabosti, nedostatek vůle nebo sebekázně. A není to pouze reakce na nepříznivé životní události v životě, i když na ně často navazuje (Praško, 2008). Deprese je široký pojem (Wigneyová, 2009). Je to onemocnění schopnosti štěstí. Klasifikujeme ji jako poruchu nálady (Baštecká, 2003). Je to onemocnění, které zasahuje nejen toho, kdo jím onemocněl, ale i jeho nejbližší. Člověk, který trpí depresí, potřebuje trpělivé a laskavé přijetí rodiny a přátel (Praško, 2008). Jedná se o časté onemocnění, které lze relativně snadno diagnostikovat a hlavně dobře léčit (Laňková, Siblíková, 2004). Nicméně pokud není léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ke ztrátě radosti a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka (snižuje obranyschopnost organismu) (Praško, 2008).

1.1.1 Charakteristika deprese

Emoce mají v životě člověka nezastupitelnou roli. Zajišťují rychlé vyhodnocování dějů, které probíhají v nás a v našem okolí, a dávají těmto dějům význam. Rozladěnost po nedosažení kýženého cíle nebo smutek při ztrátě blízkého člověka jsou emocemi přirozeným a užitečnými, jelikož nám pomáhají se se ztrátou vyrovnat. Když však negativní emoce trvají příliš dlouho, nebo jejich intenzita neodpovídá situaci, mluvíme o depresivní náladě. Pokud se k této náladě přidají i další příznaky, jako například ztráta zájmů, ztráta potěšení z aktivit a sebevědomí, pokles energie, výčitky, porucha soustředění, narušený spánek, nebo dokonce sebevražedné úvahy, mluvíme o depresi. „*Při depresi jsou tak kromě nálady narušeny i další psychické funkce a ovlivněno je i chování.*“ Deprese zásadním způsobem ovlivňuje každodenní fungování, čímž se odlišuje od špatné nálady (Novák, 2010).

Člověk v depresi zažívá mnoho nepříjemných pocitů (Křivohlavý, 2011). „*Cítí se opuštěný, smutný, vyčerpaný, unavený, nespokojený, nešťastný*“ (Křivohlavý, 2011, s. 13). Zdá se mu, že lidé okolo něho mu nerozumí, přičemž tito lidé se na něho dívají jako na člověka, který je ke všemu lhostejný, je nespolečenský, netečený, často si stěžuje. Nemají pro něho pochopení, a on se tak dostává do ještě většího osamění (Křivohlavý, 2011).

Lidem, kteří onemocněli depresí, nepřináší pocity radosti nic. Svou náladu popisují jako sklíčenou, jejich život je bez perspektivy. Ztrácí své zájmy, stahují se do sebe. Mají pocity méněcennosti, špatnosti a viny, které mohou být až bludného charakteru (Matějková, 2009). Nejde tedy jen o normální pocit viny. Tento pocit je vyhrocen do extrému, a dochází k nadměrnému sebeobviňování. Velmi nápadné u člověka v depresi je jeho velmi nízké sebevědomí. Sám o sobě má velmi nízké mínění, sebeponižuje se, snižuje svou vlastní lidskou hodnotu. V důsledku takového jednání nastupuje ještě hlubší deprese se všemi průvodními jevy. Dalším znakem může být zveličování negativních důsledků svého jednání (Křivohlavý, 2011). Často mají potíže s pamětí, jsou unavení (Matějková, 2009). Od běžného smutku se deprese liší v tom, že je intenzivnější a hlubší, trvá delší dobu a narušuje každodenní život (Praško, 2008). Charakteristický je smutek, ztráta zájmu a potěšení ze všech činností, patická nálada,

kteřá je intenzivní a situačně nepřiměřená. Tyto pocity trvají celý den po mnoho týdnů i měsíců. Dále je typická apatie, snížená aktivita, pocit, že vše je nepřekonatelné, nedostatek sebevědomí, pocit zbytečnosti, zhoršené soustředění, nerozhodnost, poruchy spánku (nadměrná spavost, nebo naopak nespavost, či brzké ranní probuzení), nápadné změny hmotnosti, časté myšlenky na smrt a sebevraždu (Matějková, 2009). Nerozhodnost je opravdu mimořádná, a netýká se pouze důležitých životních rozhodnutí, ale i jednodušších situací, jako například co si ráno obléct, nebo co uvařit. Mezi nejpodstatnější znaky deprese patří: depresivní nálada, snížený zájem o život, snížená chuť k jídlu, myšlenky na sebevraždu, podstatně nižší životní energie, nespavost nebo naopak zvýšená spavost, snížené sebevědomí, snížená pohyblivost, snížená schopnost se na něco soustředit (Křivohlavý, 2011). U většiny lidí v depresi se při představě skoro všech úkolů objeví negativní myšlenky typu: „To nedokážu!“, „Nic nemá cenu!“ Takové myšlenky pak dále ovlivňují náladu. Vedou ke smutku, bezmoci, depresi, úzkosti, vzteku na sebe nebo ostatní (Praško, 2008).

„Deprese vzniká v kontextu mezilidských vztahů“ (Praško, 2008, s. 70). A to je přesně to, z čeho má mnoho lidí, kteří onemocněli depresí, strach. Někteří se cítí úzkostní a napjatí ve vztahu s ostatními lidmi, především pokud je jich více. Často se cítí osamělí, mají pocit, že jim není dostatečně projevována láska. Jsou závislí na ostatních, ale mají potíže se sebezapřením. Je přitom paradoxní, že takové pocity se objeví u lidí, kteří se sami izolují. Lidé v depresi neumí říci „ne“, nedokážou otevřeně vyjadřovat své pocity, jak negativní tak pozitivní (Praško, 2008).

Deprese způsobuje, že se člověk cítí vyčerpaný a bezmocný. Potřebuje pomoci od ostatních. I běžné denní činnosti jsou stresující, protože nemocný na ně nemá dostatek energie. Za to obviňuje sám sebe, což mu ubírá další energii, a deprese se tak udržuje v bludném kruhu (Praško, 2008).

Člověk, trpící depresí má neustále automatické myšlenky, které pomáhají udržovat depresi (Praško, 2008). *„Jsou to myšlenky, které přicházejí člověku na mysl, a on nad nimi dále nehlobá“* (Praško, 2008, s. 49). Není to to, co si chceme myslet, ale to, co nás samo od sebe napadá (Praško, 2008).

Příznaky deprese se dají rozdělit na duševní a tělesné. Mezi duševní příznaky patří

špatná nálada, nezáměr o to, co člověk dříve těšilo, úzkost, citová vyprahlost, tísnivé myšlenky, nesoustředěnost a špatná paměť, bludy a přeludy, vidiny, nebo sebevražedné pohnutky. K tělesným příznakům lze zařadit potíže se spánkem (nespavost, nebo naopak spavost, předčasné buzení), pomalost v myšlení a jednání, růst nebo ztráta chuti k jídlu, růst nebo ztráta hmotnosti, ztráta zájmu o sex, únava, zácpa, nebo menstruačním obtíže (McKenzie, 2001). K diagnostice deprese stačí, aby se po dva týdny objevovaly minimálně dva příznaky (Novák, 2010, cit. 2013-08-09).

1.1.2 Výskyt deprese

Snad každý z nás prožije během života situaci, které je nad naše síly a vyvolá v nás pocit zklamání a beznaděje. Tyto pocity patří k životu a jsou jeho nedílnou součástí. Ale deprese jako nemoc se vyvine pouze u některých. Není to kvůli typu osobnosti, charakteru, ani to není o síle naší vůle. Jde spíše o rodinné dispozice a genetické vloh (Matějková, 2009).

Deprese patří mezi nejčastější duševní onemocnění. Podle Světové zdravotnické organizace je dnes deprese čtvrté nejčastější onemocnění, a podle odhadů se do roku 2020 posune na první místo. Není to ovšem z toho důvodu, že by se zvyšoval výskyt lidí s tímto onemocněním, ale spíše z toho důvodu, že somatická onemocnění jsou v dnešní době mnohem lépe léčitelná. V průběhu života si ji prožije každý pátý člověk, a v průběhu jednoho roku toto onemocnění postihne asi 5 % populace. Přičemž u žen se objevuje asi dvakrát častěji než u mužů (Novák, 2010). Procentuálně je to asi deset procent u žen a čtyři procenta v mužské populaci (Matějková, 2009).

Dříve byla deprese považována za onemocnění starších lidí. V současné době však nejvíce postihuje lidi v produktivním věku, vyskytuje se stále u mladších a mladších lidí (Křivohlavý, 2011). Dnes se může vyskytnout prakticky v jakémkoli věku. Nejčastěji se ale objeví mezi 25. – 35. rokem života. Někteří mohou onemocnět již v dětství, kdy má deprese odlišné příznaky. Mohou to být poruchy chování, agresivita, ale i klasické projevy deprese, jako třeba nízké sebevědomí. V období mezi 25. a 35. rokem přichází v epizodách, které trvají tři až dvanáct měsíců (průměrně okolo šesti měsíců), nicméně u

menší části nemocných může trvat i déle (Novák, 2010).

Většinou deprese začíná velmi pozvolna (Wigneyová, 2009). „*Může se do života vkrádat měsíce i roky – je to jistý neklid, že je něco jinak, přecitlivělé vnímání, podrážděnost, dojem, že „něco není, jak má být“*“ (Wigneyová, 2009, s. 47). Ze začátku si lidé své zneklidňující pocity nechávají velmi často pro sebe, čímž je také znemožněno vyhledat pomoc hned na začátku. Mnoho lidí nemá také vůbec ponětí, co se děje. Naproti tomu u někoho jde o okamžitý výbuch a akutní kolaps. Častější jsou ale situace, kdy dochází k postupnému zhoršování pocitů. Spousta z těch, kteří mají depresi, nemohou své stavy ze začátku vůbec pojmenovat (Wigneyová, 2009). Jenže pokud není odhalena včas, může mít fatální následky (Novák, 2010).

Průměrná délka trvání depresivních stavů je dvacet týdnů (Matějková, 2009). „*Epizody deprese trvají tři až dvanáct měsíců (nejčastěji kolem šesti měsíců)*“ (Novák, 2010).

Deprese mají tendenci k recidivě (Matějková, 2009). Přibližně u poloviny nemocných se v průběhu života deprese vrací. Častěji je tomu tak u osob, které první ataku prožili v nižším věku. Někteří lidé tedy mohou během života zažít pouze jednu epizodu deprese. Bohužel u většiny jde o dlouhodobé onemocnění s frekvencí epizod jednou za pět let (Novák, 2010). U pacientů s jednou epizodou je to 50 %, u pacientů se dvěma epizodami již 50 – 90 % a se třemi a více je riziko opakování až 90 % (Matějková, 2009).

1.1.2.1 Rizikové faktory

Mezi faktory ovlivňující sklony k depresím patří hlavně: geny, osobnost, rodinné prostředí, pohlaví, modely myšlení, nezvládání osudu, stres a životní události, tělesné onemocnění, nebo i nedostatek denního světla (McKenzie, 2001). Další jsou například rozvod a separace, ovdovění, deprese v anamnéze, užívání návykových látek, sociální izolace, chudé intimní vztahy, léčba některými léky a hormony. U žen jsou nejčastějšími rizikovými faktory nižší vzdělání, nestabilní manželství, nebo období po porodu. U mužů jsou to problémy v mezilidských vztazích (Anders, Uhrová 2005).

Geny jsou sice významné, ale protože se jich na tom podílí velké množství, nikdo

přesně neví, jak působí (McKenzie, 2001). Je ale zřejmé, že hrají důležitou roli (Praško, 2008). Hlavně u těžších forem depresí, u mladších lidí a pro ty, kdo mívají maniodepresivní stavy (McKenzie, 2001). „*Pro přímou dědičnost u většiny forem depresí chybí důkazní jistota*“ (McKenzie, 2001, s. 22 – 23). „*Některé typy deprese se častěji objevují v určitých rodinách, což může znamenat, že je zde přítomna vrozená biologická zranitelnost*“ (Praško, 2008, s. 60). Ne však každý, kdo zdědil biologickou zranitelnost, depresí onemocní. Roli zde pravděpodobně hrají i další rizikové faktory (Praško, 2008). Pokud je ve vaší rodině člověk, který se potýká s depresemi, neznamena to, že se deprese automaticky rozvine i u vás. Zvýší se tím ale riziko, že by se objevit mohla (McKenzie, 2001). Výskyt deprese je 1,5krát a třikrát vyšší u biologických příbuzných (Anders, Uhrová 2005). Pokud máte sourozence, matku, nebo otce, u kterých se deprese objevila, je zde zvýšené riziko až na 15 %, že se u vás vyskytne také (Praško, 2008). Nejvyššímu riziku bude člověk vystaven v případě, že má jednovaječné dvojče, u kterého se nemoc rozvinula (McKenzie, 2001). Ale genetické faktory samy o sobě nepostačují ke vzniku deprese (Anders, Uhrová 2005). I u těch, kteří mají v rodině člena s depresí, vede k případnému spuštění deprese spíše stresující životní událost. Jako například smrt partnera, rozvod nebo úraz (McKenzie, 2001). A deprese se objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly (Praško, 2008).

Velkou roli pro rozvoj deprese hrají opakující se, a nepravidelně se vyskytující stresové situace. Pokud tedy žijeme v neustálém stresu, s velkou pravděpodobností se u nás vyvinou výkyvy nálad, které následně mohou vést k depresi (Matějková, 2009). Neznamená to ale, že stres je jednoduše příčinou. Dochází však postupně k většímu zcitlivění na stres a v budoucnu člověk reaguje na menší stres větší depresí. Nakonec se deprese objevují bez vnější příčiny (Praško, 2008). Podle některých odborníků jsou lidé, kteří jsou nuceni žít dlouhou dobu v situaci, na níž nemají žádný vliv a nemohou jí uniknout, budou náchylní k depresím. Nevládají svůj osud. Toto tvrzení ale část expertů odmítá, protože ho bylo dosaženo pomocí pokusů prováděných na psech. A podle nich lze jen obtížně srovnávat jednání lidí a psů. Nelze také říci, zda měli psi deprese. Nicméně míra depresí, které prožívají například pacienti, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, je opravdu vysoká. Je s nimi totiž spojená závislost a nejistota.

Bezmocné postavení vede k depresi. Nebo to možná může být i tak, že dlouhodobá nemoc pohltí energii, kterou lidé k boji s depresí potřebují (McKenzie, 2001). Otázkou proč někdo reaguje na životní události rozvojem deprese a jiný ne, se zabývají vědci po celém světě (Praško, 2008).

Mezi rizikové faktory patří i osobnost člověka. Ale žádný typ osobnosti nepředurčuje člověka k depresím (McKenzie, 2001). I když existuje určitá podobnost osobnostních rysů u lidí, kteří onemocněli depresí (Anders, Uhrová 2005). Vyššími riziku jsou ale vystaveni lidé s obsedantním, dogmatickým a rigorózním myšlením, kteří skrývají své city, a ti, kteří snadno propadají úzkostem. V roce 1967 popsal americký psychiatr Aaron Beck model myšlení, který se u lidí v depresi běžně vyskytuje, a který on pokládal za příčinu sklonu k depresím. Podle něj jsou k depresi náchylnější lidé, kteří o sobě smýšlejí negativně. Většina lidí myslí optimisticky a to je udržuje většinou šťastné. Má tendence dělat své úspěchy větší a chyby menší. Ne tak lidé se sklonem k depresím. Ti mají tendenci své úspěchy naopak snižovat a své chyby naopak zveličovat. To, že tak lidé myslí, když jsou v depresi, prokázáno je. Není ale prokázáno, jestli tímto způsobem myslí i před tím (McKenzie, 2001). Depresí také častěji onemocní lidé z disharmonických rodin, než například svobodní, nebo lidé žijící v harmonických manželstvích. Průzkumy také uvádějí, že častější je u lidí z nižších sociokulturních poměrů (Křivohlavý, 2011).

Dále to jsou lidé s nedostatečným sebevědomím, málo asertivní, pesimisté, ti, kteří se neumí odměnit nebo pochválit (Praško, 2008). Co se rodinného prostředí jako rizikového faktoru týče, předpokládá se, že některé zážitky z dětství zvyšují pravděpodobnost výskytu deprese. Mluvíme o situacích jakou je ztráta jednoho z rodičů v dětství, především matky. Na druhou stranu taková situace může člověka i zocelit. Depresi mohou způsobit spíše psychologické, společenské, nebo finanční důsledky ztráty rodiče než ztráta sama. Dále bychom sem mohli zařadit charakter rodičovství. Podle některých psychologů jsou to vysoké nároky a častá kritika od rodičů, kteří pokládají úspěch svých dětí za samozřejmost. Stejně tak tomu je i u těch, kteří v dětství nedostali mnoho lásky. Ale takové tvrzení není vědecky průkazné (McKenzie, 2001). Psychosociální faktory hrají velmi významnou roli při vývoji onemocnění, ale mohou

být i tzv. udržujícím faktorem deprese, nebo ji dokonce prohlubovat (Anders, Uhrová 2005).

Dalším rizikovým faktorem je pohlaví. U žen jsou deprese diagnostikovány až dvakrát častěji než u mužů. Což ale nemusím nutně znamenat, že ženy jsou k depresím náchylnější. Toto je spíše dáno buď tím, že ženy jsou ochotnější připustit, že jsou v depresi, nebo tím že ji u nich lékaři rozeznají lépe než u mužů. Na ženy ale také působí více než na muže společenské tlaky (McKenzie, 2001). Ženy mají odlišnou citlivost ke stresujícím životním událostem (Anders, Uhrová 2005). Také u nich probíhají hormonální změny během těhotenství a kolem porodu, které je mohou činit náchylnějšími, nebo deprese přímo spouštět (McKenzie, 2001).

Deprese se může dostavit i po tom, co člověk zažije v dětství tělesné nebo pohlavní zneužívání. Podle výzkumů až polovina z těch, kteří navštěvují psychiatra, zažila takovou situaci v dětství nebo dospívání. Většina si takový zážitek pamatuje, ale někteří si na to vzpomenou, až když jsou v depresi nebo během psychoterapie (Anders, Uhrová 2005). Odborníci ale nemají jistotu, zda mají tyto vzpomínky reálný základ. Někteří z nich tvrdí o psychoterapeutech, kteří vidí příčinu potíží svých klientů v jejich pohlavním zneužívání, že ve vzácných případech dokonce sami přimějí pacienty k tomu, aby se zmínili o věcech, které se nikdy nestaly tím, že jim je prostě podsunou (McKenzie, 2001).

Deprese se ale může projevit i jako důsledek jiných somatických onemocnění, jako například stav po infarktu myokardu nebo jiného kardiovaskulárního onemocnění, nádorových onemocnění, nebo třeba cukrovky (Matějková, 2009). Nebo jako důsledek finanční nejistoty (McKenzie, 2001).

1.1.3 Příčiny vzniku deprese

„Etiopatogeneze depresivní poruchy není v současnosti zcela objasněna. Lze předpokládat její multifaktoriální podmíněnost a velmi rozdílné interindividuální uplatnění genetických, biochemických a psychosociálních vlivů“ (Anders, Uhrová, 2005, s. 57).

Jsme často schopni označit spouštěče depresivní nálady u jednotlivých lidí, ale

protože stejné události u jiných lidí depresi nevyvolají, nelze říci, že spouštěč je jedinou příčinou vzniku deprese. Občas se místo jednoho spouštěče objeví v životě řada menších stresů, nespokojenost, na které deprese navazuje. Ale existují i lidé, u kterých se deprese objeví náhle a kde nenajdeme závažnější stresory. V takovém případě nemá deprese zevní příčinu (Praško, 2008).

Vzniku mnoha depresivních stavů předchází vážné, nežádoucí a nezvratné události v životě člověka. Zejména traumatické události v dětském věku. Tyto události jsou různé (mnoha autory je nejčastěji uváděno pohlavní zneužívání) a z jejich typu nelze s pravděpodobností odhadovat výsledný obraz deprese (Anders, Uhrová, 2005).

Při vzniku deprese tedy předpokládáme vzájemné působení různých biologických a sociálních vlivů, které vytváří dispozice pro rozvoj tohoto onemocnění. Těmito dispozicemi jsou nadměrná citlivost (hypersenzitivita) a zvýšená zranitelnost (vulnerabilita) (Praško, 2008).

„Velmi častým spouštěčem bývají problémy v mezilidské komunikaci“ (Praško, 2008, s. 165). Může to být důsledek dlouhodobé sociální izolace, osamělého života. Často je těžké určit, zda sociální izolace předcházela příznakům, nebo naopak (Praško, 2008).

Typickým problémem je potíže unést kritiku bez pocitů viny a méněcennosti, neschopnost říct ne, malá schopnost podávat komplimenty a z toho plynoucí nedostatek kompliment získaných. Tyto schopnosti se dají naučit v rámci tréninku asertivity (Praško, 2008).

1.1.4 Příznaky a projevy deprese

Ze začátku se deprese může projevit pouze jako pozvolná se plížící smutek a letargie. Naneštěstí má deprese i horší příznaky, jako jsou halucinace, nebo myšlenky na sebevraždu. Příznaků je celá řada (Atkinsonová, 2005).

Deprese se projevuje nejrůznějšími pocity, způsoby chování, emocemi, způsoby myšlení, které jsou individuální jak ve svém projevu, tak i rozsahu, ale i tělesnými potížemi (Praško, 2008). Mezi nejběžnější patří například nadměrná podrážděnost, uzavřenost, nebo naopak zlost, křik, výbušnost. Dále strach, úzkost, náhlý pláč,

přecitlivělost na kritiku, pocity viny a beznaděje, velmi malé sebevědomí, výkyvy nálady, nekontrolovatelné pocity zoufalství, ztráta koncentrace, změna hmotnosti, související s nechutenstvím, nebo naopak přejídáním, potíže s usínáním nebo časně buzení (Atkinsonová, 2005). Dále přetrvávající smutná, úzkostná, nebo „prázdná“ nálada, pesimismus, pocit bezmoci, napětí, ztráta smyslu života, ztráta zájmu o sexuální život, nespavost nebo naopak nadměrná spavost i během dne, ospalost, pokles energie, i jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu, nemožnost přinutit se k činnosti a jejich následné odkládání, nesoustředěnost, potíže se s pamětí, problémy s rozhodováním, myšlenky na smrt, pokusy o sebevraždu, neklid, nervozita, nadměrná ustaranost. Většina pociťuje únavu, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Hlavním příznakem ale zůstává citelný zásah do nálady (Praško, 2008).

Lidé v depresi mají pocit, že nemá smysl cokoli dělat. Věci, které je dříve zajímaly, je teď už nezajímají (Atkinsonová, 2005). „*Právě tato změna životního stylu bývá často nejzřetelnějším ukazatelem deprese. Můžete mít i jiné příznaky, ale uvnitř v sobě víte, že je něco špatně. To je deprese. Zlomená noha dává světu jasně najevo, že něco není v pořádku. Ale když se vaše mysl vymkne z reality, aby přežila, není snadné sdělit světu, že uvnitř trpíte*“ (Atkinsonová, 2005, s. 17).

Přetrvávají i tělesné příznaky, jako například bolesti hlavy, poruchy s trávením, tíha na hrudi, ztuhlost svalů (Praško, 2008).

1.1.5 Typy deprese

Podobně jako i jiné nemoci má i deprese své formy. Jsou to depresivní epizoda, dystymie, bipolární porucha (dříve maniodeprese), sezonní afektivní porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese), rekurentní depresivní porucha, krátká rekurentní depresivní porucha, larvovaná deprese, deprese při tělesném onemocnění, ale i poporodní deprese, nebo třeba deprese v menopauze, a zvláště pak deprese v pozdním věku (Praško, 2008).

a) Depresivní epizoda - Pro depresivní epizodu je charakteristická hlavně depresivní nálada a ztráta radosti a zájmu. Dále depresivní myšlení, snížená aktivita a tělesné příznaky deprese. Výrazně postihuje schopnost pracovat, spát, jíst. Může se

objevit pouze jedenkrát za život, nebo se může opakovat (Praško, 2008). Pro první epizodu se používá označení depresivní epizoda, další epizody se označují už jako rekurentní depresivní porucha (Anders, Uhrová 2005). Jejím rozvoji předcházejí stresující životní události, ale může se objevit i bez zjevné vnější příčiny, přičemž u mužů je její výskyt dvakrát častější (Praško, 2008). Depresivní epizodu můžeme ještě dále rozlišit podle intenzity na mírnou, středně těžkou, těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků a těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky (Anders, Uhrová 2005).

b) Dystymie - je méně závažný typ deprese, ale její příznaky většinou přetrvávají delší dobu, často roky. Obvykle se projeví v rané dospělosti, jako reakce na stres. V pozdějším věku je často následkem mírné deprese. Jedním z hlavních projevů je neschopnost cítit skutečnou radost, rezignace na vyhledávání příjemných aktivit, nedostatek energie. Lidé se cítí unaveni, jakákoli jejich činnost vyžaduje velké úsilí, špatně spí, nicméně obvykle zvládnou základní každodenní činnosti. Dystymie tedy nevzbuzuje pocit takové neschopnosti jako depresivní porucha. Někteří lidé s dystymií zažijí také epizody velké depresivní poruchy, potom mluvíme o dvojité depresi (Praško, 2008). U dystymie platí víc než u jiných typů deprese, že není často diagnostikována. Zvláště v případě, kdy se projeví v souvislosti se somatickým onemocněním a bývá tak považována za neoddelitelnou součást této nemoci (Anders, Skopová, 2006).

c) Bipolární porucha - je méně častá než jiné formy. Jedná se o poruchu nálady (Praško, 2008). Je to afektivní porucha (Wigneyová, 2009). Dochází ke střídání dvou pólů extrémních nálad. Objevuje se asi u 10 %. Střídají se u ní depresivní a manické cykly (Praško, 2008). První epizoda bývá většinou depresivní, což napomáhá brzkému vyhledání lékaře, ale brání správné diagnóze. Před první epizodou mánie bývá většinou několik epizod deprese (Příkryl, 2008). Někdy dochází ke změně velmi rychle, třeba přes noc, častější jsou ale postupné změny. Během manické epizody má člověk povznesenou náladu, subjektivní pocit zvýšené výkonnosti, sníženou potřebu spánku až nespavost bez potřeby spánku, zvýšený sexuální zájem, je neobvykle podrážděný. Bývá mnohomluvný a lehkomyšlný, má spoustu nápadů, přechází z jedné aktivity na druhou, utrací peníze za nedůležité věci, a pokud mu někdo odporuje, mívá sklony k agresi

(Praško, 2008). Člověk v takovém stavu ztrácí kontakt s realitou, zažívá deziluze a halucinace (Wigneyová, 2009). V případě depresivní fáze se objevuje smutná nálada, pocity bezmoci, beznaděje a další příznaky typické pro depresi. Tyto fáze se objevují v různé frekvenci (Praško, 2008).

d) Sezonní afektivní porucha - projevuje se depresivními náladami, úbytkem energie, nadměrnou únavou. Nejčastěji se objevuje na začátku zimních měsíců a odeznívá na jaře. Velmi účinně se léčí fototerapií (Praško, 2008).

e) Smíšená úzkostně – depresivní porucha - mísí příznaky úzkosti a deprese, ale ani jedněch příznaků není tolik a nemají takovou intenzitu, aby umožnily diagnostikovat úzkost, nebo depresi. Proto bývá často podceňována (Praško, 2008).

f) Reaktivní deprese - bývá často přímým následkem stresu nebo traumatu, který je vyvolávacím faktorem, bez něhož by k rozvoji reaktivní poruchy nedošlo. Projeví se hned, nebo do jednoho měsíce povýsknu stresující události (Praško, 2008). Může být vyvolána tím, že se člověk snaží potlačovat hněv (Atkinsonová, 2005).

g) Rekurentní depresivní porucha - projevuje se epizodami deprese, přičemž se může objevit i hypomanie. U části nemocných se může rozvinout deprese, zvláště ve stáří. Krátká rekurentní depresivní porucha je velmi vzácná. Depresivní epizody trávající zpravidla dva až tři dny se objevují alespoň jednou za měsíc, a nejsou vázány na menstruační cyklus. Deprese se objevuje ráno po probuzení a je velmi hluboká. Objevují se i sebevražedné myšlenky. Člověk není schopen vstát z postele, ale obvykle se po třech dnech probudí zase s normální náladou. Epizody se neopakují pravidelně, takže je nejde předvídat. Tito lidé se často začnou léčit alkoholem, který jim na krátkou chvíli uleví, ale poté nastoupí pocity zoufalství a sebevražedné tendence (Praško, 2008).

h) Deprese spojená s tělesným onemocněním - Deprese může být také spojena s tělesným onemocněním. Může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu, nebo i cukrovku a jejich průběh zhoršovat. Toto platí zejména pro starší lidi. Může se projevit také jako následek užívání některých léků, alkoholu nebo drog. Pokud jsou hlavním projevem tělesné příznaky a porucha nálady je až druhořadá, mluvíme o **larvované depresi**. Deprese je zde málo patrná, nebo jako taková není vůbec přítomná. Projevuje se spíše tělesnými

příznaky. U diagnostiky je vždy nutné vyloučit tělesnou příčinu potíží. Je velmi dobře léčitelná antidepresivy (Praško, 2008).

ch) Deprese spojená s narozením dítěte - I když je pro většinu lidí narození dítě radostná událost, někdy se objevuje zhoršená nálada, označována jako poporodní deprese (Wigneyová, 2009). Některé mladé matky se stydí za to, že mají po narození dítěte depresi, nicméně podle výzkumů jsou ženy po porodu k depresi náchylnější (Nedley, 2007). Nejčastější je u prvorodiček. Matky mají pocit, že k dítěti necítí to, co by měly, jsou vyčerpané, podrážděné, jejich nálada kolísá. Délétrvající zhoršení nálady postihuje asi 10 – 15 % žen po porodu. Rozlišujeme tři typy: **poporodní „blues“**, **poporodní depresi** a **poporodní psychózu**. **Poporodní blues** se projevuje kolísáním nálady, zvýšenou přecitlivělostí, úzkostí, strachem, neschopnost lásky k dítěti, které většinou do dvanáctého dne po porodu vymizí. U **poporodní deprese** převládají pocity selhávání, nerozhodnost, úzkost, strach ze samoty, bezmoc, katastrofické obavy z budoucnosti, nadměrná únava, sebevýchitky, klesá schopnost postarat se o dítě. Matka se obviňuje za to, že nic necítí k dítěti, že selhala, má strach, že ji opustí partner (Praško, 2008). K nejčastějším spouštěčům patří stres související s péčí o dítě a nedostatečná citová podpora od okolí (Nedley, 2007). Obvykle se objeví 6 – 12 týdnů po porodu (Praško, 2008). Ale může se objevit i do jednoho roku (Wigneyová, 2009). U matek, které prožily depresi po porodu, je vyšší riziko, že se deprese bud opakovat i v dalších měsících (Nedley, 2007).

i) Deprese v menopauze - patří mezi nejčastější deprese u žen. Rozvojovými faktory jsou rozsáhlé hormonální změny, strach ze stárnutí, pocit „zavírajících se dveří“, strach z odchodu dětí. V léčbě tohoto typu deprese je důležitá psychoterapie (Praško, 2008).

1.1.6 Následky deprese

Následky tohoto onemocnění jsou značné (Matějková, 2009). Podle Světové zdravotnické organizace patří deprese k onemocněním, která nejvíce invalidizují a zkracují život obyvatelstvo nejbohatších zemí (Novák, 2010).

Mezi nejhlavnější následky deprese lze zařadit sníženou kvalitu života. Lidé s depresí, hlavní ti, kteří se neléčí, mají menší šanci na vytváření a udržení uspokojivých mezilidských vztahů, na získání přiměřeného vzdělání, nalezení a udržení zaměstnání a finanční soběstačnost (Novák, 2010).

K následkům můžeme řadit ztrátu zaměstnání pro neschopnost koncentrace, nedostatku zájmu o práci, nízkou výkonnost, nebo nejistotu v rozhodování. V partnerském životě může docházet k nepochopení pro stálou sklíčenost nemocného, neschopnost pociťovat radost, nebo nedostatek zájmu o sexuální život. Pro partnera takového člověka se vztah stává nenaplněným a obtížně snesitelným a následuje rozchod. Sociální izolace a případná nezaměstnanost deprese ještě více prohloubí (Matějková, 2009). Deprese má negativní vliv na učení a zaměstnání. U lidí s depresí je zvýšená pravděpodobnost, že by se deprese mohla vyskytnout i u jejich dětí. Dále je zde riziko vzniku závislosti na nikotinu nebo alkoholu. A v neposlední řadě také riziko sebevraždy (Nedley, 2007).

Mezi následky deprese lze řadit i zdravotní komplikace. Deprese je spojena s vyšším výskytem tělesných onemocnění vlivem snížené tělesné aktivity, omezeného příjmu potravy a tekutin, zvýšené spotřeby cigaret, alkoholu a dalších návykových látek, nebo zanedbáváním existujících či nově vzniklých zdravotních problémů (Novák, 2010). K fyziologickým následkům deprese patří zmenšení hippocampu, zvýšená hladina stresových hormonů, osteoporóza, vysoký krevní tlak, astma, bolesti hlavy, invalidita, možný nárůst počtu epileptických záchvatů, neplodnost, snížení hladiny pohlavního hormonu, nebo obtížné regulování hladiny cukru v krvi u diabetiků (Nedley, 2007).

Deprese je léčitelné onemocnění. Ale člověk v depresi má často pocit, že nikdy neodezní. Ztrácí naději na vyléčení. Pak může pomýšlet na sebevraždu, nebo se o ni dokonce pokusit. Smrt vidí jako únik z tohoto trápení. Pokud člověka takové myšlenky trápí, měl by se s nimi co nejdříve svěřit svému lékaři. Tyto myšlenky jsou v depresi velmi časté. Naštěstí je pro depresi charakteristická i nerozhodnost a často tomuto činu také zabrání myšlenka na lidi, kterým by tím nemocný ublížil (Praško, 2008).

Nepřiznat si depresi je stejně nerozumné jako nepřiznat si, že jsem onemocněla

cukrovkou. Mezi následky deprese patří užívání léků. Užívání léků má výhodu ve snadném podávání, rychlejší kontrole příznaků a tu, že léky nejsou náročné na čas lékaře a pacienta. Negativní stránka je možný výskyt nežádoucích účinků. Nejčastějšími a nejosvědčenějšími léčivy jsou antidepresiva. Dalšími následky jsou zapojení se do psychoterapie a v nehorším případě sebevražda (Praško, 2008).

1.1.6.1 Sebevražda

Sebevražda dnes patří mezi nejčastější příčiny úmrtí. K pokusům o sebevraždu dochází skoro ve všech věkových skupinách. Senioři, spolu s adolescenty, se pokoušejí o sebevraždu častěji než ostatní věkové kategorie. Deprese a s ní související problémy, hlavně beznaděj, patří v dnešní době mezi nejčastější důvody (asi 35 %) k dobrovolným odchodům ze života (Nedley, 2007).

Až u poloviny lidí v depresi se objeví myšlenky na sebevraždu. Čtvrtina z nich se o ni pokusí a asi 10 – 15 % lidí ji opravdu spáchá (Novák, 2010). „*Kromě toho platí, že čím je deprese těžší, tím je riziko sebevraždy větší*“ (Nedley, 2007, s. 47). Pokud není deprese léčena, riziko ještě vzroste. Více než polovinu těchto případů tvoří lidé, kteří nevyhledali odbornou pomoc. Z toho vyplývá, že je velmi nutné vyhledat odbornou pomoc a začít s depresí bojovat (Nedley, 2007).

Deprese zvyšuje riziko sebevražedného chování. V kritických chvílích lidé snadno podlehnou myšlence na smrt jako okamžitému nápadu a jeho realizaci (Praško, 2008). Riziko, že člověk bude reagovat sebevražedným jednáním, je vyšší také u akutních, prudkých změn v životě (Křivohlavý, 2011).

Podle výzkumů ke zvýšenému riziku sebevražd přispívají určité faktory. Některé jsou neměnné, jiné ovlivnit lze. Mezi ty, které ovlivnit nelze, patří mužské pohlaví, rodinná anamnéza, nebo stresující zážitek. K těm, které ovlivnit můžeme, patří například neochota vyhledat pomoc, nadměrné pití alkoholu nebo užívání drog, nebo nespokojenost s vlastním vzhledem. Jako další faktory se uvádí různé duševní nemoci, předešlé pokusy o sebevraždu, sebevražda některého z rodinných příslušníků, izolovanost, vážné tělesné onemocnění, výročí ztráty milované osoby, abstinence po

ukončení závislosti, homosexualita, poslech heavy-metalové hudby, dostupnost „nástrojů“ sebevraždy (Nedley, 2007).

U žen se deprese vyskytuje sice čtyřikrát častěji než u mužů a ženy se dokonce o sebevraždu pokusí až čtyřikrát častěji než muži, ale u mužů je pravděpodobnost spáchání sebevraždy až čtyřikrát vyšší. Navíc jsou muži v sebevražedných pokusech šestnáctkrát „úspěšnější“ (Nedley, 2007). U žen jde častěji spíše o výstražný pokus (Křivohlavý, 2011).

Lidé, kteří uvažují o sebevraždě, se často chovají určitým zvláštním způsobem. Mluví o sebevraždě, v rozhovoru nastiňuje způsob, jak by se mohl on, nebo někdo jiný, zabít. V poslední době prožil mnoho distresů, které nedokáže úspěšně zvládat, objevují se okamžiky ztráty orientace, tendence příliš velké závislosti a současně velké nezávislosti, má výborné znalosti o způsobech sebevraždy. A v neposlední řadě se objevuje náhlé zlepšení nálady, uklidnění, což je velmi nebezpečné. Může to být známka toho, že daný člověk již došel k pevnému rozhodnutí, kdy a jak sebevraždu provést (Křivohlavý, 2011).

Pouhé myšlenky na sebevraždu jsou tak osobní, že většinu lidí přivádí do rozpaků. Je proto důležité, aby si lékař získal klientovu důvěru a k tomuto tématu přistupoval s pochopením, klidem a bez kritiky. Lidé, uvažující o sebevraždě, se hovorům na toto téma vyhýbají, ale když si mohou s někým o svých myšlenkách popovídat, uleví se jim. Je nezbytné, vyhledat odbornou pomoc. Důležité je také trpělivé přijetí rodinných příslušníků a přátel (Nedley, 2007). Lidé, kteří mají depresivní sklony a nemají dobré rodinné zázemí a dostatek opravdových přátel, jsou k sebevražedným pokusům mnohem náchylnější. Navíc, pokud lidé, které daný člověk považuje za nejdůležitější, ho odmítají, nebo ho trestají tím, že s ním nemluví, riziko vykonání sebevraždy se zvýší (Křivohlavý, 2011). Je dobré si uvědomit, že všechny zmínky o sebevraždě je třeba brát vážně. Není pravda, že kdo mluví otevřeně o sebevraždě, ten se jí nedopustí. Bezprostřední hrozba sebevraždy opravňuje dle zákona poskytnutí léčby i proti vůli samotného člověka (Praško, 2008).

1.1.7 Léčba deprese

Neléčená deprese dokáže v životě napáchat spoustu bolesti. Ale rozhodnut se vyhledat odbornou pomoc, není nic jednoduchého (Wigneyová, 2009). „*Je hodně těžké přiznat si, že nezvládáte vlastní život*“ (Wigneyová, 2009, s. 121). Lidé mají strach z toho, že je jejich okolí bude vnímat jako slabocha, bojí se toho, že neovládají své emoce a myšlenky a sdělovat své nejnítěrnější pocity v podstatě cizímu člověku také není nic lehkého. Váhání, zda to začít řešit může trvat velmi dlouho. Včasné zahájení léčby je ale pro překonání deprese zásadní (Wigneyová, 2009).

V současné době se deprese nejčastěji léčí pomocí farmakoterapie, nejčastěji antidepresivy. Většina pacientů na ně reaguje, ale jen u někoho je účinek dostatečný. U většiny se rozvine farmakorezistentní forma deprese. Kromě klasické léčby psychofarmaky se využívají i nefarmakologické způsoby léčby deprese, protože pouze léky nejsou v mnoha případech účinné. K často využívaným nefarmakologickým metodám patří psychoterapie, u pacientů s těžší formou deprese pak například elektrokonvulzivní terapie, méně často fototerapie nebo spánková deprivace (Příkryl, 2008). Nicméně nejrozšířenější a ve většině případů také nejosvědčenější u všech typů deprese jsou antidepresiva (Praško, 2008).

„*Vzhledem k častému periodickému průběhu depresivní poruchy probíhá léčba ve třech etapách*“ (Praško, 2008, s. 79). Akutní, která má zmírnit a odstranit depresivní příznaky, a trvá většinou tři měsíce. Druhá, udržovací, etapa má udržet dosažené zlepšení. Po úspěšné akutní léčbě se lidé mohou cítit dobře, ale příznaky jsou pouze překryty léky a po vysazení medikace dochází u 80 % lidí k znovu k znovuvzplanutí deprese (Praško, 2008).

Současná léčba kombinuje psychoterapii a farmakoterapii, přičemž spolupráce klienta a jeho rodinných příslušníků je nezbytná (Anders, Skopová, 2006). Léky umožní rychlý ústup příznaků a psychoterapie pomůže naučit nové, účinnější způsoby, jak řešit problémy (Praško, 2008).

Cílem léčby je odstranit příznaky nemoci, odstranit rizika relapsu a obnovit původní kvalitu života (Praško, 2008).

Ze zkušeností psychiatrů vyplývá, že léčba deprese je účinná téměř u dvou třetin

pacientů, přičemž ke zlepšení depresivních stavů dochází během jednoho až dvou měsíců (Anders, Uhrová, 2005). „*Následně lze dlouhodobou farmakoterapií u velké části nemocných předejít opakování potíží*“ (Anders, Uhrová, 2005, s. 59). Bohužel se užívání léků u části pacientů příliš neosvědčilo. U některých se dokonce jejich stav ještě zhoršil a objevily se vedlejší účinky. Nicméně v současné době jsou antidepresiva u většiny depresí naprostý základ. A po následném zlepšení stavu se doporučuje další terapie, avšak stále s podporou medikamentů (Wigneyová, 2009).

Po stanovení diagnózy je hlavním cílem zmírnit depresivní symptomy a tím i duševní bolest pacienta. Upřednostní se ten postup, který lékař pokládá za nejúspěšnější a bude u něj malé riziko výskytu nežádoucích účinků léčby. Psychosociální a pracovní schopnosti by se měly stabilizovat na úrovni před vypuknutím deprese a rizika relapsu, nebo recidivy by měla být minimální (Anders, Uhrová, 2005).

Pokud se dosáhne správné kombinace antidepresiv a psychoterapie, u většiny lidí se výrazně zvýší šance na uzdravení (Wigneyová, 2009).

1.1.7.1 Farmakologická léčba

Pro většinu lidí je farmakoterapie nejznámějším způsobem léčby deprese (Křivohlavý, 2011).

Nejrozšířenější a nejosvědčenější pro léčbu depresí, co se léků týče, jsou antidepresiva. Jejich předností je snadné podávání a rychlejší kontrola příznaků. Antidepresiva jsou také méně náročná na čas lékaře a pacienta. Jejich nevýhoda spočívá v případném výskytu nežádoucích účinků a v nutnosti sledování hladiny léků při dlouhodobé léčbě (Praško, 2008). Mezi nežádoucí účinky patří například nárůst tělesné hmotnosti, útlum, ztráta sexuálního apetitu, sucho v ústech, únava, tachykardie, poruchy mikce, nebo například zácpa (Anders, Uhrová, 2005).

Účinky antidepresiv nejsou okamžité, ale nastupují zhruba po třech až šesti týdnech. V současné době je dostupná celá řada antidepresiv. Jejich terapeutické účinky jsou podobné, rozdíly se mohou objevit v různě častém výskytu a intenzitě nežádoucích účinků (Praško, 2008).

Při volbě konkrétního léku rozhoduje rychlost nástupu účinku, riziko výskytu a druhu nežádoucích účinků, pohodlnost dávkování, předchozí zkušenosti s lékem, věk a celkový zdravotní stav pacienta, cena a doplatek na léčivo (Praško, 2008). Dalším faktorem je případná dřívější pacientova zkušenost s lékem (Anders, Skopová 2006).

I přes výzkum, jak dlouho by léčba měla trvat, stále ještě není přesná odpověď zřejmá. Někdy se mluví i o celoživotní terapii (Anders, Uhrová, 2005).

Druhy antidepresiv se dělí především podle mechanismu jejich účinku do čtyř generací. Antidepresiva I. generace se využívají již přes 40 let a patří k jedněm z nejlevnější a nejužívanějších. Patří sem například dosulepin, který je nejvyužívanějším antidepresivem této skupiny, dále imipramin, clomipramin, amitriptylin, dibenzepin a nortriptylin. Antidepresiva II. generace jsou pacienty lépe snášena. Z nežádoucích účinků se vyskytuje například sucho v ústech, nauzea, zácpa, nebo poruchy akomodace. Do této skupiny patří maprotilin a mianserin. Antidepresiva III. generace mají tu výhodu, že jsou mnohem bezpečnější při suicidálních pokusech, nepůsobí výrazně sedativně, nezvyšují tělesnou hmotnost a většinou stačí minimální dávka. Mezi nežádoucí účinky patří nauzea, vomitus, průjem, nebo třes. Patří sem fluvoxamin, fluoxetin, sertralin, citalopram, escitalopram, paroxetin, trazodon a rebexetin. Nejnovější jsou antidepresiva IV. generace, mezi která patří venlafaxin, milnacipran a bupropion (Anders, Uhrová, 2005).

S vysazováním antidepresiv je vhodné začít až po šesti až devíti měsících bez příznaků, čímž se předejde recidivě deprese. Na tomto rozhodnutí by se měl podílet i pacient a s případnými obavami se svěřit lékaři. Náhlé vysazení může mít za následek recidivu deprese, v lepším případě nespavost, bolest hlavy, nebo nauzeu (Anders, Uhrová, 2005). Při vysazení je nutné poučit pacienta, že by měl oznámit případný výskyt jakýchkoli symptomů (Anders, Skopová, 2006). Po vysazení se případná nová epizoda deprese objeví nejčastěji do 20. týdne. V takovém případě je nutné zahájit terapii stejným medikamentem a stejnou dávkou, která byla úspěšná při předchozí léčbě (Anders, Uhrová, 2005).

1.1.7.2 Nefarmakologická léčba

Hlavním způsobem nefarmakologické léčby je v dnešní době psychoterapie (Tuček, Chodura, 2005). Základem je profesionálně vedená léčba. Odborník klientovi pomůže určit příčiny (Anders, 2007).

Psychologický přístup by měl prolínat vzájemnou komunikaci mezi lékařem a klientem. Jeho doménou je naslouchání, vcítění, podpora, vedení, podání informací a vysvětlení, povzbuzení a umožnění vyjádřit všechny emoce, které klient prožívá. Zcela kontraproduktivně vyznívají apely na silnou vůli nemocného, mobilizaci jeho sil, nebo dokonce rozptýlení (Průša, 2006).

Klientovi by se mělo dostat srozumitelnou formou co nejvíce informací o depresi a její léčbě (Průša, 2006).

1.1.7.2.1 Psychoterapie

Psychoterapie by se dala označit za léčbu psychologické povahy (Tuček, Chodura, 2005). Využívá psychologických poznatků (Praško, 2008). Jde o léčebné působení psychologickými prostředky, jako je terapeutovo slovo, dialog, neverbální komunikace, evokování emočních vztahů, vytváření psychoterapeutického vztahu a učení novým vzorcům chování (Tuček, Chodura, 2005). Dalším psychologickým prostředkem je sociální kontakt, vztahy mezi lidmi (Křivohlavý, 2011). Vlivem psychoterapie se mění oblast pacientova prožívání i chování (Tuček, Chodura, 2005).

Její cílem často není jen odstranění příznaků deprese, ale i přetváření osobnosti klienta ve smyslu jeho lepší adaptovanosti, větší sociální zašlosti, harmoničtějších interpersonálních vztahů a změny vzorců chování (Tuček, Chodura, 2005). A podpora zdravých částí osobnosti (Praško, 2008). Klient zde také získává emoční podporu, nový racionálnější pohled sama na sebe, může zde znovu prožít traumatizující zážitky a pohled ostatních na svou osobnost (Tuček, Chodura, 2005). Lidé se učí zvládat své problémy a znovu nabývat sebevědomí (Anders, Skopová, 2006). *„Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a*

představami, emocemi a chováním“ (Praško, 2008, s. 86).

Existuje mnoho psychoterapeutických směrů, metod, technik. Z hlediska času ji dělíme na krátkodobou a dlouhodobou, z hlediska počtu klientů na individuální a skupinovou, z hlediska hloubky zásahu na podpůrnou a „odkrývající“ (Tuček, Chodura, 2005). Jedním z druhů psychoterapie je i psychoterapie rodinná a manželská (Praško, 2008). Podpůrné psychoterapie se dostává téměř každému klientovi. Pomáhá člověku vyznat se a porozumět tomu, co se s ním v depresi děje (Anders, Skopová, 2006). Lze ji také dělit na specifickou a nespecifickou. Ze specifické se do popředí dostává kognitivně – behaviorální terapie, která má největší význam u pacientů s mírnou nebo středně těžkou depresí (Anders, Uhrová, 2005).

Terapeut pomáhá klientovi porozumět tomu, co se děje, oddělit zdravé prožívání od nemocného, zmírnit a odstranit patologické prožitky, znovuobnovit žebříček hodnot, najít znovu přiměřenou sebedůvěru a důvěru ve své okolí, vytvořit pocit bezpečí a najít cestu, jak překonat současné problémy. Těžiště psychoterapie může být v rozhovoru, umělecké práci, dramatizaci, psychogymnastice, hraní rolí, nebo v nácviku dovedností (Praško, 2008).

Psychoterapie, podobně jako ostatní léčebné postupy, má své výhody i nevýhody. Mezi hlavní výhodu patří, že ji neprovázejí žádné nežádoucí účinky, jaké mohou provázet psychofarmaka. V některých případech může být efektivní tam, kde farmakologická léčba selhala. Lze ji také využít ke snížení rizika relapsů a recidiv. Její hlavní nevýhodou je zejména to, že ji nelze aplikovat samostatně u středně těžkých, těžkých, nebo psychotických depresí. Psychoterapie je také náročná na čas pacienta i psychoterapeuta. Pro klienta může být i finančně nákladná (Anders, Uhrová, 2005).

Terapeutický proces ovlivňuje řada faktorů a jeho účinek je hodně závislý i na ochotě klienta spolupracovat, ale také na osobnosti psychoterapeuta (Anders, Uhrová, 2005). Psychoterapie předpokládá aktivní přístup. Není to léčba v tom smyslu, že člověk pouze pasivně přijímá a podrobuje se jí (Praško, 2008). Psychoterapeut by měl být speciálně vyškolený lékař nebo klinický psycholog. Musí mít odpovídající vzdělání, schopnost empatie, schopnost akceptovat klienta jako člověka, být autentický a měla by to být stabilní osobnost (Tuček, Chodura, 2005). Měl by se umět do klienta vcítit,

podpořit ho, vést ho a podávat mu informace a vysvětlení. Měl by mu poskytnout reálný pohled na situaci bez kritických připomínek (Anders, Skopová, 2006). Dále by měl mít přirozenou autoritu, srozumitelný projev, schopnost naslouchat (Anders, Uhrová, 2005). Psychoterapeut by neměl být pouze laskavý. Psychoterapie je spíše o nevnucování se a doprovázení, nikoli pomáhání. Psychoterapeut neléčí, pouze klienta při léčbě doprovází. Nikdo zde nedokáže nikoho zachránit (Praško, 2008). „*Lze jen pomoci člověku, aby se zachránil sám*“ (Praško, 2008, s. 87). Již průběh prvního rozhovoru může výrazně ovlivnit klientovu důvěru a další spolupráci. Psychoterapeut by se měl ptát na klientovy symptomy, životní okolnosti, rodinu a také by mu měl vysvětlit podstatu deprese jako nemoci a podat základní informace o vedení psychoterapie. Nicméně hlavním cílem prvního setkání je ustanovení a rozvíjení bezpečného vztahu klienta a psychoterapeuta a případně i zapojení rodiny (Anders, Uhrová, 2005). Je důležité, aby psychoterapeut klienta nepoškodil, aby ho k sobě nepřipoutal a šel včas z cesty, pokud by bránil dalšími rozvoji (Praško, 2008).

Klient má svobodnou volbu psychoterapeuta. Měl by proto dbát na to, aby se s ní cítil dobře, aby byl psychoterapeut chápavý k jeho problémům a zda se cítí psychoterapeutem přijímán takový, jaký je (Praško, 2008).

Efekty psychoterapie se většinou dostaví později než u farmakologické léčby, ale mívají trvalejší charakter. Bohužel nebývá účinná u každého a mnoho lidí ji ani nedokončí (Anders, Uhrová, 2005). U lidí s těžkou depresí je málo účinná (Praško, 2008). „*Může však pomoci v době, kdy depresivní fáze odeznívá*“ (Praško, 2008, s. 86). U nichž deprese probíhá lehkou nebo středně těžkou formou je ale velmi účinná. Zkracuje dobu léčby a lidé s lehkou formou deprese nemusí brát ani antidepresiva (Praško, 2008).

1.1.7.2.2 Sociální práce

„*V americké teorii sociální práce se poněkud nepřesně a nepřiliš jasně mluví o „umění“ a „vědě“ této profese*“ (Řezníček, 1994, s. 23). Přičemž uměním je myšlena

kombinace nadání, zkušeností, osobních hodnot a intuitivní tvořivosti. Sociální pracovníci využívají ve vztahu s klientem jedinečnost své osobnosti. Sociální pracovník jako cizí člověk musí získat důvěru svých klientů. Měl by být empatický, vřelý, opravdový. Měl by být schopen vcítit se do situace klienta, mít k němu respekt a prokazovat zájem o něj i o jeho situaci, aby své klienty motivoval ke spolupráci. Dalšími důležitými vlastnostmi jsou tvořivost a flexibilita. Problémy klientů nabízejí často několik možných variant řešení, mezi kterými by měl sociální pracovník vybrat pro klienta to neoptimálnější. Dále je významná také schopnost adekvátně zvažovat situace klientů, k čemuž jsou zapotřebí určité zkušenosti. Zde hrají důležitou roli základní hodnoty sociálního pracovníka a jeho osobního pojetí toho, co je v sociálním smyslu „dobře“ a co „špatně“ (Řezníček, 1994).

Sociální služby jsou poskytovány v třech formách. A to jako služby ambulantní, pobytové nebo terénní (Česko, 2006).

a) Sociální poradenství – Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Cílem sociálního poradenství je poskytování informací potřebných k řešení nepříznivé sociální situace klientů. Poskytnutí základní sociální poradenství musí být povinně zajištěno všemi poskytovateli sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby specifických skupin (Česko, 2006).

b) Služby sociální péče – Tyto služby pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a umožnit jim zapojení do společnosti. V případech, kdy tohle jejich stav vylučuje, jim pomáhají zajistit důstojné prostředí a zacházení (Česko, 2006). „Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí“ (Česko, 2006, s. 112). Co se osob s depresí týče, patří sem zejména služby následné péče, denní popřípadě týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení (Česko, 2006).

c) Služby sociální prevence – Tyto služby pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, kteří jsou jím ohroženi pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Pro osoby s depresí jsou

to zejména služby následné péče, terapeutické komunity, sociální rehabilitace (Česko, 2006).

1.1.8 Prevence deprese

Proti obecně přijímanému mínění, že duševní zdraví buď máme, nebo nemáme, stojí poznatek, že duševní zdraví si vytváříme. Pokud převládají pocity jako důvěra v okolí, autonomie, iniciativa, identita a nezávislost, člověk si vytváří pozitivní duševní zdraví. Naopak pocity jako nejistota, stud, vina, méněcennost, izolace, nebo pochybnosti o vlastní osobě dávají prostor rozvoji deprese (Tuček, Chodura, 2005).

K prevenci deprese patří určitě přijetí problémů a připravení se na změnu. Dále je také důležité, mít se komu svěřit, probrat to, co nás trápí, s někým, kdo nám bude schopen a ochoten poskytnout podporu. Rozhovor nejenže člověku ulehčí, může dokonce i nabídnout řešení. Přítel nám může poskytnout názor na vaši situaci, který by nás osobně třeba ani nenapadl (McKenzie, 2001). *„Lidé se často cítí lépe, když se vypovídají. Otevřené přiznání, že tu problémy jsou, bývá často východiskem k práci na jejich řešení“* (McKenzie, 2001, s. 39). Problém je, že spousta lidí v depresi se stáhne do sebe a myslí si, že kdyby se někomu pokusili svěřit, byli by mu jen na obtíž. A to je činí ještě depresivnějšími (McKenzie, 2001).

Když člověk cítí, že mu není dobře a vše se mu obrací vzhůru nohama, je dobré si dát pauzu. I kdyby to měl být jen jeden den. Promyslet si v klidu své problémy, když „nejsme přímo v nich“ (McKenzie, 2001).

Dále je k dobré změnit svůj životní styl. K tomu většina lidí potřebuje pomoc. Je důležité být v kontaktu s lidmi, umět se něčím zaměstnat, najít si nějaké koníčky. To lidi vyvede z neustálého rozebírání vlastních problémů. Důležité je také naučit se zvládat stres. Nejlepší je snížit množství stresu, umět stres dobře uvolňovat. K tomu je třeba se naučit, jak správně odpočívat (McKenzie, 2001). V depresi je mysl nejčastěji rušena depresivními automatickými myšlenkami, a proto bývá velmi těžké se uvolnit. Relaxace je jedním z přirozených a jednoduchých způsobů, jak zvládat stres. Uvolňuje svalstvo i mysl. Slouží k očištění duše. Je to stav psychického i fyzického uvolnění.

Neznamená to spát si, nebo se rozptýlit. Uvolnění totiž často nepřináší ani spánek, který může být přerušovaný (Praško, 2008). „*Během relaxace se lidský organismus regeneruje rychleji než při spánku. Zbavuje se nahromaděného psychického napětí. Relaxace znamená soulad psychického i tělesného uvolnění*“ (Praško, 2008, s. 146).

1.2 Deprese ve stáří

Deprese není atributem běžného stáří. Je to závažné onemocnění, které zatěžuje nejen seniora samotného, ale i jeho blízké (Pidrman, 2005). V této životní etapě je deprese častým onemocněním, jehož rozpoznání může být komplikováno atypickým průběhem a symptomatologickými specifiky. Pokud není adekvátně léčena, výrazně zhoršuje kvalitu života, komplikuje léčbu somatických onemocnění a může vyústit až v suicidální jednání (Kubínek, 2008). Deprese patří k nejvážnějším psychiatrickým problémům seniorů. Často je poddiagnostikovaná a neléčená, i přesto že negativně ovlivňuje jak samotného člověka, kterého postihne, tak i jeho okolí (Kovářová, 2003).

Ke stáří patří situace, které mohou depresi vyvolat, což ale neznamená, že by tato nemoc neměla být v tomto období přehlížena. Se seniorem je v častém kontaktu jeho praktický lékař a je tak hlavně na něm, aby případnou depresi rozpoznal a začal ji léčit (Drástová, Krombholz, 2006).

Klinický obraz deprese ve vyšším věku je oproti mladšímu a střednímu věku rozdílný. Ve stáří jsou příznaky deprese modifikovány procesem stárnutí a polymorbiditou. Kombinace deprese s procesy stárnutí vytváří nový průběh tohoto onemocnění, čímž se mění i léčba (Musil, 2006). Deprese je ovlivněna fyziologickým procesem stárnutí, možnými patologickými změnami, případnou probíhající léčbou (Pidrman, 2007). Příznaky deprese ve stáří bývají často zaměňovány s příznaky demence. Senioři jsou často přesvědčeni, že už se objevila „skleróza“ a že už budou jenom na obtíž. Většinou mají problém se soustředěním, který vede k výpadkům paměti, což je typický příznak deprese ve stáří (Praško, 2008). Objevuje se například i výrazná úzkost, nebo kognitivní problémy. Deprese ve stáří ovlivňuje sociální život a je příznačným ukazatelem suicida v této životní etapě (Kovářová, 2003).

S postupujícím věkem narůstají počty nemocných. Asi u 30 % lidí starších šedesáti let byla diagnostikována nějaká duševní choroba (Musil, 2006). A asi 20 % seniorů má určité příznaky deprese (Nedley, 2007). Významný je zde vztah mezi somatickou a psychickou stránkou seniora. Asi u poloviny psychicky nemocných seniorů se současně objevuje i nějaké somatické onemocnění (Musil, 2006). To, spolu s vyšším výskytem negativních životních událostí, komplikují přesné rozpoznání deprese u seniora (Kovářová, 2003). Mnoho seniorů se ani na poruchy nálady nestěžuje, buď se u nich deprese maskuje za somatické potíže, nebo senioři tyto problémy považují za daň stáří (Drástová, Krombholz, 2006). Nicméně často zlepšení somatického stavu vede k výparnému zlepšení i psychické stránky (Musil, 2006). Důležitá je otázka prognózy deprese v pozdějším věku (Musil, 2006). „*V minulosti se uvádělo, že duševní choroba ve stáří je těžko ovlivnitelná, což vedlo k pesimistickým názorům, že léčba duševních alterací ve stáří je bezpředmětná*“ (Musil, 2006, s. 131). Naštěstí dlouhodobé studie podaly jiné výsledky. Senioři, u kterých se objevila deprese, mají stejnou naději na vyléčení jako ostatní (Musil, 2006). Prevence a léčba deprese u seniorů je jedním z neúčinnějších cílů intervence zaměřené na snížení tělesného úpadku a na prodloužení fyzické zdatnosti seniorů (Nedley, 2007). U deprese ve vyšším věku hraje menší roli dědičnost. Genetická predispozice pro depresi se snižuje s věkem. Naopak významnějšími faktory jsou strukturální změny na centrální nervové soustavě a psychosociální stres (Češková, 2007).

1.2.1 Stáří a stárnutí

Na rozdíl od dřívějších dob není seniorský věk výsadou pouze několika málo šťastlivců. Stáří se dožívá většina z nás. To je samozřejmě dobře, každý se chce jistě dožít vysokého věku. Na druhou stranu je ale tento věk v současné době zatížen vysokou nemocností, polymorbiditou a zhoršováním fyzické a psychické zdatnosti a soběstačnosti (Topinková, 2005).

Stáří se stalo součástí našeho života. Díky medicínskému pokroku se prodlužuje délka života nejen zdravých lidí, ale i těch, kteří trpí nejrůznějšími nemocemi. V poslední době se ale stále častěji mluví i o kvalitě života, nejen o jeho délce

(Venglářová, 2005). Existuje mnoho seniorů, kteří si přes veškeré potíže snaží provozovat nejrůznější aktivity. Bohužel ale ne všichni (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Postoj dnešní společnosti k seniorům a ke stáří je všeobecně spíše negativní. Stáří je chápáno jako období, kdy člověk nemusí chodit do zaměstnání, neprožívá nové zážitky a tělesná, psychická a sociální stránka jeho osobnosti pouze chátrají (Pichaud, Thureauová, 1998). V dnešní době, a určitě nejen dnes, jsme často svědky i takových situací, kdy je senior přehlížen, nebo mu není projevován respekt. Naneštěstí je dnes mnoho seniorů závislých na péči druhých, v optimálním případě své vlastní rodiny. Ta ji ale v mnoha případech nemůže, nebo dokonce odmítá poskytnout, a přesouvá ji proto na nejrůznější zdravotní a sociální instituce. Navíc zde hraje roli jeden negativní důsledek celkového prodlužování věku populace. A to, že mnoho dětí dnešních seniorů jsou již sami v seniorském věku (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Pojmem stáří jsou označovány poslední fáze ontogenetického vývoje. Je to projev a důsledek funkčních a morfologických změn v našem organismu. Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů, vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou příčinou obtížného vymezení pojmu stáří. Ve většině případů dělíme stáří na kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří můžeme sice jednoznačně vymezit, ale nevystihneme jím jednotlivé individuální rozdíly (Kalvach et al., 2004). Vymezit počátek seniorského věku je značně problematické. Rozdělení jednotlivých věkových kategorií se v různých státech liší. V evropských zemích je jako jeho počátek většinou uváden odchod do penze, tedy věk kolem 65i let (Žáková, 2011). Stáří lze rozdělit na rané stáří (60 – 74 let), vlastní stáří, neboli sénium (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 let a více) (Haškovcová, 2010). Sociální stáří se zabývá především změnou sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Snaží se pracovat s rizikem deprese, ztrátou společenského statutu, osamělosti u seniorů, nebo například ageismem. U sociálního stáří můžeme celkem dobře vymezit jeho začátek, a to když senior uplatní svůj oprávněný nárok na penzi (Kalvach et al., 2004). *„Proti tradičnímu pojetí pensiování a proti nebezpečným pojmům „produktivní – postproduktivní“, evokujícím představu stařecké neužitečnosti, staví koncept celoživotního osobnostního rozvoje, celoživotního vzdělávání, celoživotní seberealizace a společenské participace občanské*

s proměnlivými formami výdělečné činnosti s podporou inkluzivně orientovaných sociálních služeb“ (Kalvach et al., 2004, s. 47). Biologické stáří označuje konkrétní míru involučních změn u daného jedince. Při jeho posuzování se hodnotí funkční stav, výkonnost jako souhrn příznaků počínajícího stáří, kondice a patologie (Kalvach et al., 2004).

Pro stáří je charakteristické, že tělo funguje pomaleji a může být poznamenáno určitými funkčními omezeními. Ale je důležité dívat se na stáří i z té poštovní stránky. Stáří lze také charakterizovat slovy jako moudrost, shovívavost, schopnost vidět věci a lidi do hloubky, nebo nacházet smysl života a smrti. Stáří tedy nepředstavuje pouze úpadek (Pichaud, Thareauová, 1998).

Stárnutí neboli involuce, je nevratný, univerzální proces, který však stále jen s obtížemi definujeme. Postihuje prakticky všechny orgány. Organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i vnějšího prostředí, ztrácí adaptační schopnosti a snadno dochází k dekompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku (Topinková, 2005). *„Involuční změny a současná mnohačetná orgánová patologie charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny“* (Topinková, 2005, s. 8). Proces involuce probíhá už od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Změny, které v rámci involuce probíhají, jsou variabilní, individuální, a jejich věkový nástup se liší nejen u jednotlivců, ale i mezi jednotlivými orgány. Jde o složitý komplex dějů, které se vzájemně prolínají a podmiňují. Důsledkem těchto změn je stáří (sénium), na které má velký vliv i prostředí (Kalvach et al., 2004). *„Stárnutí provází stoupající pravděpodobnost úmrtí. Zhruba od 30 let věku je stárnutí považováno za hlavní příčinu mortality“* (Kalvach et al., 2004, s. 67). Zapříčiňuje zvýšení výskytu chyb, zhoršuje fungování organismu, i adaptabilitu. Otázkou zůstává, zda existuje přirozená smrt pouze jako důsledek involučních změn, např. v důsledku zpomalení krevního průtoku (Kalvach et al., 2004).

Stárnutí je multifaktorový proces. Zatím není jasné, jestli je převážně procesem programovaným, determinovaným, nebo nahodilým, a jestli je povaha změn spíše genetická, nebo epigenetická (Kalvach et al., 2004).

1.2.2 Charakteristika deprese ve stáří

Přestože se deprese ve stáří objevuje často, bývá zpravidla přehlédnuta, protože se skrývá za tělesné příznaky nebo navazuje na tělesné onemocnění. A výrazně zvyšuje na tato onemocnění úmrtnost (Praško, 2008). Mezi takové příznaky patří bolest zad, dolních končetin, břicha, nebo celého těla (Musil, 2006). Somatizace deprese vede k tomu, že se tělesná onemocnění hůře léčí a následně rehabilitují (Praško, 2008).

Významnou roli zde hrají biologické faktory. Především změny, ke kterým dochází i u seniorů, kteří nejsou depresivní (Češková, 2007).

Deprese ve stáří má podobné příznaky jako u mladších lidí, jsou tu ale některé rozdíly. Senior si spontánně nestěžuje na depresivní náladu, i když je pokles nálady zřejmý, častější je přetrvávající anhedonie, úbytek hmotnosti, psychotické příznaky a suicidální jednání. Dalšími příznaky jsou ztráta zájmu, nebo prožitku radosti, snížená energie a zvýšená unavitelnost (Češková, 2007). Senioři jsou většinu dne unavení, aniž by více pracovali (Musil, 2006). Dalšími symptomy jsou ztráta sebedůvěry, výčitky, suicidální úvahy a suicidální jednání, nesoustředěnost, nerozhodnost, útlum, snížená nebo naopak zvýšená chuť k jídlu, nebo poruchy spánku (Češková, 2007). Brzy se probouzí a přes den mají pocit ospalosti (Musil, 2006). I když mají více problémů s kognitivními funkcemi, nestěžují si na ně více než lidé ve středním věku. Naopak častěji se objeví úbytek hmotnosti, vyšší výskyt suicidální jednání, psychotické příznaky a anhedonie. Ta patří k hlavním příznakům deprese u seniorů. K diagnostice deprese by depresivní nálada měla trvat minimálně dva týdny (Češková, 2007).

Senioři jsou smutní bez zjevné příčiny, pláčou a neví proč, nedokážou se pro nic nadchnout, z ničeho se těšit prožít radost. Ztrácí zájem o činnosti, nemohou se soustředit a něco dokončit (Musil, 2006). Senioři v depresi mají méně často pocity viny, než ostatní, kteří jsou v depresi (Češková, 2007). A život pro ně ztrácí smysl. To vše je nakonec dovede k myšlenkám, že jsou všem na obtíž a že by bylo lepší zemřít (Musil, 2006). „*Od obecných úvah o sebevraždě je pak již jen krůček ke konkrétnímu promýšlení o způsobu provedení sebevraždy*“ (Musil, 2006, s. 136).

Vzhled seniora, který má depresi, je nápadný. V obličeji má utrpení, skleslost a

prohlubují se mu vrásky. Každý pohyb je pro něj obtížný (Musil, 2006).

1.2.3 Výskyt deprese ve stáří

Deprese je po poruchách paměti jedním z nejčastějších a nejvíce zneschopňujících syndromů ve stáří (Češková, 2007). Depresivní symptomy se vyskytují o něco častěji u žen než u mužů (Kalvach, et al., 2004). Podle zahraniční studie je prevalence deprese 1,4 % žen a 0,4 % mužů ve věku nad 65 let. Tato čísla jsou nižší než u mladší generace (Pidrman, 2005). Možná kvůli tomu, že deprese u seniorů bývá méně často diagnostikovaná než u mladších lidí (Češková, 2007). Nebo i z toho důvodu, že takhle procenta vyjadřují plnou depresi, ne každý depresivní symptom u seniorů. Depresivní příznak se vyskytl nejméně u 10 % seniorů. U populace, která je pravidelně sledována lékaři se objevují odlišné nálezy (Pidrman, 2005). Vyšší výskyt deprese u seniorů se objevuje u seniorů žijících v sociálních zařízeních, nebo osamělých. Takzvaná velká deprese se ve stáří objevuje méně často (Kalvach, et al., 2004).

U seniorů vysoce pokročilého věku se deprese objevuje méně často (Kalvach, et al., 2004).

„Epizody depresivní poruchy mohou začínat po 65. roce věku, obvykle jim ale předchází několik atak v mladším či středním věku“ (Musil, 2006, s. 136).

Depresivní příznaky mohou být také součástí některých dalších psychických nemocí (Pidrman, 2005). Například v rámci syndromu demence (Kalvach et al., 2004).

Vzhledem k obtížné verbalizaci prožitků seniory a soustředění se hlavně na tělesné potíže je přítomnost deprese ve stáří často nedoceněna. Je přehlížena, nediodagnostikována a neléčena, nejen u mírných, ale dokonce i u středně těžkých depresí. Bohužel deprese je nejčastějším důvodem seniorů k pokusům o suicidium (Pidrman, 2005).

1.2.3.1 Rizikovní senioři

U seniorů s malignitou a u seniorů, kteří prodělali infarkt myokardu, se deprese vyskytuje až ve 45 %. Do dvou se deprese objeví až u 50 % seniorů po akutní cévní mozkové příhodě. Mezi další nemoci, u kterých je riziko výskytu deprese, patří Parkinsonova choroba a Alzheimerova demence (Pidrman, 2005). Vyšší výskyt deprese bývá u seniorů žijících v sociálních zařízeních a u osaměle žijících seniorů (Kalvach et al., 2004).

Další senioři, které bychom mohli považovat za tzv. „rizikové“ jsou senioři, nesoucí rodičovskou zodpovědnost za děti nebo dospívající. V dnešní době, kdy jsou rozvody běžnou součástí našeho života, se o děti po rozvodu rodičů starají prarodiče. Podle statistik je právě u těchto seniorů riziko vzplanutí deprese dvojnásobné. Tito senioři jsou také častěji práceneschopní. Navíc v případě, že veškerá péče o vnoučata závisí na jejich prarodičích, je riziko vzniku deprese mnohem vyšší (Nedley, 2007).

1.2.4 Příčiny deprese ve stáří

Deprese u seniorů má různé příčiny, které se často kombinují (Drástová, 2006). Častým spouštěčem deprese v tomto období života je ztráta. Ztráta partnera, přátel, kontaktu s dětmi, tělesného zdraví, kariéry, nebo soběstačnosti. Dalším spouštěčem mohou být konflikty ve vztazích, učení se nové životní role, jako například odchod do důchodu, změna prostředí, anebo sociální izolace (Praško, 2008). Dále například úmrtí v rodině, osamostatnění dětí, přestěhování, manželské neshody (Musil, 2006).

Za nejzávažnější ztrátu lze považovat smrt člena rodiny (Musil, 2006). Především ztrátu životního partnera (Kalvach et al., 2004). Zejména proto, že ztrátou trpí starší člověk více než mladší. Navíc s věkem klesají šance na nalezení nového partnera (Musil, 2006).

Mnoho seniorů také v tomto období prožívá demoralizaci a zoufalství, které pramení ze změn ve stáří a pocitu, že nesplnili svoje celoživotní očekávání. Musí se adaptovat na mnoho životních změn, jako například ztráta interpersonálních kontaktů,

somatická onemocnění, nebo nesoběstačnost (Češková, 2007).

U některých seniorů jde o periodicky se opakující deprese, kdy se u nich deprese objevila už v mladším věku. V tomto věku se u nich deprese ještě více prohloubí a stává se protrahovanou. V takovém případě diagnostika nečiní větší potíže a senior je léčen u psychiatra. Deprese se ale může objevit poprvé až ve stáří (Drástová, 2006).

Mezi rizikové faktory patří ženské pohlaví, věk nad 60 let, pozitivní psychiatrická anamnéza, přítomnost tělesného, zejména chronického, onemocnění, abúzus alkoholu a léků, bolest, zhoršená pohyblivost, sociální izolace, ztráta partnera a v neposlední řadě očekávání smrti (Drástová, 2006).

Často se deprese u seniorů objeví v souvislosti se somatickým nebo neurologickým onemocněním. Spouštěčem může být virové, endokrinologické, nebo maligní onemocnění, infarkt myokardu, nebo například různé metabolické poruchy (Češková, 2007).

1.2.5 Příznaky a projevy deprese ve stáří

Specifické symptomy, kterými se projevuje deprese u seniorů, lze rozdělit na subjektivní a objektivní. K subjektivním řadíme zaujetí tělesnými obtížemi, úzkosti, nespavost, nechutenství, subjektivní pocit zhoršení kognitivních funkcí, ztráta zájmů, pokles nálady, nebo beznadějí. Mezi objektivní patří například somatizace, snížené sebehodnocení, výčitky, nedostatek emočních reakcí, apatie, hypobulie, hypoergie, pokles nálady, myšlenky na smrt, sebepoškozování, nebo obsedantní příznaky (Kubínek, 2008).

Dále například nepohodu, zdůrazňování neschopnosti, malé úsilí zodpovídat otázky, stížnosti na kognitivní schopnosti. Na otázky senioři často odpovídají „nevím“. Oproti tomu pozornost a koncentrace se jeví v pořádku (Kubínek, 2008).

Deprese u seniorů má datovaný začátek s rychlou progresí (Kubínek, 2008).

1.2.6 Typy deprese ve stáří

„Deprese pozdního věku často vzniká v souvislosti se somatickými a neurologickými onemocněními“ (Češková, 2007, s. 229). Takový typ deprese se nazývá sekundární a vyznačuje se depresivní náladou, nebo anhedonií. Častá je deprese na bázi organického postižení centrální nervové soustavy a u somatických nemocí (Češková, 2007).

Ve stáří se deprese objevuje často v rámci jiných onemocnění. Jako například bipolární afektivní porucha, rekurentní depresivní porucha, depresivní fáze, nebo třeba dystymie (Kalvach et al., 2004).

1.2.7 Léčba deprese ve stáří

Detekce a léčba deprese u seniorů je nízká. Cílem léčby je redukce příznaků, včetně suicidálního jednání, relapsů, zlepšení kognitivních funkcí, nácvik dovedností, které nemocnému pomohou vypořádat se s projevy deprese. V případě lehké formy deprese je dostačující psychoterapie, hlavně u pacientů, kde hraje roli stresový faktor, u těžších forem je nezbytná farmakoterapie (Češková, 2007).

Účinnost antidepresiv je u seniorů stejná jako u osob mladší věkové kategorie. Preferují se léky s minimálními kardiovaskulárními účinky. Jsou to hlavně desipramin a nortriptylin. Nejčastěji využívané jsou ale fluoxetin, sertralin a citalopram. Preferován je citalopram pro minimální riziko interakcí. Tato antidepresiva jsou bezpečná a dobře snesitelná (Češková, 2007).

Doporučuje se začít nižšími dávkami (Češková, 2007).

Senioři často sami vysadí léky, protože mají pocit, že by měli depresi zvládnout sami, nebo že už ji zvládnou sami. Lékař by měl mít nejen patřičné znalosti, ale i empatii a dostatek času na pacienta. Měl by jemu i jeho blízkým srozumitelně vysvětlit patřičné informace (Češková, 2007).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem bakalářské práce je zjistit povědomí (informovanost) seniorů o depresi.

2.1 Cíl práce

Pro účely bakalářské práce byl stanoven tento cíl:

Zjistit povědomí seniorů o depresi v Domově pro seniory Máj, p.o. v Českých Budějovicích.

2.2 Výzkumné otázky

S ohledem na cíl bakalářské práce jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

HVO: Jaké je povědomí seniorů o depresi?

DVO: Jaká je léčba deprese z pohledu seniorů?

Operacionalizace pojmů

Deprese – onemocnění, klasifikované jako porucha nálady (Baštecká, 2003)

Domov pro seniory Máj České Budějovice – příspěvková organizace, určena pro osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, nebo zdravotního postižení, chronického duševního onemocnění, Alzheimerovy demence a ostatních typů demencí, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (ANTEE, 2013)

Informovanost – poučenost, zasvěcenost (Radek Kučera, 2008)

Odlehčovací služby – terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o něž je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí (Česko, 2006)

Pobytová sociální služba – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (Česko, 2006)

Povědomí – povšechná znalost, vědomost, vědomí vztahu, vyšší stupeň nějakého uvědomování, vyskytující se jako kolektivní jev (Slovník.sk, 2013)

Senior - člověk starší šedesáti let (Haškovcová, 2010)

Služby sociální péče – napomáhají osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost, jejich cílem je umožnit dotyčným v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, v případech, kdy toto vylučuje jejich zdravotní stav, zajisti jim důstojné prostředí a zacházení (Česko, 2006)

Sociální pracovník – profesionál, který řeší sociální problémy, zprostředkovává pomoc při řešení těchto problémů, snaží se zabránit jejich vzniku a vyhocení, sociální práci pojímá jako službu klientům (Mahrová, 2008)

3 METODIKA

3.1 Použité metody sběru dat

Pro zpracování bakalářské práce jsem použila kvalitativní výzkum, metodu dotazování, realizovanou technikou polořízených rozhovorů (Hendl, 2005).

Na začátku kvalitativního výzkumu se určí kvalitativní otázky, které se mohou v průběhu výzkumu modifikovat. Z tohoto důvodu se kvalitativní výzkum považuje za pružný typ výzkumu. Sběr dat a jejich analýza probíhá v delším časovém intervalu. Respondenti jsou vybráni záměrným výběrem. Analýza dat a jejich sběr probíhají současně. Výsledky obsahují podrobný popis místa zkoumání a citace z rozhovorů (Hendl, 2005).

K výběru výzkumného vzorku byla použita metoda záměrného (účelového) výběru, která je zřejmě nejrozšířenější metodou kvalitativního výzkumu. Výběr výzkumného souboru je prováděn podle jeho určitých vlastností. Kritériem výběru je právě ta určená vlastnost. Na základě stanoveného kritéria tedy cíleně vyhledáváme, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006). V tomto případě byl kritériem k výběru respondentů souhlas klientů Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích, kde jsem získávala data pro mou bakalářskou práci, souhlas s uskutečněním rozhovoru, a Škála deprese dle Yessavage (viz Příloha 2), kterou jsem otestovala, zda klienti sami netrpí depresí. Pro zachování anonymity respondentů jsem uváděla pouze jejich pohlaví, věk, vzdělání a délku jejich pobytu v „Domově“.

Polořízený (polostrukturovaný) rozhovor je asi nejrozšířenější metodou interview, protože řeší mnoho nevýhod nestrukturovaného i plně strukturovaného rozhovoru. Oproti nestrukturovanému rozhovoru vyžaduje náročnější přípravu. Vytvoří se okruhy otázek, které budou pokládány respondentům. Často možné zaměňovat pořadí okruhů. Některé pasáže jsou ponechány více na tazateli, jako například znění a pořadí jednotlivých otázek. Při použití polořízeného rozhovoru je vhodné použít následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi respondenta, čímž si tazatel ověří, zda respondenta správně pochopil (Miovský, 2006).

Výsledky byly zpracovány metodou zachycení vzorců („gestaltů“). Základní

princip této metody spočívá v tom, že v získaných datech vyhledáváme určité opakující se vzorce, které zaznamenáváme. Jde o vyhledávání určitých obecnějších vzorců, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům, vázaným na určitý kontext, osobu, atd.. Přitom dochází k určité redukci, když je původní bohatost a jedinečnost pozorovaných jevů nahrazena obecnějším vzorcem, na základě vzájemné podobnosti, nebo odlišnosti (Miovský, 2006).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili klienti Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích, konkrétně tři ženy a dva muži ve věku 82 až 90 let, s různou délkou pobytu v „Domově“, od dvou do šesti let, a různým vzděláním. Tři z nich vystudovali střední odborné učiliště, dva respondenti měli ukončené středoškolské vzdělání (viz Tabulka 1). Respondenti byli vybráni záměrným výběrem. Čtyři respondenti jsou ve věku 82 až 89 let. Kalvach et al. (2004) věk od 75 do 89 let označuje jako vlastní stáří, neboli sénium. Jedné respondentce bylo v době výzkumného šetření 90 let. Kalvach et al. (2004) věk od devadesáti let nazývá dlouhověkostí.

Výzkum jsem realizovala v Domově pro seniory, protože dle literatury je větší riziko výskytu deprese u seniorů žijících v sociálních zařízeních než u těch, kteří žijí ve vlastním, přirozeném sociálním prostředí. Proto jsem považovala za důležitější, aby hlavně tito senioři měli povědomí o depresi.

3.3 Realizace výzkumu

Realizaci výzkumu předcházela sekundární analýza dat. Studium odborné literatury, odborných časopisů a internetových zdrojů.

Původně měl být výzkum realizován v Domově důchodců Dobrá Voda, kde ale probíhala rekonstrukce, takže místo výzkumu muselo být změněno, a tak byl výzkum realizován začátkem měsíce dubna v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích. Výzkumu se účastnilo pět respondentů, klientů sociálních služeb Domova pro seniory

Máj v Českých Budějovicích.

K získání potřebných dat jsem si zvolila šest okruhů rozhovoru. Jednotlivé odpovědi respondentů jsem nenahrávala na diktafon, ale zapisovala je do Záznamových archů polořízených rozhovorů (viz Příloha 1).

4 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou shrnuty odpovědi jednotlivých respondentů, které jsem získala z jednotlivých rozhovorů, prostřednictvím tabulek a přímých odpovědí jednotlivých respondentů. Celkem odpovídalo 5 seniorů na 25 otázek, rozdělených do pěti okruhů. Pro zachování anonymity jsem respondenty ve výsledcích práce a diskuzi označila Respondent č. 1 – 5. Dotazování mohli uvádět i více odpovědí. Rozhovory byly analyzovány a následně porovnávány. V rámci porovnávání jsem vyhledávala opakující se vzorce, shody a rozdíly v názorech na depresi.

Struktura rozhovoru a Škála deprese dle Yessavage jsou uvedeny v kapitole Přílohy.

Tabulka 1. Demografické údaje respondentů

	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka pobytu
Respondent č. 1	Žena	84 let	Střední odborné učiliště	5 let
Respondent č. 2	Žena	89 let	Střední škola s maturitou	3 roky
Respondent č. 3	Žena	90 let	Střední škola s maturitou	2 roky
Respondent č. 4	Muž	82 let	Střední odborné učiliště	4 roky
Respondent č. 5	Muž	85 let	Střední odborné učiliště	6 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvořilo 5 osob, seniorů, z toho 3 ženy a 2 muži ve věku od 82 do 90 let s různým vzděláním a délkou pobytu v zařízení od dvou do šesti let. Výsledky jsou specifické pro tuto skupinu seniorů.

4.1 Výsledky hlavní výzkumné otázky

Pro získání informací k hlavní výzkumné otázce jsem respondentům položila následující otázky.

Otázka č. 1 zněla: „Co je podle Vás deprese?“

V odpovědi na tuto otázku se shodli vždy maximálně dva z dotázaných. Odpovědi, ve kterých se dotázání shodli, jsou tučně, kurzívou.

Respondentka č. 1 popisuje depresi slovy: „**strach**, tlak na hrudi, ztráta, **samota**, nemít si s kým popovídat, nespavost, nezáměr okolí, nemít si komu postěžovat, obava cokoli udělat, potíže s pamětí“. Respondentka č. 2 se s ní shodla, když odpověděla také „**strach**“. Jinak ale byla její odpověď rozdílná. Uvedla: „*bolí vás celý člověk, smutek, skepse, špatné soužití s manželem, který byl zlý, myšlenky na smrt, psychická a fyzická bolest, introverze, nechut' ke společnosti, melancholie*“. Ke své odpovědi dodala ještě „**pláč**“, čímž se shodla s Respondentem č. 4, který ve své odpovědi uvedl „**pláč**“ také. Dále ještě odpověděl: člověk „*se třese, vymýšlí si nemoci*“, „*strach z nemocí, nezastavitelný pláč, vše lidem vadí*“.

Respondent č. 5 uvedl: „**smutek**, neschopnost, **samota**“. Smutek uvedla i Respondentka č. 2, samotu uvedla Respondentka č. 1.

Odpověď Respondentky č. 3 se neshodovala ani s jednou z předchozích. Ta uvedla: „*člověk má pocit, že je vše proti němu, skleslost, člověk se změní, beznaděj, pocit, že nic nedokáže, sráží ho neúspěchy, bezmoc*“.

Otázka č. 2 zněla: „**Myslíte si, že se deprese u seniorů oproti depresi u ostatních věkových skupin nějak liší? Pokud ANO, jak? Pokud NE, proč?**“

Respondentka č. 1 odpověděla, že deprese u seniorů se neliší od ostatních věkových skupin. Shodla se pouze s Respondentkou č. 3, která si myslí to samé. Respondentka č. 3 svou odpověď ještě zdůvodnila tím, že: „*deprese je deprese, je jedno u jaké věkové kategorie*“.

Ostatní z dotázaných se domnívají, že deprese u seniorů se oproti depresi u ostatních věkových skupin liší. Dva z nich si myslí, že deprese ve stáří je intenzivnější než v mladším věku. Respondentka č. 2 se domnívá, že: „*větší intenzita příznaků je ve stáří*“. Shodla se tak s Respondentem č. 5, který uvedl, že: „*ve stáří je to horší*“. Respondent č. 4 je toho názoru, že: „*u mladších vzniká deprese z přepracovanosti*“.

Otázka č. 3 zněla: „**Jak dlouho by podle Vás měly trvat stavy smutku, beznaděje, zoufalství, aby byla diagnostikována deprese?**“

Z odpovědí vyplynulo, že tuto problematiku má každý z respondentů jiný názor.

Respondentka č. 1 uvedla, že k diagnostikování klinické deprese stačí, aby člověk

pociťoval příznaky „*sedm až čtrnáct dní*“. Ostatní senioři mají úplně jiný názor. A žádný z nich se neshoduje s nikým z ostatních respondentů.

Podle Respondentky č. 2 k diagnostikování deprese stačí „*několik hodin*“ trvání těchto stavů. Respondentka č. 3 se domnívá, že je to „*jeden měsíc*“. Respondent č. 4 uvedl „*jeden rok*“. Respondent č. 5 se domnívá, že to jsou „*tři měsíce*“.

Otázka č. 4 zněla: „**Co všechno se může stát, pokud člověk podcení příznaky deprese?**“

Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že čtyři z pěti dotázaných se shodli na tom, že když jedinec podcení příznaky deprese, může v krajním případě spáchat sebevraždu. Pouze Respondentka č. 1 uvedla, že člověk může být hospitalizován v nemocnici na psychiatrickém oddělení. Ostatní respondenti se shodli, že deprese a pocity s ní spojené mohou lidi v krajním případě dohnat k sebevraždě. Respondent č. 4 ještě doplnil, že se lidé „*mohou dostat do stavu nepříčetnosti*“.

Otázka č. 5 zněla: „**Jak vy sám (sama) osobně můžete přispět k tomu, abyste neonemocněl (a) depresí?**“

Respondentka č. 1 odpověděla „*nevím*“. Respondentka č. 2 uvedla: „*pořád udržovat mozek v činnosti, číst, sledovat dění ve světě*“, chodit na „*pěší procházky*“ do přírody, nebo se psem. Respondentka č. 3 odpověděla: mít „*přátele, mít se komu svěřit, o koho se opřít, mít si s kým promluvit*“, mít dobré rodinné zázemí. Respondent č. 4 uvedl jako Respondentka č. 2 „*procházky*“ a s Respondentkou č. 3 se shodli na tom, že je dobré „*mít se komu svěřit*“. Dále uvedl pečovat o manželku, „*prožívat příjemné aktivity, mít naplněný den a dlouho se nenudit*“. Respondent č. 5 odpověděl „*mít kolem sebe lidi, kterým se mohu svěřit a popovídat si s nimi*“, čímž se shodl s Respondentkou č. 3 a Respondentem č. 4. Dále uvedl, že je také důležité „*odpočívat*“.

Otázka č. 6 zněla: „**Jaké jsou příznaky (projevy) deprese?**“

Respondentka č. 1 uvedla „*hádavost, výbušnost, strach, samota, nervozita*“. Respondentka č. 2 se s ní neshoduje ani v jednom bodě a uvádí „*smutek, skepse, stres, tělesné postižení, nespavost, lehké spaní*“. Respondentka č. 3 se domnívá, že to jsou

„zamlklost, uzavřenost, straní se společnosti, vyhledávají samotu, pocit osamění, nesoustředěnost, nechut' k práci, apatie“. Respondent č. 4 uvedl „zádumčivost, nemluvnost, **izolovanost**, uzavřenost“. Respondent č. 5 se shodl s Respondentkou č. 2, když uvedl „**stres, smutek**“, s Respondentem č. 4, jelikož také uvedl „**izolovanost**“ a s Respondentkou č. 1, kdy oba shodně uvedli „**strach**“.

Otázka č. 7 zněla: „**Jaké jsou rizikové faktory, které mohou vést k rozvoji deprese?**“

Respondentka č. 1 se domnívá, že to jsou „**stres, hromadění stresu a vzteku, strach o zdraví, nemoc (například cukrovka)**“. Respondentka č. 2 se s ní shodla v odpovědi „**stres**“. Dále uvedla „**náhlé úmrtí v rodině, povaha člověka, samota, člověk si nemá s kým popovídat, nikdo ho za nic neocení, soužití s agresorem**“ a špatné zdraví. Respondentka č. 3 se domnívá, že to jsou: „**neúspěchy, životní zkušenosti**“, jako například nešťastná láska, a „**povaha člověka**“. Tu uvedla stejně jako Respondentka č. 2. Respondent č. 4 uvedl „**nešťastné události v rodině, nedostatek, financí, nervozita, mladí lidé se chytí špatné party**“. Respondent č. 5 odpověděl „**životní zkušenosti**“, čímž se shodl s Respondentkou č. 3, a „**úmrtí v rodině**“.

Otázka č. 8 zněla: „**Jaký je průběh deprese?**“

Respondentka č. 1 řekla, že „**nastoupí ze dne na den, člověk pocít'uje příznaky deprese**“, ale je schopen něco dělat. „*Práce ho z toho dostane. Nesmí se tomu poddávat.*“ Respondentka č. 2 se s ní shodla, že „**člověk pocít'uje příznaky deprese**“. Dále uvedla, že „*člověk vzpomíná na dobré zážitky, když se vypláče, tak už je mu dobře*“, tyto lidé mají potíže s pamětí. Na rozdíl od Respondentky č. 1 ale uvedla, že „**deprese nastoupí plíživě**“. Tím se shodla s Respondentkou č. 3., která také uvedla, že „**člověk pocít'uje příznaky deprese**“. V tomto se shodly všechny tři dotázané ženy. Respondent č. 4 na tuto otázku odpověděl, že „*dotyčný to nejprve neví*“: Dále uvedl, že deprese „**přijde postupně ne naráz**“, a tím se shodl s Respondentkou č. 2. Dále uvedl, že „*člověk je schopen fungovat, protože musí*“. Respondent č. 5 uvedl, že deprese „**nastoupí plíživě**“, čímž se shodl s Respondentkou č. 2, Respondentkou č. 3 a

Respondentem č. 4. Dále uvedl, že člověk pociťuje smutek, strach a má nechuť cokoli dělat.

Otázka č. 9 zněla: „**Jak podle Vás ovlivní deprese běžný život člověka, který jí onemocní?**“

Respondentka č. 1 uvedla, že dotyčného nic nebaví, „*společnost nevyhledává*“, má malý okruh přátel, „*raději je se zvířetem než s lidmi*“. „*To ho lépe pochopí.*“ Respondentka č. 2 uvedla „*nechuť ke společnosti*“ a k práci a „*uzavřenost*“. Respondentka č. 3 se domnívá, že dotyčný „*nechce chodit do práce, nic ho nebaví, nemá chuť cokoli dělat*“ a že „*nevyhledává společnost*“. V tom se shodla s Respondentkou č. 1. Respondent č. 4 uvedl, že dotyčný neustále „*myslí na to, až přijdou ty stavy*“, společnost vyhledává občas a „*není schopen vykonávat běžné denní aktivity*“. Respondent č. 5 uvedl, že „*společnost nevyhledává*“, čímž se shodl s Respondentkou č. 1 a Respondentkou č. 3, dále že „*není schopen chodit do práce*“ a „*nic ho nebaví*“. To uvedl stejně jako respondentka č. 3.

Otázka č. 10 zněla: „**Jaké životní události mohou podle Vás vést k rozvoji deprese?**“

U této otázky se v odpovědi shodli tři z dotázaných, když uvedli „*smrt a ztráta blízkého člověka*“. Konkrétně to uvedla Respondentka č. 1, Respondentka č. 2 a Respondent č. 5. Respondentka č. 3 odpověděla „*válka, nemožnost najít si práci, neštěstí, které lidé prožijí*“. Respondent č. 4 uvedl „*trápení, gambling, trápení s dětmi*“ a situaci, když lidé přijdou o peníze.

Otázka č. 11 zněla: „**Jak častý je podle Vás výskyt deprese u seniorů a u ostatních věkových skupin?**“

Respondentka č. 1, Respondentka č. 2 a Respondent č. 5 odpověděli, že „*je to stejné*“. Respondentka č. 3 uvedla, že deprese „*u seniorů je častější*“. Respondent č. 4 na tuto otázku odpověděl, že neví.

Otázka č. 12 zněla: „Myslíte si, že deprese je ve stáří snadno zaměnitelná s jiným onemocněním?“

Na tuto otázku odpověděli Respondentka č. 1, Respondentka č. 2, Respondentka č. 3 a Respondent č. 5, že ne. Pouze Respondent č. 4 odpověděl, že je to „*chřipka*“.

Otázka č. 13 zněla: „Je podle Vás vyšší výskyt deprese u seniorů žijících v sociálním zařízení, nebo u těch, kteří žijí ve vlastním, přirozeném sociálním prostředí?“

V odpovědi na tuto otázku se shodlo všech pět dotázaných respondentů. Všichni svorně uvádí, že „*deprese se více vyskytuje u seniorů, žijících v přirozeném sociálním prostředí*“.

Otázka č. 14 zněla: „Můžete popsat seniora, u kterého je pravděpodobný výskyt deprese?“

Respondentka č. 1 uvedla, že je to senior, který „*si nemá s kým popovídat, je osamocený a nemocný*“. Respondentka č. 2 řekla, že „*ztratil blízkého člověka*“, žije s psychicky nemocným manželem (manželkou), nebo „*s psychickým tyranem*“. Respondentka č. 3 se shodla s Respondentkou č. 1 v tom, že je to člověk, který „*je sám*“, nebo ten, který je bez rodiny. Tuto odpověď uvedl i Respondent č. 4. Odpověděl, že je to senior, který „*žije osamoceně*“. K tomu ještě dodal, že je výbušný a nadává. Respondent č. 5 uvedl „*osamělý senior*“. Odpověděl tedy stejně jako Respondentka č. 1, Respondentka č. 3 a Respondent č. 4.

Otázka č. 15 zněla: „Jaká skupina osob v populaci je podle Vás nejvíce ohrožena rozvojem deprese?“

Respondentka č. 1 a Respondentka č. 2 uvedly, že to jsou „*senioři*“. Respondentka č. 3 se domnívá, že to jsou „*lidé, kteří v životě něco prožijí*“. Respondent č. 4 odpověděl „*mladí lidé*“. A Respondent č. 5 řekl, že to jsou „*lidé, kteří prožili v životě hodně smutku*“.

Otázka č. 16 zněla: „Proč se domníváte, že jsou to právě tito lidé?“

Respondentka č. 1, která uvedla seniory, se domnívá, že to je proto, že seniory „*jsou*

osamocení“. Respondentka č. 2 uvedla také seniory, ale svou odpověď zdůvodnila jinak. Nemyslí si to proto, že by senioři byli osamělí, ale proto, že se objeví známky stárnutí, v tomto věku *„ubývá síly, rychlosti i ohebnosti“* a *„začnou potíže s pamětí“*. Respondentka č. 3, která na předchozí otázku odpověděla, že to jsou *„lidé, kteří v životě něco prožijí“* tím vlastně odpověděla i na tuto otázku. Přesto svou odpověď ještě doplnila. *„Prožili zklamání, neúspěchy, něco je ranilo.“* Respondent č. 4, který si myslí, že to jsou *„mladí lidé“* uvedl, že to je ovlivněno výchovou rodičů, nebo že *„je stáhnou přátelé“*. Respondent č. 5 svou odpověď vlastně také odpověděl už rovnou i na tuto otázku. Ale ještě doplnil, že *„prožili hodně smutku, tak nemají na co vzpomínat“*.

Otázka č. 17 zněla: **„Onemocní depresí častěji muži, nebo ženy?“**

Respondentka č. 1 uvedla, že *„ženy“*. S ní souhlasí i Respondentka č. 2, Respondentka č. 3 a Respondent č. 5. Tito dotázaní uvedli stejnou odpověď. Respondent č. 4 odpověděl, že to jsou *„muži“*.

Otázka č. 18 zněla: **„Jaké životní události mohou podle Vás vést k rozvoji deprese?“**

U této otázky se v odpovědi shodli tři z dotázaných, když uvedli *„smrt a ztráta blízkého člověka“*. Konkrétně to uvedla Respondentka č. 1, Respondentka č. 2 a Respondent č. 5. Respondentka č. 3 odpověděla *„válka, nemožnost najít si práci, neštěstí, které lidé prožijí“*. Respondent č. 4 uvedl *„trápení, gambling, trápení s dětmi“* a situaci, když lidé přijdou o peníze.

4.2 Výsledky dílčí výzkumné otázky

Otázka č. 19 zněla: **„Jak se deprese léčí?“**

K této otázce všech pět dotázaných uvedlo stejnou odpověď: *„léky“*. Respondentka č. 2 uvedla i konkrétní název léku *„alnagon“*. Dále uvedla, že deprese lze léčit i *„nefarmakologicky“*, konkrétně klidem. Respondent č. 4 ještě doplnil *„bylinky“*, konkrétně Cannabis, a terapii.

Otázka č. 20 zněla: „Lze depresi zcela vyléčit, nebo pouze zmírnit její příznaky?“

Zde se na odpovědi „nelze ji zcela vyléčit, pouze zmírnit její příznaky“ shodli Respondentka č. 1, Respondentka č. 2 a Respondent č. 5. Respondentka č. 3 a Respondent č. 4 uvedli, že depresi „lze zcela vyléčit“, přičemž Respondent č. 4 dodal „ale člověk musí chtít“.

Otázka č. 21 zněla: „Pokud by se u Vás vyskytla deprese, byl (a) byste si to schopn (schopna) přiznat a nestyděl (a) se vyhledat odbornou pomoc? Na koho byste se v takovém případě obrátila?“

K této otázce všech pět dotázaných seniorů odpovědělo, že by určitě vyhledali odbornou pomoc. Respondentka č. 1 by se obrátila „na lékaře“. Respondentka č. 2 by vyhledala „psychiatra“. Respondentka č. 3 by se stejně jako Respondentka č. 1 obrátila na „lékaře“ a ještě k tomu na „psychologa“. Respondent č. 4 by stejně jako Respondentka č. 2 vyhledal „psychiatra“. A Respondent č. 5 by navštívil „lékaře, psychologa a psychiatra“.

5 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké je povědomí seniorů o depresi. Dílčím cílem bylo zjistit, jak senioři přistupují k prevenci deprese. Výzkum byl proveden s pěti respondenty, kteří byli vybráni záměrným výběrem mezi seniory, uživateli sociálních služeb Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích.

V diskuzi se budu zabývat porovnáním informací získaných v rámci výzkumného šetření prostřednictvím rozhovorů s údaji v literatuře zabývající se touto problematikou, kterou jsem použila v teoretické části bakalářské práce.

5.1 *Diskuze k výsledkům hlavní výzkumné otázky*

HVO: Jaké je povědomí seniorů o depresi?

K získání informací pro hlavní výzkumnou otázku byly sestaveny tyto otázky k rozhovoru, které byly rozděleny do pěti okruhů.

První okruh otázek se týkal deprese obecně. Zahrnoval definování deprese, rozdíl mezi depresí u seniorů oproti ostatním věkovým skupinám, délku trvání depresivních pocitů nutnou k diagnostice deprese a možné podcenění příznaků deprese.

Na otázku „Co je podle Vás deprese?“ respondenti odpovídali slovy, která většinou vyjadřovala emoce, pocity člověka, který onemocněl depresí. Většinou byly všechny jmenovány jedenkrát. Nicméně na odpovědi strach se shodly dvě z dotázaných, Respondentka č. 1 a Respondentka č. 2, samotu a osamělost uvedli Respondentka č. 1 a Respondent č. 5., smutek odpověděli Respondentka č. 2 a Respondent č. 5. a pláč uvedli Respondentka č. 2 a Respondent č. 4. Ostatní odpovědi byly odpovězeny vždy pouze jedním respondentem. Respondentka č. 1 uvedla tlak na hrudi, ztrátu, nespavost, nezáměr okolí, obavu cokoli udělat a potíže s pamětí. Respondentka č. 2 odpověděla bolest celého těla, skepse, špatné soužití s manželem, psychická a fyzická bolest, myšlenky na smrt, introverze až nechut' ke společnosti a melancholii. Respondentka č. 3 zmínila, že dotyčný má pocit, že vše je proti němu, dále skleslost, změnu osobnosti, beznaděj, pocit, že dotyčný nic nedokáže, neustále je neúspěšný a cítí se bezmocný. Respondent č. 4 uvedl pláč, třes, simulování nemocí, strach z nemocí a to, že člověku

vše vadí. Respondent č. 5 uvedl samotu, osamělost a smutek. Baštecká (2003) klasifikuje depresi jako poruchu nálady. Křivohlavý (2011) depresi charakterizuje pocíťováním negativních emocí, jako je smutek, samota, pocit neporozumění od okolí. Matějková (2009) uvádí, že tito lidé mají pocit, že překážky, které před nimi stojí, jsou nepřekonatelné.

K otázce, jestli se deprese u seniorů liší oproti depresi u ostatních věkových skupin, uvedli tři respondenti, že ano a dva odpověď ne. Respondentka č. 2, Respondent č. 4 a Respondent č. 5 odpověděli, že deprese má v seniorském věku různý průběh, než u ostatních věkových skupin. Svě odpovědi zdůvodnili. Respondentka č. 2 uvedla menší intenzitou příznaků ve stáří, Respondent č. 4 se domnívá, že u mladších lidí vzniká deprese kvůli jejich pracovní vytíženosti. Respondent č. 5 uvedl také, že průběh deprese se v těchto obdobích liší. Na rozdíl ale od Respondentky č. 2 se domnívá, že v seniorském věku má deprese těžší průběh. Respondentka č. 1 a Respondentka č. 3 uvedly, že senioři prožívají depresi stejně jako lidé v ostatních věkových skupinách. Tvrdí, že jde stále o stejné onemocnění a je jedno, ve kterém věku se objeví. Jeho příznaky a prožívané pocity se nijak neliší. Musil (2006) uvádí, že kombinace deprese s procesy stárnutí vytváří zcela nový průběh tohoto onemocnění. Podle něj je deprese ve stáří modifikována procesem stárnutí a polymorbiditou, které v kombinaci s depresí vytvoří nový klinický obraz deprese. Pidrman (2007) dodává, že deprese u seniorů je ovlivněna fyziologickým procesem stárnutí. Podle Praška (2008) mají senioři trpící depresí problém se soustředěním, který vede k výpadkům paměti, což je typický příznak deprese u seniorů. Musil (2006) uvádí, že u deprese ve stáří je významný její vztah se somatickou stránkou seniora. Které podle Kovářové (2003) komplikuje diagnostiku deprese v tomto věku.

K otázce, jak dlouho by měly trvat stavy smutku, beznaděje, zoufalství, aby byla diagnostikována deprese, uvedl každý respondent jinou odpověď. Žádná jiná otázka snad nevyvolala takové množství různorodých odpovědí jako tato. A mezi některými odpověďmi byly opravdu velké rozdíly. Novák (2010, cit 2013-08-09) uvádí, že k diagnostice klinické deprese by měly příznaky trvat minimálně dva týdny. K této odpovědi byla nejbliže Respondentka č. 1, která uvedla sedm až čtrnáct dní.

Respondentka č. 2 odpověděla několik hodin, Respondentka č. 3 jeden měsíc, Respondent č. 4 uvedl jeden rok a Respondent č. 5 se domnívá, že to jsou tři měsíce. V této problematice bylo asi nejvíce nejasností. Dotázaní senioři si nejsou moc jisti, kde je hranice stále ještě běžného smutku a kde už by se dalo mluvit o klinické depresi. Respondentka č. 2 uvedla, že je to pouze několik hodin, což je opravdu velmi málo. Na druhou stranu Respondent č. 4 uvedl, že aby byla diagnostikována deprese, depresivní nálada by měla trvat nejméně jeden rok. Tyto odpovědi na tuhle otázku ukázaly, že v této problematice mají senioři hodně nejasností. Každý si myslí něco jiného. Žádný z nich se neshodl s někým z ostatních. A nikdo se neshodl ani s údaji udávanými v literatuře. Z toho lze vyvodit jediný závěr: senioři neví, jak dlouho by měly stavy skepse a smutku trvat, aby mohla být diagnostikována deprese.

V odpovědích na otázku, co všechno se může stát, pokud člověk podcení příznaky deprese, měli respondenti jasnou odpověď. Čtyři z nich se shodli na tom, že podcenění příznaků deprese může člověka dohnat až k sebevraždě. Tuto odpověď neuvedla pouze Respondentka č. 1, která odpověděla pouze, že dotyčný může být v nejhorším případě hospitalizován v nemocnici na psychiatrickém oddělení. Respondent č. 4 ještě uvedl, že dotyčný může začít být nepřítel. Podle Matějkové (2009) jsou následky tohoto onemocnění značné. Řadí mezi ně ztrátu zaměstnání pro neschopnost koncentrace, nedostatku zájmu o práci, nízkou výkonnost, nebo nejistotu v rozhodování. Novák (2010, cit. 2013-01-21) mezi nejhlavnější následky deprese řadí sníženou kvalitu života. Nedley (2007) a Praško (2008) uvádí kromě jiných následků sebevraždu.

Odpověď na otázku, jak sami senioři mohou přispět k prevenci deprese, nejčastěji obsahovala slovo rodina a přátelé. Mít se komu svěřit, o koho se opřít. Uvedli to tři senioři, Respondentka č. 3, Respondent č. 4 a Respondent č. 5. McKenzie (2001) uvádí, že mít se komu svěřit, s kým probrat to, co nás trápí, je velmi důležité. Přítel nám může poskytnout názor, který by nás samotné třeba ani nenapadl. Navíc lidé se obecně cítí lépe, když se vypovídají. Problémem ale zůstává, že většina lidí v depresi se stáhne do sebe. Dále uvádí, že je dobré si dát pauzu, když člověk cítí, že mu není dobře. To uvedl i Respondent č. 5. Relaxaci jako jeden z prostředků zvládnání stresu doporučuje i Praško (2008). McKenzie (2001) považuje za užitečné najít si nějaké koníčky, umět se

zaměstnat. Respondentka č. 2 a Respondent č. 4 uvedli, že člověk by měla stále něčím zaměstnávat mozek, zajímat se o to, co se děje ve světě, nebo číst. Hlavně mít naplněný den a dlouho se nenudit.

Druhý okruh se týkal depresí jako onemocněním. Příznaky deprese dokážou senioři, alespoň dle jejich odpovědí, odhalit. Přesto že odpovědi byly různé, všechny se týkaly deprese. Čtyři dotázaní uvedli jako příznak samotu, popřípadě izolovanost, osamělost. Odpověděli tak oba muži a Respondentka č. 1 a Respondentka č. 3. Tento příznak zmiňuje i Křivohlavý (2011). Dalšími nejčastěji uváděnými odpověďmi byly strach, smutek a stres. Všechny odpovědi, které senioři uvedli, byly příznaky, které uvádí autoři píšící o depresi. Respondentka č. 1 uvedla jako odpověď i hádavost a výbušnost. Tento příznak uvádí i Atkinsonová (2005). Ostatní respondenti uváděli „introvertní“ emoce, při nichž se člověk moc neprojevuje a spíše se uzavírá do sebe.

Jako rizikové faktory rozhodující pro rozvoj deprese senioři uvedli životní zkušenosti, hlavně neúspěchy. Odpověděli tak čtyři dotázaní, kromě Respondentky č. 1. Životní zkušenosti jako rizikový faktor uvádí i McKenzie (2001), Anders, Uhrová (2005). Dalšími opakující se odpověďmi byly stres a jeho hromadění, nemoc a povahové vlastnosti. Tyto uvedly vždy dva z dotázaných. Respondentka č. 2 a Respondentka č. 1, která se s ní shodla na stresu a nemoci, a Respondentka č. 3, která se s ní shodla na povahových vlastnostech. Ty zmiňuje i Křivohlavý (2011) a McKenzie (2001). McKenzie (2001) Dále ještě uvádí, že žádný typ osobnosti člověka nepředurčuje k onemocnění depresí. Stres uvádí McKenzie (2001) a Matějková (2009).

K průběhu deprese uvedli dotázaní, že nástup deprese je plíživý. Uvedli to čtyři respondenti. To, že deprese začíná velmi pozvolna, uvádí i Wigneyová (2009). Naopak Respondentka č. 1 uvedla, že deprese se rozvine ze dne na den. Respondentka č. 1 a Respondent č. 4 uvedly, že lidé v depresi jsou schopni vykonávat své povinnosti a běžné denní aktivity, protože prostě musí. Novák (2010, cit. 2013-08-09) uvádí něco jiného. Píše, že deprese zásadním způsobem ovlivňuje každodenní fungování. Sníženou aktivitu uvádí i Matějková (2009). Respondentka č. 1 dodala, že dotyčného nic nebaví. Tento příznak uvedli i Respondentka č. 3 a Respondent č. 5. Čtyři dotázaní, kromě Respondenta č. 4 uvedli, že nevyhledává společnost, což uvádí i Křivohlavý (2011).

Respondent č. 4 si myslí, že takový člověk vyhledává společnost, pokud se zrovna v danou chvíli necítí „špatně“.

K životním událostem, které mohou vést k rozvoji deprese, čtyři dotázaní, kromě Respondentky č. 3 uvedli, úmrtí, nebo ztrátu blízkého člověka. Ovdovění jako životní událost, která může zažehnout depresi, uvádí i Anders a Uhrová (2005), Praško (2008) a jiní. Dále senioři uvedli válku, dlouhodobou nezaměstnanost, neštěstí, gamblerství, finanční potíže, rodinné problémy a trápení. Velkou roli pro rozvoj deprese hraje podle Matějkové (2009) opakující se a nepravidelně se vyskytující stresové situace.

K otázce incidence deprese u seniorů a u ostatních věkových skupin tři senioři uvedli, že to je stejné. Respondentka č. 3 uvedla, že u seniorů se deprese objevuje častěji a Respondent č. 4 odpověděl, že neví. Češková (2007) uvádí, že deprese je jedním z nejčastějších syndromů ve stáří. Na druhou stranu ale bývá méně často diagnostikována než u mladších. Pidrman (2005) poukazuje na to, že depresivní příznak se vyskytl nejméně u 10 % seniorů. Podle Kalvacha et al. (2004) se deprese ve vysoce pokročilém seniorském věku objevuje méně často.

Čtyři respondenti odpověděli na otázku, jestli je deprese ve stáří snad zaměnitelná s nějakým jiným onemocněním, že neví. Pouze Respondent č. 4 odpověděl, že je to chřipka. Výzkum ukázal, že senioři neví, s jakým onemocněním lze depresi ve stáří zaměnit. Kalvach et al. (2004) i Praško (2008) uvádí, že depresivní příznaky se v seniorském věku mohou objevit v rámci demence. Kubínek (2008) uvádí, že diagnostiku deprese ve stáří může komplikovat její atypický průběh. Podle Musila (2006) je modifikována procesy stárnutí, polymorbiditou a v kombinaci s procesy stárnutí vytváří nový průběh této nemoci. Kovářová (2003) dodává, že správnou diagnózu komplikuje i vyšší výskyt negativních životních událostí v seniorském věku.

Všichni dotázaní senioři se shodují na tom, že vyšší výskyt deprese je u seniorů žijících ve vlastním, přirozeném, sociálním prostředí. Zdůvodňovali to tím, že v sociálních zařízeních se o nic nemusí starat a vše mají připravené. Nicméně podle Kalvacha et al. (2004) to bývá právě naopak.

Když senioři popisovali rizikového seniora, čtyři uvedli osamělého seniora. To uvádí i Kalvach et al. (2004). Tuto odpověď neuvedla Respondentka č. 2, která

odpověděla, že je to senior, který ztratil blízkého člověka, nebo žije s člověkem, který má agresivní sklony. Respondentka č. 1 uvedla i seniora, který je nemocný. Podle Pidrmána (2005) zvyšuje výskyt deprese rakovina, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, Parkinsonova choroba, nebo Alzheimerova demence. Nedley (2007) k nim uvádí i seniory, nesoucí zodpovědnost za děti, nebo dospívající.

Jako nejvíce ohroženou skupinu osob v populaci, co se deprese týče, uvedly Respondentka č. 1 a Respondentka č. 2 seniory. Respondentka č. 1 se domnívá, že je to proto, že jsou osamocení, Respondentka č. 2 proto, že se objeví známky stárnutí. Respondentka č. 3 a Respondent č. 5 zmínili lidi, kteří v životě zažili hodně smutku, a teak teď ve stáří nemají na co hezkého vzpomínat, a Respondent č. 4 odpověděl, že to jsou mladí lidé. Respondent č. 4 svou odpověď zdůvodnil tím, že mladé lidi často „stáhnou“ jejich přátelé, nebo se u nich rozvine deprese jako reakce na rodičovskou výchovu. Podle Nováka (2010, cit. 2013-01-21) se deprese nejčastěji vyskytne mezi 25. – 35. rokem života. Křivohlavý (2011) uvádí, že dříve byla deprese považována za nemoc starších lidí, ale v současné době postihuje nejvíce lidi v produktivním věku a vyskytuje se stále u mladších a mladších lidí. Drástová a Krombholz (2006) uvádějí, že ke stáří patří situace, které mohou depresi vyvolat. Musil (2006) uvádí, že s postupujícím věkem narůstají počty lidí, kteří onemocněli depresí. Podle Pidrmána (2005) je výskyt deprese u seniorů nižší než u mladší generace. Nicméně Češková (2007) dodává, že je to možná z toho důvodu, že u seniorů bývá deprese méně často diagnostikována než u mladších lidí. Z hlediska pohlaví čtyři senioři uvedli jako rizikovější ženské pohlaví. Respondent č. 4 uvedl muže. Novák (2010, cit. 2013-01-21) píše, že u žen se deprese objevuje asi dvakrát častěji než u mužů. Procentuelně je to asi deset procent ku čtyřem. Toto zmiňuje i McKenzie (2001). Podle něj to ale nemusí znamenat, že ženy jsou k depresi náchylnější. Domnívá se, že je to dáno spíše tím, že ženy jsou ochotnější připustit, že mají deprese, nebo tím, že je u nich lékaři rozeznají lépe než u mužů. Dále podle něj na ženy také působí více než na muže společenské tlaky. Anders, Uhrová (2005) tvrdí, že ženy mají odlišnou citlivost ke stresujícím životním událostem.

5.2 Diskuze k výsledkům dílčí výzkumné otázky

DVO: Jaká je léčba deprese z pohledu seniorů?

Poslední okruh otázek se týkal léčby. Všichni senioři uvedli, že deprese se léčí léky. Příkryl (2008) uvádí, že v současnosti se tímto způsobem, pomocí farmakoterapie, léčí deprese nejčastěji. Podle Praška (2008) léky umožní rychlý ústup příznaků deprese. Anders a Uhrová (2005) tvrdí, že dlouhodobou farmakoterapií lze často předejít opakovaním potíží. Podle Wigneyové (2009) se ale bohužel u některých klientů podávání léků neosvědčilo. Existují dokonce lidé, jejichž stav se po podání léků zhoršil a objevily se vedlejší účinky. V současné době jsou ale antidepresiva u většiny typů depresí základem léčby. Respondent č. 4 uvedl ještě, že deprese se léčí bylinkami, konkrétně uvedl Cannabis, a spolu s Respondentkou č. 2 si vzpomněla i na nefarmakologickou léčbu, ke které uvedli terapii a klid. Příkryl (2008) uvádí k nefarmakologické léčbě psychoterapii, elektrokonvulzivní terapii, fototerapii a spánkovou deprivaci. Hlavním způsobem nefarmakologické léčby v dnešní době je podle Tučka a Chodury (2005) psychoterapie. Anders a Skopová (2006) se zmiňují, že současná léčba kombinuje psychoterapii a farmakoterapii, a zdůrazňují spolupráci klienta i jeho rodiny. Podle Křivohlavého (2011) je farmakoterapie pro většinu lidí nejznámějším způsobem léčby depresí.

Respondentka č. 3 a Respondent č. 4 se domnívají, že depresi lze zcela vyléčit. Laňková a Siblíková (2004) uvádí, že deprese je dobře diagnostikovatelné a hlavně dobře léčitelné onemocnění. Praško (2008) zmiňuje, že cílem léčby je odstranit příznaky deprese, rizika relapsu a obnovit původní kvalitu života. Anders a Uhrová (2005) uvádí, že léčba je účinná skoro u dvou třetin pacientů. Přičemž dlouhodobou farmakoterapií lze relapsům předejít. Wigneyová (2009) tvrdí, že pokud se dosáhne správné kombinace farmakoterapie a psychoterapie, u většiny nemocných se výrazně zvýší šance na uzdravení.

Poslední otázka se zabývala tím, jak by se dotázaní zachovali, pokud by se u nich objevily příznaky deprese. Všichni odpověděli, že by vyhledali odbornou pomoc. Respondentka č. 1 by se obrátila na praktického lékaře. Stejně jako Respondentka č. 3, která by ale ještě kontaktovala psychologa. Na psychologa by se obrátil i Respondent č.

5. Ten uvedl, že by navštívil i psychiatra. Respondentka č. 2 a Respondent č. 4 uvedli pouze psychiatra. Wigneyová (2009) uvádí, že rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc není jednoduché. Zejména proto, že se bojí, jak je potom bude vnímat jejich okolí, bojí se, že neovládají své emoce. Další překážkou je podle ní obava sdělovat své nejnítěnější pocity cizímu člověku. A váhání, zda začít léčbu tak může trvat opravdu dlouho. Jenže včasné zahájení léčby je v takovém případě velmi důležité.

6 ZÁVĚR

Deprese je velmi závažné onemocnění, které se odráží ve všech stránkách života člověka, který jí onemocní.

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo popsat depresi a depresi ve stáří. Jejich příznaky, výskyt v populaci, rizikové faktory ovlivňující jejich vznik, příčiny vzniku, jejich projevy, typy, následky, léčbu a případnou prevenci. Dále také samozřejmě popsat stáří a změny s ním související.

Cílem praktické části bylo zjistit povědomí seniorů o depresi. Byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaké je povědomí seniorů o depresi?

V praktické části se zabývám samotným výzkumným šetřením. Ke sběru dat byla použita strategie kvalitativního výzkumu, přičemž zvolena byla metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo pět seniorů, uživatelů sociálních služeb Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích, kteří byli vybráni záměrným výběrem. Výzkumu se účastnili tři ženy a dva muži. Rozhovory s respondenty byly následně analyzovány.

Z uskutečněného výzkumu bylo zjištěno, že respondenti z Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích se v problematice deprese orientují. Žádnému z nich tento pojem nebyl neznámý. Každý z nich se s ním už někdy setkal. Senioři znají příznaky deprese, ví, jak se v současné době léčí a ví, na koho se mnohou obrátit v situaci, kdy by na sobě začali pociťovat její příznaky. I přesto ale považují za důležité edukovat seniory o depresi, testovat je geriatrickými škálami deprese, informovat je o tom, na koho se mohou v případě problémů obrátit.

Domnívám se, že cíl bakalářské práce byl splněn. Bakalářská práce popsala depresi, depresi ve stáří a zmapovala situaci mezi pěti seniory v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích.

Deprese je problém, který rozhodně zasluhuje pozornost. Velkou pozornost. Nebo lépe řečeno, lidé trpící depresí zasluhují pozornost. A nejsem jistá, jestli se jim té pozornosti dostává. I když se situace v posledních letech určitě hodně zlepšila a mnoho z nás nevidí nic strašného na tom, když někdo řeší své problémy s pomocí psychologa, stále ještě se tak nechováme všichni. I v dnešní době pro spoustu z nás jsou takoví lidé

„divní“. O depresi jako „depce“ mluví skoro každý. Ale málokdo z nás ví, co to doopravdy znamená. Spousta z nás tak prostě jen označuje špatnou náladu, která trvá jen jeden den, nebo pár hodin. Jenže málokdo z nás ví, co se může stát, pokud se ze špatné nálady rozvine klinická deprese. Takoví lidé pak raději o svých problémech a myšlenkách mlčí a za své pocity, které jsou opravdovými projevy klinické deprese, se stydí. Poté se často stává, že dotyčný vidí jediné východisko ze svých problémů. Sebevraždu. A nezdá se, že se divíme, že takový veselý člověk měl problémy, které ho dohnaly až k tomu nejkrajnějšímu řešení.

A stejně tak deprese ve stáří. Na ni se sice díváme tak, že k seniorskému věku prostě častější smutek patří, ale je to tomu tak doopravdy? Vždyť senioři mají stejné právo jako my všichni ostatní být šťastní a dělat věci, které je činí šťastnými. Jenže dnešní doba tvrdě propaguje mládí a krásu. Skoro se zdá, že společnost se o člověka přestane kolem padesáti let zajímat. Nebo dřív. Anebo i déle. Podle toho, jak kdo z nás vypadá na svůj věk, nebo mladší. Senioři sice mají větší kus života za sebou, ale to neznamena, že už si z něj nemohou brát, že mají už jen „čekat až to přijde“.

I přesto, že myšlení lidí nelze změnit ze dne na den, považují za důležité, abychom se o to pokusili. Abychom se na takové lidi přestali dívat jako na „blázny“, kteří neumí být šťastní a neustále si na něco stěžují. Abychom si uvědomili, že každý není stále šťastný a usměvavý. A že existují lidé, kteří prostě zrovna v tuhle chvíli šťastní být neumí. Protože být šťastný je velké umění, ke kterému nám většinou nepomohou miliony na kontě. I když pro každého z nás znamená štěstí něco jiného. I smutek patří k životu. Ale smích, štěstí a radost, radost, že jsme na tomto světě, by měly převažovat. A o to se musíme postarat my sami. To za nás nikdo jiný neudělá.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Monografie:

1. ANDERS, M., SKOPOVÁ, J. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 15 s. ISBN 80-7262-396-6.
2. ANDERS, M., UHROVÁ T., ROTH J., et al. *Depresivní porucha v neurobiologické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 280 s. ISBN 80-7262-306-0.
3. ATKINSON, S. *Climbing Out of Depression A Practical Guide for Sufferes*. 1. edition. Prague: Albatros, 2005. 154 s. ISBN 80-00-01544-7.
4. BAŠTECKÁ, B., a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
5. Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. Března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: ÚZ 942: Sociální zabezpečení 2013. 2013. s. 110 - 115.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 365. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 161 s. Metody získávání dat. ISBN 80-7367-040-2.
8. KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 861. ISBN 80-247-0548-6.
9. KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
10. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 9. ISBN 978-80-247-2169-9.

11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 176. ISBN 978-80-247-0575-0.
12. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. Stáří, s. 204 - 215. ISBN 80-247-1284-9.
13. LAŇKOVÁ, J., SIBLÍKOVÁ, J. *Deprese v primární péči. Deprese: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2004. 2 s. ISBN 80-903573-1-8.
14. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 13-14. ISBN 978-80-247-2138-5.
15. MATĚJKOVÁ, E. *Řešíme partnerské problémy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. Můj partner neumí být šťastný, s. 78-87. ISBN 978-80-247-2338-9.
16. McKENZIE, K. *Deprese: Informace a rady lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 96 s. ISBN 80-247-0093-X.
17. NEDLEY, N. *Život bez deprese*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2007. 39 – 72 s. ISBN 978-80-71272-023-2.
18. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi: Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. Určitý pohled, s. 14. ISBN 80-7178-184-3.
19. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. s. XVII. ISBN 80-7262-365-6.
20. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat: Stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 108 s. ISBN 978-80-7367-501-1.

21. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: Podklady ke stáží studentům a ke kazuistickým seminářům*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, s. 23 – 24. ISBN 80-85850-00-1.
22. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005. 78 – 87 s. ISBN 80-7040-786-7.
23. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s 11. ISBN 978-80-247-2170-5.
24. WIGNEYOVÁ, T., EYERSOVÁ, K., PARKER, G. *Putování s černým psem: Život s depresí*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group – Ikar, 2009. 247 s. ISBN 978-80-249-12294-3.
25. ŽÁKOVÁ, M. *Vyšší vek a s tým spojené zdravotné, psychické a sociálne obmedzenia jako významný determinant úspešnej integrácie starších migrantov*. In: kolektiv autorů. *Sborník VII. mezinárodní konference Problematika generace 50 plus*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2011, s. 72 - 73. ISBN 978-80-7394-260-1.

Periodika:

1. ČEŠKOVÁ, E. Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická revue: Odborný časopis české gerontologické a geriatrické společnosti*. Bidláky: Media Hall, 2007, pátý, čtvrté, 228 – 233 s. ISSN 1214-0732.
2. KOVÁŘOVÁ, M., DÓCI, I., HEGEYI, L. Hodnotenie depresie u somaticky chorých ľudí nad 60 rokov pomocou Zungovej škály depresie. *Geriatrics: Odborný časopis*

slovenských a českých geriatrov. Bratislava: Slovenská gerontologická a geriatrická společnost SLS, 2003, IX., druhé, 81 – 87 s. ISSN 1335-1850.

3. PIDRMAN, V. Antidepressiva v léčbě seniorů v roce 2007. *Česká geriatrická revue: Odborný časopis české gerontologické a geriatrické společnosti*. Bidláky: Media Hall, 2007, pátý, čtvrté, 234 s. ISSN 1214-0732.

4. PIDRMAN, V. Deprese u seniorů. *Česká geriatrická revue: Odborný časopis české gerontologické a geriatrické společnosti*. Bidláky: Media Hall, 2005, třetí, druhé, 47 s. ISSN 11214-0732.

Internetové zdroje:

1. ANDERS, M. Jak se deprese léčí? *Jak se deprese léčí?* [online]. 2007, 2013-04-16 [cit. 2013-04-16]. ISSN 1801-8467. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/jak-se-deprese-leci/>

2. ANTEE. Domov pro seniory Máj České Budějovice příspěvková organizace. *Domov pro seniory Máj České Budějovice* [online]. 2013-08-08 [cit. 2013-08-09]. Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz/>

3. NOVÁK, T. Deprese - popis, výskyt, závažnost onemocnění. *Deprese: Popis, výskyt, závažnost onemocnění* [online]. 2010, 2013-01-21 [cit. 2013-01-21]. ISSN 1801-8467. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/deprese-cast-popis-vyskyt-zavaznost-onemocneni/>

4. NOVÁK, T. Příznaky deprese. *Příznaky deprese* [online]. 2010, 2013-08-09 [cit. 2013-08-09]. ISSN 1801-8467. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/priznaky-deprese/>

5. Slovník.sk. *Slovník.sk* [online]. 2013 [cit. 2013-08-11]. Dostupné z: <http://slovník.azet.sk/pravopis/slovník-sj/?q=povedom%C3%AD>

6. RADEK KUČERA & DAUGHTER. *ABZ slovník českých synonym* [online]. 2008. vyd. 2008 [cit. 2013-08-11]. Dostupné z: http://www.slovník-synonym.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=informovany&typ_hledani=prefix

Internetová periodika:

1. DRÁSTOVÁ, H., KROMBHOLZ, R. Deprese v seni. *Medicína pro praxi*. [online]. 2006, 10., páté, s. 241 – 243 [cit. 2013-04-03]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200605-0008.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Ddeprese%20v%20seniu%26sfrom%3D0%26spage%3D30>.

2. KUBÍNEK, R., PIDRMAN, V. Deprese seniorů. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2008, 10., první, s. 36 – 38 [cit. 2013-04-11]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.solen.cz/artkey/int-200801-0008.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Ddeprese%20ve%20st%20E1%2F8%2FED-rizikov%2F%20senior%26sfrom%3D0%26spage%3D30>.

3. PRŮŠA, I. Deprese a úzkost v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. [online]. 2006, 3., s. 136 – 139 [cit. 2013-04-15]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200603-0008.php>.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1: Záznamový arch polořízeného rozhovoru s uživateli služeb Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích

Příloha 2: Škála deprese dle Yessavage

Příloha 1: Záznamový arch polořízeného rozhovoru s uživateli služeb Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích

1. Identifikační otázky

- 1) Pohlaví -
- 2) Věk -
- 3) Vzdělání -
- 4) Délka pobytu v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích –

2. Deprese

- 1) Co je podle Vás deprese?
- 2) Myslíte si, že se deprese u seniorů liší oproti depresi u ostatních věkových skupin?
Pokud ANO, jak ...
Pokud NE, proč ...
- 3) Jak dlouho by podle Vás měly trvat stavy smutku, beznaděje, zoufalství, aby byla diagnostikována deprese?
- 4) Co všechno se může stát, pokud podceníte příznaky deprese?
- 5) Jak vy sám (sama) osobně můžete přispět k tomu, abyste neonemocněla depresí?

3. Deprese jako nemoc

- 1) Jaké jsou příznaky (projevy) deprese?
- 2) Jaké jsou rizikové faktory, které mohou vést k rozvoji deprese?
- 3) Jaký je průběh deprese?
- 4) Jak podle Vás ovlivní deprese život člověka, který jí onemocní?
- 5) Jaké životní události mohou vést k rozvoji deprese?

4. Incidence deprese

- 1) Jak častý je podle Vás výskyt deprese u seniorů a u ostatních věkových skupin?
- 2) Myslíte si, že je deprese ve stáří snadno zaměnitelná s jiným onemocněním?
Pokud ANO, s jakým ...

- 3) Je podle Vás vyšší výskyt deprese u seniorů žijících v sociálních zařízeních, nebo u těch, kteří žijí ve vlastním, přirozeném, sociálním prostředí?
- 4) Můžete popsat seniora, u kterého je pravděpodobný výskyt deprese?

5. Rizikové skupiny

- 1) Jaké skupina osob v populaci je podle Vás nejvíce ohrožena rozvojem deprese?
- 2) Proč se domníváte, že je to právě ona?
- 3) Onemocní depresí častěji muži, nebo ženy?

6. Léčba

- 1) Jak se deprese léčí?
- 2) Lze ji zcela vyléčit, nebo pouze zmírnit její příznaky?
- 3) Pokud by se u Vás vyskytla deprese, byl (a) byste si to schopen (schopna) přiznat a nestyděl (a) se vyhledat odbornou pomoc? Na koho byste se v takovém případě obrátila?

Příloha 2: Škála deprese dle Yessavage

<i>Otázka</i>	<i>Odpověď</i>
Jste v zásadě spokojen(a) se svým životem?	Ano – Ne
Opustil(a) jste mnoho ze svých aktivit a zájmů?	Ano - Ne
Máte pocit, že Váš život je prázdný?	Ano – Ne
Pocitujete často nudu, prázdnotu?	Ano – Ne
Máte většinou dobrou náladu?	Ano – Ne
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	Ano – Ne
Jste většinou šťastný (šťastná)?	Ano - Ne
Cítíte se často bezmocný (bezmocná)?	Ano – Ne
Zůstáváte raději doma, než abyste šel (šla) ven a podnikal (a) nové věci?	Ano - Ne
Máte pocit, že máte více problémů s pamětí než ostatní?	Ano – Ne
Myslíte, že je pěkné žít v této době?	Ano – Ne
Tak, jak jste na tom právě nyní, připadáte si bezcenný (bezcenná)?	Ano – Ne
Cítíte se plný (plná) energie?	Ano – Ne
Pocitujete svou situaci jako beznadějnou?	Ano – Ne
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	Ano - Ne

Každá tučně označená odpověď = 1 bod.

Hodnocení: 0-5 bodů = norma, 6 a více bodů = suspekt ní deprese (česká standardizace podle Tošnerové).

Zdroj: KALVACH, Z., et al.