

JIHOČESKÁ UNIVERZITA
v Českých Budějovicích
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Poruchy nálady a chování u obyvatel Domova důchodců

Diplomová práce

Vedoucí práce:

doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc.

2007

Autor:

Lenka Miksová

Abstrakt

Subjects of this diploma work are defects of mood and behavior of people in rest homes. Nowadays we try to bring this dilemma closer.

Three hypotheses were stated - the behavior defects occur with greater frequency than the defects of mood. Verbal aggression and health endangering does not occur very often. Irreplaceable fear and anxiety is one of the most frequented defects of mood.

The goal of this diploma work is to map the occurrence frequency of the behavior and mood defects of chosen rest homes in Tabor region and to state which one of those predominate. Based on the results I have designed solutions that tend to lower complications and conflicts in Tabor region.

For the behavior and mood defects survey in rest homes in Tabor region the MDS method (Minimum Data Set) was used, section E (mood and behavior) out of file RAI (Resident assessment Instrument), 15 questions stated. Experimental file was formed out of patients from G center in Tabor and out of Sobeslav and Chynov rest homes as well.

Total evaluation of the outcomes of this diploma work is alarming. The gained outcomes have showed an increase incidence of psychiatric pathology. Although nurses cannot substitute doctors in diagnostics, they need to be educated in etiology. Considering that nurses are in close contact with diseased, their greatest goal is to prevent the mood and behavioral defects. Out of searching for endangered and diseased, nurses must permanently function on the health education and to participate on psychiatric rehabilitation. Their goal is to motivate the diseased to treatment, explain the doctor's recommendations and actively and initiatively gain the patients for exercitation of healthy life. Seniors need to hear affable words, they need understanding and help to solve their behavior and mood changes. Nurses can be a big help when solving these changes, because seniors trust nurses, open their hearts to nurses and tell them what bothers them and what they cannot handle anymore. Nurses must heal the body and the soul as well. I think that this way we can lower the risk of complications and conflicts and to make the life for the affected seniors better and easier.

The gained results could be possibly used to increase the quality of service in other social sectors and healthcare associations.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Poruchy nálady a chování u obyvatel Domova důchodců vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím se zveřejněním své diplomové práce ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách , a to v nezkrácené podobě, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb.

V Českých Budějovicích 21.3.2007

Lenka Miksová

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. MUDr. Jiřímu Neuwirthovi, CSc. za cenné rady, ochotu a trpělivost během zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji rodině, zejména mému manželovi, za podporu během celého studia a v neposlední řadě děkuji také za pomoc při sběru údajů zdravotním sestrám z G-Centra a z Domovů důchodců v Chýnově a v Soběslavi.

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1. Behaviorismus.....	9
1.2. Poruchy chování.....	11
1.3. Poruchy chování u seniorů.....	13
1.4. Poruchy chování a demence.....	16
1.4.1. Epidemiologie demencí.....	18
1.4.2. Alzheimerova choroba.....	18
1.4.3. Demence u Parkinsonovy choroby.....	20
1.4.4. Demence u Pickovy choroby.....	21
1.4.5. Huntingtonova chorea.....	22
1.4.6. Demence s Lewyho tělísky.....	22
1.4.7. Progresivní supranukleární obrna.....	23
1.4.8. Olivopontocerebrální atrofie.....	23
1.4.9. Presenilní gliální dystrofie.....	24
1.4.10. Multiinfarktová demence.....	24
1.5. Poruchy emotivity.....	26
1.6. Deprese.....	29
1.6.1. Epidemiologie depresí.....	31
1.6.2. Rizikové faktory deprese.....	32
1.6.3. Klinický obraz deprese.....	33
1.6.4. Klasifikace a diagnostická kritéria deprese.....	38
1.6.5. Diferenciální diagnostika deprese.....	40
1.6.6. Diagnostická vyšetření.....	42
1.6.7. Prognóza.....	43
1.6.8. Léčba.....	43
1.7. Komunikace s geriatrickým nemocným.....	45
1.7.1. Specifika komunikace.....	45

1.7.2. Neverbální komunikace.....	46
1.7.3. Verbální komunikace.....	48
1.8. Úloha sestry při podpoře duševního zdraví.....	49
2. Cíle práce a hypotézy.....	51
2.1. Cíl práce.....	51
2.2. Hypotézy práce.....	51
3. Metodický postup.....	52
3.1. Použité metody.....	52
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	52
4. Výsledky.....	54
5. Diskuse.....	69
6. Závěr.....	76
7. Seznam použitých zdrojů.....	78
8. Klíčová slova.....	84
9. Přílohy.....	85

Úvod

Stárí a stárnutí přináší postupný pokles tělesných i duševních funkcí, které spolu s nemocemi omezují staršího člověka a zhoršují jeho celkovou výkonnost. Odchod do důchodu, úmrtí blízkých přátel nebo partnera mění společenské postavení a dlouholeté společenské vztahy staršího člověka. Všem těmto změnám se starší lidé musí přizpůsobovat. Zhoršená schopnost přizpůsobení se může projevovat i změnami chování a změnami nálady. Platí však jednoduchý poznatek, že stárí a stárnutí samo o sobě nevyvolává závažnější poruchu chování a nálady. Každá porucha chování a nálady u starého člověka signalizuje chorobnou změnu, kterou je třeba rozpoznat a vhodným způsobem léčit. Při výběru tématu jsem vycházela ze své dosavadní odborné praxe ve zdravotnických zařízeních, kde jsem měla možnost setkat se s geriatrickými pacienty. Při práci s těmito pacienty jsem zjistila, že se u nich vyskytují častěji poruchy chování a nálady, než jak je tomu u jiných věkových kategorií. Nezřídka jsem se setkávala s tím, kdy ze strany zdravotnického personálu často docházelo k tomu, že byl psychický stav u těchto pacientů neadekvátně vyhodnocen. Zdravotnický personál tak přispívá ke zvýšení jejich frekvence a k riziku z nich vznikajících konfliktů. Neléčená porucha chování a nálady ohrožuje zdravotní stav pacienta, vede k jeho izolaci a odmítání okolím a zhoršuje kvalitu života nemocného. Má také nepříznivý vliv na rodinu pacienta a vyčerpává všechny, kteří o nemocného dlouhodobě pečují.

1. Současný stav

1.1. Behaviorismus

Z hlediska environmentalistické (behavioralistické) teorie mají rozhodující vliv na chování vnější faktory, které stimulují vznik určité zkušenosti. To znamená, že environmentalisté přeceňovali význam učení, považovali je za všemocné a přehlíželi význam dědičných dispozic (které ovšem efekt učení spoluurčují). Takové pojetí je z dnešního pohledu jednoznačně redukcionistické, protože nerespektuje všechny významné aspekty vývoje lidské psychiky, ale často ani všechny složky osobnosti. Pohled na osobnost je deformován zvýrazněním pouze některých jejích vlastností. Typickým představitelem tohoto směru je **behaviorismus**. Jak vyplývá z názvu, tato teorie přeceňovala význam chování (jednání, konání) na úkor vnitřních psychických projevů, tj. prožívání, uvažování apod. Příčinou byla skutečnost, že tyto vnitřní projevy nejsou tak zjevné a někdy nejsou vůbec pozorovatelné, a proto z tohoto důvodu nebyly považovány za důležité (48).

Behavioralistické pojetí vymezuje psychologii jako studium zákonitostí chování. Chování je pak pro větší přesnost analýzy možné rozdělit na dílčí reakce, které lze studovat v jejich závislosti na vnějších podnětech i na organismu. Základním principem této teorie je předpoklad, že veškeré chování je beze zbytku determinováno působením podnětů z prostředí, je tedy jasné, jak vzniklo a že vnitřní faktory individuálního organismu zde hrají nepodstatnou roli. Behaviorismus odmítá nejenom vliv prožívání, ale i jakékoliv působení osobní volby nebo motivace pro vznik nějakého chování. Všechno je určeno zvenčí a nic není určeno zevnitř. Člověk nemá svobodu konání, ani žádnou možnost výběru. Je důležité pouze to, jak na něj působí prostředí, jak člověka stimuluje. Efekt učení bude mimo jiné dán i tím, co určité chování jedinci přinese. Behavioralisté přespříliš zdůrazňovali možnosti a účinnost vnější manipulace a podceňovali význam individuálně variabilního způsobu zpracování určitých podnětů i specifichnost reakcí, které z toho vyplývají (49).

Zakladatelem behaviorismu byl J. B. Watson, který vydal roku 1912 behavioristický manifest.

Vývoj je dle Watsonova pojetí pouze procesem učení, jenž je závislý na vnějších podnětech a jehož prostřednictvím vznikají jednotky chování. Možnosti učení nejsou podle této teorie omezené, protože nerespektují rozdíly závislé na dědičně podmíněných dispozicích. Vrozené předpoklady Watson redukoval na fyziologické vlastnosti organismu, o kterých se domníval, že jsou u všech lidí stejné. Definoval je jako vrozenou schopnost odezvy na určité podněty, zejména emočního charakteru (např. strach nebo vztek) (27).

Dnes je naprosto zřejmé, že vývoj osobnosti nezávisí jen na podmínkách vnějšího prostředí, psychické vlastnosti a procesy nelze učním ovlivňovat tak, jak bychom si přáli a jak říkali behavioristé. Stejně podněty nepůsobí na každého jedince totožně, a tudíž nemají identický efekt. Vlastnosti osobnosti jsou mnohem variabilnější, než kdyby byl jejich rozvoj vázáný pouze na takto vymezený proces učení (48).

Raný behaviorismus podléhal potřebě objektivitu a vědeckosti do té míry, že popíral složitost lidské psychiky i význam vnitřních psychických procesů. Takovýto postoj se dost brzy ukázal jako nepřijatelný, a tak se pro další fáze behaviorismu stalo typické hledání způsobů, které by právě tento výklad vnitřní podmíněnosti chování mohly postihovat. To se projevilo již roku 1935, kdy Tolman zavedl pojem tzv. intervenující proměnné. Tento pojem slouží k výkladu vnitřní zprostředkovanosti, vlivu vnitřních psychických stavů na zpracování vnějších podnětů a z toho vyplývajících reakcí. Dále se behaviorismus stále více soustřeďoval na analýzu vnitřních podmínek vnějšího chování. V souvislosti s tím se mimo jiné i vedle pozorovatelného chování začalo studovat i tzv. chování vnitřní (49).

Pokračovatelé této teorie, tzv. neobehavioristé, se začali zabývat i prožíváním a neomezili duševní projevy osobnosti jen na pozorovatelné chování. S neobehavioristy se objevuje nový pojem proměnné specifické individuální reakce, což je efekt učení, který nezávisí jen na podnětu, ale i na způsobu jeho zpracování. To znamená, že může být u každého jedince odlišný. Motivace a vlastní aktivita má v novém pojetí behaviorismu stále nevýznamné místo (27).

Největším přínosem behaviorismu bylo poznání zákonitostí učení, především některých variant (např. objevy principů jednoduchého učení). Výsledky behavioristů

v oblasti učení byly užitečné nejen v praxi, ale posloužily jako podkladový materiál pro další výzkumy. Své využití našly tyto poznatky v oblasti aplikace programového učení ve školní praxi i v tzv. behaviorální psychoterapii, v práci s odstraňováním problémů v chování (např. agresivních tendencí pomocí odměn a trestů) nebo v oblasti změny emočního prožívání (např. v léčbě úzkostných poruch, odstraňování fobií apod.). Přínosem bylo i zjištění, že redukci zkoumaných jevů se zákonitě omezuje i míra jejich poznání (48).

1.2. Poruchy chování

Chováním (jednáním, konáním) rozumíme obvykle veškerou motoriku člověka, od mimiky, motoriky mluvidel až po složitou pracovní činnost. Jde o souhrnný název pro aktivity o různé úrovni složitosti a motivací (od chování, kde se významně podílejí pudy a afekty, především relativně staré a poměrně uniformní mechanismy sloužící hlavně obživě a reprodukci, až po složitá volní konání). Už po tisíciletí se vede spor, který nekončí o to, zda-li je motorem našeho chování vnitřní svobodná vůle (jak říkají voluntaristé), nebo zda-li se chováme podle vnějších popudů a potřeb, vnější motivace (jak říkají stoupenci determinismu). Zkoumání způsobů lidského chování a pohnutek je pro vědce fascinujícím zdrojem nejen věd o člověku, ale i z velké části umění (12).

Pokud vůbec lze u člověka mluvit ještě o pudovém chování, pak s vědomím, že pudovost je významně překryta a modifikována civilizací a kulturou. Platí to jak pro pudová chování sloužící k rozmnožování a k péči o potomstvo, tak pro pudová chování vedoucí k přijímání potravy a sebezáchově (48).

Podněty pro chování zaměřené k saturování našich potřeb nazýváme motivy. Více či méně jasně si je uvědomíme a zaměříme pak chování na určitý cíl, což subjektivně prožíváme jako akt vůle. Vnímáme sílu a stálost dané vůle (40).

Při depresivních stavech, při psychózách, při organických mozkových poruchách a při celé řadě dalších duševních a tělesných chorobách vnímáme zeslabení této síly a stálosti, ztížení rozhodovacích procesů mezi preferováním jednotlivých motivací s následným útlumem chování. Hovoříme o hypobulii (poklesu vůle) až abulii (úplnému

jejímu chybění). Jejím protikladem je hyperbulie, obvykle spojená se zvýšením tempa chování u manického syndromu.

Výrazné zvýšení tempa chování jde většinou na vrub jeho kvality, vede ke zbrklým až nesouvislým krokům v chování. Vyskytuje se u mánií, u intoxikací a označuje se chováním hyperagilním, agitovaným nebo prostě agitovaností.

Stupor je dlouhodobou absencí chování. Člověk ve stuporu nejedná, nereaguje, zaujímá stále stejnou polohu, nekomunikuje řečí (mutismus), nevšímá si podnětů z vnějšku a je zahleděn do svých vnitřních psychických dějů (autismus). Je přítomen vzácně u těžkých forem schizofrenie, podobně jako impulsivní jednání – náhlé zcela nečekané a situačnímu kontextu nesrozumitelné činy bez odpovídající motivace jak subjektivně pro svého nositele, tak objektivně pro okolí (12).

Naopak zkratkové chování je velmi často vídaná záležitost. Jde o chování, které má cíl, má pro svého nositele smysl, ale chybí boj motivů při značně zúženém hodnocení a výběru způsobu chování. Vidíme ho hlavně u jedinců sociálně nezralých jako jakýsi extrémně zbrklý únik ze subjektivně emočně nesnesitelné situace.

Motivace pro naše chování pochopitelně nevyvěrají jen z racionálních dějů, ale také z naší emotivity. Chováním dáváme najevo své emoce, mimo jiné tím také komunikujeme s ostatními. Většinou je naše chování pro druhé lidi i pro nás samé pochopitelné, emotivitu dáváme chováním najevo společensky přijatelným (racionalitou kontrolovaným, „cenzurovaným“) způsobem, je nějak cílesměrné (objektivně směřuje k nějakému cíli) a cílevědomé (onen cíl si více nebo méně jasně uvědomujeme). Existují ovšem i výjimky. K jedné z nich patří chování explozivní, výbušné, s nedostatečnou cenzurou emotivity ve vztahu k sociokulturním „normám“: náhlé a krátké špatně kontrolované výbuchy zlosti s bouřlivou afektivitou, většinou s agresí verbální či brachiální zaměřenou proti předmětům nebo vůči lidem. Známe ho především u osobností dissociálních a emočně nestabilních. Další takovou výjimkou je chování s trvale příliš expresivními a nepřiměřeně intenzivními, přehnanými zevními projevy emotivity, jakoby přehrávanými. Toto bývá u histrionských osobností, říkáme mu jednání histrionské, afektované, dříve se používal termín hysterické chování (12).

Chování dospělého člověka je socializované, tj. naučeně respektující společenská pravidla a normy chování (48). Nemá-li však tuto vlastnost, mluvíme o dissociálním (asociálním, delikventním) chováním. Vyskytuje-li se u jedince dlouhodobě, opakovaně, svědčí pro poruchu osobnosti nebo pro výchovnou nedostatečnost (12).

1.3. Poruchy chování u seniorů

Chování obsahuje tři hlavní funkční systémy: kognice (jak zacházíme s informacemi), emoce (city a motivace) a exekutivní funkce (způsob chování). Normální chování člověka je projevem zachované funkce těchto systémů. Jako poruchy chování v běžném kontaktu s nemocným označujeme každou změnu v jeho projevech, která má za následek podivné či neobvyklé chování, nemocní zneklidňují nebo ohrožují ostatní osoby ve svém okolí, nebo opakovaně postupují nepřiměřeně situaci a společensky nevhodně (39).

Stáří je pro mnohé lidi kritickým životním obdobím. Je doprovázeno změnami životního stylu a adaptace na nové podmínky, které jsou příčinou stresu. Odchod do důchodu, úmrtí partnera nebo blízkých přátel mění společenské postavení a vztahy, a tím mohou vést ke snižování společenské prestiže i zájmu o vlastní osobu. S věkem stoupá výskyt chronických onemocnění, senioři častěji trpí onemocněním pohybového aparátu, hypertenzí, srdečními potížemi, poruchami zraku a sluchu. Veškerá tato onemocnění, často bolestivá, vyžadují užívání řady léků, omezují samostatnost starších lidí, přispívají zvýšení počtu hospitalizací, umístění do sociálních zařízení a zhoršují kvalitu života (42). Záleží i na premorbidních osobnostních rysech, které mají tendence se s věkem měnit a zhoršovat schopnost přizpůsobení novým životním situacím. Senioři mají sklony ke zvýšené podezřívavosti, vztahovačnosti, egoismu, lakotnosti, emoční labilitě.

Stárnutí však samo o sobě poruchy chování nevyvolává. Pokud se poruchy chování vyskytnou, signalizují chorobnou změnu, kterou je nutno rozpoznat a vhodným způsobem léčit, protože neléčené poruchy chování ohrožují zdravotní stav pacienta, vedou k jeho izolaci a odmítání okolím (39). Mají také vliv na rodinu pacienta a

vyčerpávají všechny, kteří o nemocného dlouhodobě pečují. Poruchami chování trpí cca 10% osob nad 65 let (42).

Mezi poruchy chování, které nejčastěji vedou k vyhledání pomoci lékaře patří:

- agresivní chování (kdy pacient ohrožuje slovně nebo fyzicky své okolí nebo sebe. Je to nejzávažnější porucha chování, která spolu s agitovaností je nejčastější příčinou hospitalizace seniorů) (39)
- agitovanost a neklid (nemocný je úzkostný, vystrašený, naléhavý, plačtivý, chová se neúčelně, přemísťuje věci, utíká, bloudí, volá o pomoc bez objektivní příčiny ohrožení) (39, 42)
- společensky nevhodné chování (kdy nemocný například schovává a shromažďuje věci, nedodržuje hygienu, manipuluje s výkaly, chová se sexuálně nevhodně na veřejnosti) (42)
- poruchy chování pod vlivem bludů (nejčastěji bludy okrádání, ubližování, nevěry) a halucinací (ve stáří častěji zrakové poruchy vnímání, kdy pacient vidí zvířata, cizí osoby v bytě apod.)

Poruchy chování bývají často spojeny s:

- duševními poruchami (deprese, úzkost, psychotická porucha)
- organickými změnami mozku (degenerativní onemocnění mozku, cévní mozková příhoda, nádorové onemocnění mozku, úrazy hlavy apod.)
- nepříjemnými tělesnými pocity (bolest, dušnost, chronické zažívací potíže)
- vlivem medikace nebo psychoaktivních látek (anticholinergní antiparkinsonika, tricyklická antidepresiva, některá analgetika, hypnotika, alkohol)
- somatickou poruchou (infekce, retence moči, orgánové selhávání, pooperační období – jsou často spojeny s výskytem delirií, obzvláště v terénu organicky poškozeného mozku)

Navíc je řada exogenních faktorů (hospitalizace, neshody s členy rodiny, nedostatek podnětů a činnosti, nevhodné zacházení), které svým způsobem přispívají k výskytu poruch chování (39).

Při vyšetření pacienta s poruchami chování je nutno vždy pátrat po možné příčině. Je důležitá podrobná anamnéza, nejlépe doplněna osobou pečující, zaměřená na následující body:

- jaké jsou projevy chování, které nejvíce obtěžují nemocného a okolí
- jak často se vyskytují, jaké faktory je provokují nebo naopak zmírňují
- jak vznikly – náhle nebo pozvolna
- jaké léky nemocný užívá
- vyskytovaly se poruchy chování v minulosti a jak byl nemocný léčen a s jakým úspěchem (45)

Neoddělitelnou součástí vyšetření pacienta s poruchami chování je pečlivé vyšetření tělesného stavu. Je nutno mít na paměti, že agresivita, neklid a psychotické příznaky mohou být známkami deliria, které je časté při dekompenzaci somatického stavu (39).

Léčba poruch chování by měla být cílena, zaměřena na vyvolávající příčiny. Pokud lze, je vhodné se vyhnout psychofarmakům a nejprve upravit prostředí, eliminovat stresory, upravit dietní režim, edukovat pečující. V nevyhnutelných případech přistupujeme k farmakoterapii (44). Při farmakologickém ovlivnění poruch chování ve vyšším věku je nutno mít na paměti:

- vyšší věk je spojen s odlišnou farmakokinetikou a farmakodynamikou a psychofarmaka i v nižších dávkách mohou vést k nežádoucím vedlejším účinkům
- použití tricyklických antidepresív je ve vyšším věku naprosto nevhodné pro jejich kardiotoxický a anticholinergní účinek
- je nutno se vyhnout podávání klasických neuroleptik pro jejich vysoké riziko nežádoucích účinků a anticholinergního působení, s výjimkou haloperidolu a melperonu
- benzodiazepiny předepisovat jenom v nejnutnějších případech a volit léky s kratším vylučovacím poločasem. Naprosto nevhodný je diazepam, který vede k ovlivnění kognitivních funkcí (39)

- začínat nižšími dávkami a dle stavu eventuelně dávky léků postupně zvyšovat, ale nepřekračovat doporučené dávkování
- včas zajistit eventuelně nutnou hospitalizaci pacienta (např. v případě agresivního chování, psychotických příznaků, odmítání potravy) (44)

1.4. Poruchy chování a demence

Pojem demence je odvozen z latinského *de* (bez, od) a *mens* (mysl, vědomí, rozum).(18) Demence je organicky podmíněný, výrazný pokles intelektu, který významně limituje kognitivní, funkční a behaviorální schopnosti, a dochází tak k narušení každodenní sociální a ekonomické aktivity. Postižený jedinec se stává nesamostatným a je odkázán na pomoc druhých lidí (9, 37). Choroby, projevující se jako demence, také nezřídka představují základní příčinu smrti (Alzheimerova choroba a další neurodegenerativní demence), jindy přítomnost demence podstatně zvyšuje úmrtnost, zkracuje naději postiženého na přežití (vaskulární demence). Některé demence jsou při včasné diagnostice a zahájení terapie reverzibilní.

Demence jako taková tvoří heterogenní skupinu chorob a je nejčastější psychiatrickou poruchou ve stáří (43). Vzhledem k multifaktoriální etiologii, zahrnující různé nosologické jednotky, se často používá termín **dementní syndrom** (31). V současné době je popisováno více než 90 možných příčin demence. V praxi se dále také můžeme setkat s termínem organický psychosyndrom (37).

Syndrom demence zpravidla zahrnuje tyto základní symptomy: deterioraci intelektu (podstatné snížení inteligence o 20 procent), poruchy paměti (nejdříve porucha novopaměti, postupně se přidává i porucha staropaměti), poruchy orientace, poruchy soudnosti a abstraktního myšlení, poruchy motivace a pozornosti, poruchy chápání, poruchy korových funkcí typu apraxií, afází apod., poruchy chování (někdy jsou spojené s agresivitou nebo brachiální agresivitou namířenou proti věcem či proti osobám), poruchy emotivity, poruchy osobnosti, degradaci osobnosti (13).

Nekonstantně se u demencí vyskytují i další symptomy, např. paranoidita včetně produkce paranoidně – persekčních bludů, poruchy vnímání, dále poruchy cyklu spánek - bdění a kvalitativní poruchy vědomí – deliria (8, 31).

Kvalitativní poruchy vědomí – deliria, nepatří sice k symptomům demence, ale uvedené poruchy se vyskytují nezávisle na poruše vědomí. U dementních nemocných totiž často dochází k současnému výskytu především tranzitorních, krátkodobých delirií.

Podle své závažnosti, podle intenzity příznaků a celkového postižení se demence dělí do několika stádií. Obvykle se rozděluje do tří nebo čtyř stádií.

První stádium: typická je mírná, avšak objektivně zjiitelná porucha paměti, zapomnětlivost, obtížné řešení nových či komplexních problémů, apatie, sociální stažení.

Druhé stádium: došlo již ke střední až těžké poruše paměti, je přidružena dezorientace místem a časem, častý je vznik apraxie, řečových poruch, objevují se potíže visuokonstruktivního rázu – neschopnost okopírovat např. obrazce, objevují se také změny osobnosti. Musí být dohled druhé osoby.

Třetí stádium: postižený zanedbává zevnějšek, přestává komunikovat s okolím, zachovány zůstávají jen nejjednodušší svalové a vegetativní reflexy, dochází k inkontinenci moči i stolice. Intelekt je narušen do té míry, že jej již obvykle nelze testovat. Postižený není schopen se o sebe postarat a je zcela odkázán na péči druhé osoby.

Čtvrté stádium (terminální): postižený vůbec nekomunikuje s okolím a je plně upoután na lůžko.

Dělení stádií demence se různí, existuje také rozdělení do sedmi stádií aj. (17).

Definice demence podle platné desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní: „**Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek**“ (50).

1.4.1. Epidemiologie demencí

Nejvíce demencí se vyskytuje v populaci nad 60 let. Celková prevalence demence výrazně stoupá s věkem. V 65 - 75 letech trpí středním až těžkým stupněm demence 5 – 7 procent obyvatelstva, nad 80 let již minimálně 20 procent (6, 43). Z toho je více než polovina zastoupena Alzheimerovou demencí. Vaskulární demence představují 10 – 25 procent, demence smíšené asi 10 procent a sekundární demence 10 – 15 procent (31, 50).

V ústavech ošetrovatelského typu trpí demencí asi 50 – 80 procent. Mortalita nemocných s demencí je dvojnásobná ve srovnání s pacienty bez demence (36).

1.4.2. Alzheimerova choroba

Tuto formu demence poprvé popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907. Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence a připadá na ni 50 až 60 procent všech demencí (8). Do 45 let věku se toto onemocnění vyskytuje velmi vzácně. U pacientů ve věku do 65 let je používán termín Alzheimerova presenilní demence (tzv. Alzheimerova choroba s časným začátkem), po 65. roce věku hovoříme o senilní demenci Alzheimerova typu (tzv. Alzheimerova choroba s pozdním začátkem) (11). Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem mají relativně rychle se zhoršující průběh s výraznými časnými poruchami vyšších kortikálních funkcí. Ve většině případů začínají v průběhu nemoci poměrně brzy afázie (porucha vyjadřování a chápání jazyka podmíněná poškozením řečově dominantní hemisféry mozku), agrafie (ztráta schopnosti psát), alexie (ztráta schopnosti číst) a apraxie (neschopnost vykonat správný pohyb na základě slovní instrukce, neschopnost imitovat pohyb předvedený vyšetřujícím, neschopnost vykonat správný pohyb ve vztahu k viděnému předmětu, neschopnost správně zacházet s předmětem). U demencí Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem je progresse pomalejší a základním rysem je zhoršení paměti (10).

Klinický obraz demence Alzheimerova typu: Pro Alzheimerovu chorobu je typický plíživý, nenápadný začátek onemocnění a progresivní trvalé horšení duševních schopností (47).

V *časné fázi (lehká demence)* se choroba manifestuje zapomnětlivostí, zvláště pro zcela nedávné události, neschopností učit se, jemnými poruchami řeči a střídáním anxiózní a depresivní nálady. Nemocný si svou poruchu uvědomuje, velmi často ji maskuje před okolím i lékařem, může se objevit podrážděnost, hostilita nebo úzkostnost – depresivnost, ale i přehnaná žoviálnost. Sociabilita nebývá porušena a v této fázi je proto těžké rozpoznat poruchu bez použití jemnějších neuropsychologických technik. Často až překvapivé paměťové omyly, porucha orientace, porucha soudnosti a obtížným se postupně stává zvládání úkolů běžného denního života (např. dojít na poštu, nákup, dodržet předem domluvený termín), což upozorní na do té doby nediagnostikovanou poruchu (43). Nemocný je postupně časově dezorientován, později i prostorově, nedokáže např. rozpoznat známá místa, nemůže najít cestu zpět domů, v nemocnici svůj pokoj a lůžko či dokonce není schopen vyznat se ve vlastním bytě – není schopen nalézt WC, vlastní postel apod. (13). V této fázi již nemocný při vyšetření např. je neschopen nakreslit trojrozměrný objekt, je neschopen složit kostky podle předlohy nebo nakreslit ciferník hodin s požadovaným časovým údajem. Někdy se objevují i izolované korové výpadkové jevy (afázie, agnózie (porucha poznávání), apraxie, alexie aj.) (43).

V *období středně těžké demence* jsou patrné již významné výpadky paměti (včetně jmen členů vlastní rodiny) (17). Nemocní zcela ztrácejí schopnost se učit a vybavit si novou informaci a abstraktně myslet. V mluvě používají jednoduchou slovní zásobu, začínají se objevovat potíže s pojmenováváním předmětů (anomie) a v nacházení vhodných slov, dochází k jejich komolení, hlavně koncovek, či k opakování jednoho slova nebo myšlenky (verbigerace a perseverace). Porucha paměti a časoprostorové orientace je porušena tak silně, že vede ke kompletní amnestické dezorientaci (nikoliv tedy k dezorientaci na podkladě kvalitativní poruchy vědomí – deliria). Nemocní nejsou orientováni místem, časem a nezřídka i vlastní osobou nebo jsou orientováni pouze rámcově, v hrubých rysech (13). V této fázi nemoci zůstává nemocný stále ještě pohyblivý, je však ohrožen pády či úrazem, objevují se závažné poruchy chování a je zcela ztracena sociabilita. Časté je bloudění, projevy negativismu, nespolupráce při dodržování hygieny, agresivita, nekontrolované a nezvládnuté afekty (např. afekty vzteku), patická nálada a deliria (43). Z poruch myšlení se mohou také

přechodně objevit produkce bludů, především paranoidně – persekčního obsahu. Tyto bludy bývají spíše prchavé vágního obsahu, nelogicky skloubené, často bizarního obsahu (někdo jim krade peří z peřin, šaty ze skříně apod.). Mohou se objevit iluze a halucinace, tvořící s bludy obraz paranoidně – halucinatorního syndromu. Odbřžděny mohou být i pudové složky (např. v sexuální oblasti – sexuálně nepřiměřené chování) (50). U nemocného je snížená schopnost postarat se sám o sebe, při oblékání, mytí a použití toalety i najedení, je již závislý na pomoci druhé osoby.

Ve fázi těžké, terminální demence je nemocný zcela odkázán na trvalou celodenní péči druhé osoby (43). Je imobilní a inkontinentní a není schopen poznat přátele a dokonce i členy vlastní rodiny (17). Verbální projev je omezen na minimum, stejně jako ostatní formy komunikace, je schopen opětovat úsměv, reaguje na bolest bolestivou grimasou. Mohou se objevit neurologické příznaky, např. extrapyramidová rigidita, pseudobulbární postižení a poruchy vědomí (43). Nemocný má sklon k malnutrici, aspiraci, dekubitům, pneumoniím a infekčním komplikacím, které bývají bezprostřední příčinou smrti.

Přehled klinického vývoje poklesu kognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby je patrný z tabulky č. 1, příloha č. 1 (31).

1.4.3. Demence u Parkinsonovy choroby

Demence se rozvíjí pouze u těch pacientů, kteří mají diagnostikovanou Parkinsonovu chorobu, zvláště její těžkou formu (25). Tato demence je řazena do skupiny tzv. podkorovitých demencí. Postupně progreduje a střídá se období relativní úlevy a nepříznivé prognózy. Demencí u Parkinsonovy choroby trpí asi dvacet procent nemocných (13, 43).

Demence postupuje pomalu, nemocný je bradypsychický a myšlení je výrazně zpomalené, tzv. bradyfrenie. Typické jsou doprovodné extrapyramidové příznaky jako je zpomalení pohybů, klidový tremor (třes), maskovité vzezření a rigidita svalstva (35). Významná je porucha motivačně – volních vlastností. Paměť bývá relativně méně porušena, dominuje především zapomnětlivost, respektive snížená schopnost vybavení starých paměťových obsahů, ale většinou zůstává schopnost vštípení nových

paměťových obsahů. Je postižena soudnost a abstraktní myšlení. Teprve v pozdních stádiích choroby se objevuje výrazná intelektová deteriorace (52).

1.4.4. Demence u Pickovy choroby (Demence fronto – temporální)

Jedná se o postupně se rozvíjející demenci, se svým začátkem ve středním věku, obvykle mezi 50. a 60. rokem. V literatuře je popisován i výskyt již po 40. roce věku (34, 37).

Choroba probíhá zpravidla ve třech fázích. Jako první bývá zpravidla postižena soudnost, kritičnost, pozornost a motivace, objevují se změny osobnosti. Při postižení temporálního laloku pak dochází zpravidla k rozvoji amnestické afázie. Pro druhou fázi je typická nepřiměřená rozjařenost s moriatickou náladou – plané, hloupé vtipkování, stereotypní neúčelné chování, manýrování (13). Někdy se objevuje hypersexualita nebo i deviantní sexuální chování u lidí dříve nedevariantních (např. vážený a slušný občan začne na veřejnosti osahávat a jinak sexuálně obtěžovat děti). Objevuje se hyperoralita, která se projevuje tím, že nemocní zkoumají předměty ústy namísto hmatem, někdy dochází k požívání i nepoživatelných předmětů (14). Dochází k selhávání sociálních kontaktů, nemocní ztrácejí schopnost úsudku. Zvýrazňují se fatické poruchy a přibývá neurologických ložiskových symptomů.

V poslední třetí fázi dochází k výrazné demenci, nemocný je bradypsychický, neschopný běžné denní rutiny, prohlubují se fatické poruchy. V tomto stádiu se nemocný stává plně závislý na svém okolí. Paměť sama o sobě nebývá většinou tak výrazně postižená jako u Alzheimerovy choroby. Je překvapující, že u postižení frontálních laloků je krátkodobá paměť poměrně dlouho zachována. Nápadné jsou však změny osobnosti, a to již v samém počátku onemocnění. Může být přítomen mutismus (neschopnost mluvit), někdy echolalie (opakování slyšených slov) nebo palilálie (opakování slabik nebo celých slov). Výrazná bývá hypomimie (snížení mimiky). Choroba je velmi často vyjádřena prefrontálním syndromem včetně výbavných neurologických axiálních reflexů (13, 46). U Pickovy choroby se většinou nejdříve vyskytují poruchy chování a osobnosti, než-li poruchy paměti a ostatních kognitivních funkcí (36).

1.4.5. Huntingtonova chorea (*Chorea huntingtoni*)

Huntingtonova chorea je vzácné dědičné degenerativní neuropsychiatrické onemocnění, které je autozomálně dominantně geneticky podmíněné, což znamená, že každý potomek postiženého rodiče bude s padesáti procentní pravděpodobností také postižen (18). Začíná zpravidla mezi 35. a 45. rokem života. Může se také projevit až po padesátém roce, výjimečně v mladém věku, i před patnáctým rokem. Obecně lze říci, že čím dříve choroba propukne, tím hůře a rychleji většinou probíhá (13).

Neurologické poruchy se zpravidla vyskytují jako první, předcházejí výskyt psychických poruch (11). Z neurologických poruch převládají především choreatické dyskinezi obličejového svalstva, rukou, paží nebo celého těla. Nemocný se snaží zpravidla tyto pohyby zakrývat tím, že je převádí ve volní činnost (24). Hyperkineze končetin vede ke značnému ztížení hybnosti nemocného. Nakonec přechází tento stav do akinetického rigidního syndromu. Postupem času se přidávají příznaky postižení psychiky. Nemocný trpí nesoustředěností, poruchou emotivity, zejména deprese a podrážděnost. Postupně pak dochází k rozvoji demence (36). Ta se svými projevy řadí k podkorovitým demencím. Nastávají typické emoční a osobnostní změny – inerce či apatie. Tyto změny mohou být příležitostně doprovázeny výbuchy vzteku. Objevuje se také porucha mnestických funkcí, zpravidla mající globální charakter. Nemocní postupně ztrácejí schopnost zapamatovat si nové informace a vážne i výbavnost ze zásobní paměti. Někdy se mohou vyskytnout i typické korové poruchy typu afázií, agnózií, apraxií atd. Vzhledem k tomu, že bývá postižen frontální lalok, objevuje se někdy obraz prefrontálního syndromu. Demence pomalu progreduje (13, 24).

1.4.6. Demence s Lewyho tělísky

Patří k nejnověji identifikovaným typům demence, takže dosud není zařazena do platné Mezinárodní klasifikace nemocí (11). Demence s Lewyho tělísky má v literatuře řadu synonym: korová nemoc s Lewyho tělísky, varianta Alzheimerovy nemoci s Lewyho tělísky, senilní demence s Lewyho tělísky, senilní demence Lewyho typu a jiné. Je buď pojímána jako samostatná choroba, někdy jako varianta Alzheimerovy choroby nebo jako varianta Parkinsonovy choroby (14).

Klinicky nejvýznamnějším příznakem je kolísající postižení kognitivních funkcí, které zasahuje obvykle paměť, ale i řeč a jazyk, praxi a usuzování, nápadné někdy bývá postižení vizuospacálních funkcí. Ke kolísavým kognitivním poruchám se přidávají zrakové nebo sluchové halucinace (mohou se vyskytovat společně) doprovázené druhotnými paranoidními bludy, mírné extrapyramidové příznaky, například ztuhlost nebo třes, opakované a nevysvětlené pády nebo přechodné zastření či ztráta vědomí a výrazná přecitlivělost na obvyklou dávku neuroleptik (11, 46).

Na rozdíl od delíria jsou tyto klinické příznaky bez ohledu na délku trvání přítomny dlouhodobě, to znamená týdny i měsíce. Onemocnění často rychle progreduje do stádia hluboké demence (18).

1.4.7. Progresivní supranukleární obrna (Steelův – Richardsonův – Olszewského syndrom)

Progresivní supranukleární obrna je poměrně vzácná, může začít jak v presenilním, tak v senilním věku (13). Přítomna je jak psychická, tak i neurologická symptomatika. Z psychických příznaků se vyskytuje demence a poruchy efektivity (52). Převládá bradypsychismus, těžké poruchy motivace a mnestické poruchy, obzvláště postižení recentní paměti. Afázie jako typický korový projev nebývá přítomen. Výrazné jsou neurologické symptomy – poruchy oko-hybných pohybů – nemocný není schopen volně stočit oční bulvy při pohledu dolů nebo pohled dolů bývá zpomalený a váhavý, dále svalová ztuhlost, obzvláště svalstva trupu, pseudobulbární symptomatika, parapyramidové příznaky, porucha chůze s četnými pády, celková pohybová zpomalenost. Na první pohled je patrná hypomimie. Mezi nejčastější emoční poruchy patří deprese, často se objevuje také záchvatovitý pláč a smích (13).

1.4.8. Olivopontocerebrální atrofie

Jde o dědičnou degenerativní chorobu projevující se nejprve postižením mozečku, později i jiných oddílů centrální nervové soustavy, zejména extrapyramidového systému. Objevují se projevy parkinsonismu (13). Tato choroba se

projevuje nejčastěji neurologickými příznaky, ale byla při ní popsána i familiárně se vyskytující demence.

V klinickém obraze dominuje spasticita, ataxie (nedostatečná koordinace svalů při volných pohybech), retinální pigmentace s poruchou visu, dysartrie, oftalmoplegie a chorea.

1.4.9. Presenilní gliální dystrofie

Presenilní gliální dystrofie též také progresivní subkortikální glióza Neumannova – Cohnova je presenilní demence s patologickým gliálním syndromem. Při této chorobě dochází k nápadné atrofii temporální a frontální oblasti.

Co se týče klinických symptomů, je choroba značně rozmanitá. Objevují se různé neurologické symptomy včetně epileptických paroxysmů. Svým klinickým obrazem je demence podobná Pickově chorobě (13).

1.4.10. Multiinfarktová demence

Tato demence vzniká na podkladě mnohočetných mozkových infarktů, jejich příčinou je patologie mozkových cév. Choroba začíná zpravidla po šedesátém roce života. Většinou má onemocnění náhlý začátek (první poruchy následují po cévní mozkové příhodě), ale jsou známy i formy se začátkem pozvolným. U těchto pozvolna začínajících forem se zpravidla na počátku vyskytuje sekundární neurastenický syndrom, který je charakteristický zvýšenou dráždivostí, snadným a rychlým efektivním vzplanutím, nevykonností, nestálostí emocí. Nevykonnost je jak fyzická, tak i psychická. Převládající emocí bývá úzkost. Typickým projevem je i porucha spánku – neschopnost usnout nebo časté noční probouzení. Po ránu bývá nemocný ospalý, pociťuje únavu. Výrazná bývá porucha koncentrace pozornosti (47).

Stádium sekundárního neurastenického syndromu přechází do stádia plné demence. U většiny nemocných však k tomuto rozvoji demence dochází náhle (to se vysvětluje vznikem nových mozkových infarktů nebo také tím, že dojde k náhlému zhoršení vlivem psychosociálního stresu, např. u náhlé hospitalizace v nemocnici) (13). Paměťové funkce jsou porušeny nejvýrazněji v oblasti paměťové konsolidace, tedy

vštípení, zapamatování si nových paměťových obsahů. Nemocní však bývají někdy poměrně dlouho schopni správně užívat staropaměť, i když výbavnost je pomalejší. A proto bývají nemocní schopni vykonávat i nadále své povolání, pokavaď tam mohou využívat zkušeností, běžné rutiny každodenního života. Velmi brzy však začnou selhávat tam, kde se musí adaptovat na nové situace, přijímat stále nové informace, být pohotový v myšlení (7). Pro rozvinutou multiinfarktovou demenci je typické kolísání paměťové i intelektuální výkonnosti, jedinec bývá někdy schopen se na kratší dobu vypnout k dobrému výkonu. Typický je tedy kolísavý, fluktuující průběh onemocnění. Dále se projevy demence zhoršují schodovitě, v intervalech (u Alzheimerovy demence je naproti tomu progrese choroby kontinuální, plynulá). Poruchu paměti si nemocní na rozdíl od nemocných s Alzheimerovou demencí dlouho uvědomují, zůstává dlouho zachováno vnímání choroby. Tento stav přispívá k tomu, že se často vyskytuje u nemocných doprovodná depresivní symptomatika (2). Osobnost nemocných s multiinfarktovou demencí zůstává dlouho relativně zachovalá, nemocní jsou schopni dodržovat společenské konvence, v porovnání s Alzheimerovou demencí u nich dochází méně často k úpadku v eticko-estetické sféře, k asociálním projevům apod. Často však bývají zvýrazněné některé premorbidní osobnostní rysy, např. lakota, podezřívavost, hypochondrie, žárlivost, sentimentalita. Ve většině případech dochází k poruše sexuálních funkcí – k poklesu libida i potence, i když výjimečně se mohou také objevit deviantní sklony u lidí dříve nedevariantních. Často se vyskytuje paranoidita až paranoidně – halucinatorní syndrom (7, 47).

Jako doprovodný symptom se poměrně často vyskytují přechodné poruchy vědomí kvantitativního – deliria. Mohou se objevit i příznaky korového postižení typu afázie, agnozie, apraxie apod.

Vyskytuje se více faktorů majících nepříznivý vliv na průběh multiinfarktové demence. Jsou to např. vysoký tlak, cukrovka, nadváha, kouření. V pozdních stádiích choroby dochází ke globální deterioraci kognitivních funkcí i degradaci osobnosti (13).

1.5. Poruchy emotivity

Emotivita, citová sféra lidského duševního života, je v zásadě polárního charakteru. Emoce odrážejí buď kladnou náboj podnětové situace (pocitem libosti) nebo náboj záporný (pocitem nelibosti) (40). Tato polarita je vývojově velmi starého data a vede k opačným typům chování u živočichů obecně: k přibližování se situacím vyvolávajícím představu libosti a ke vzdalování se situacím vyvolávajícím představu nelibosti (12).

Prožitky libosti nebo nelibosti, kladného nebo záporného vztahu ke změnám zevního a vnitřního prostředí vzájemně souvisejí s uspokojováním potřeb a s nasměrováním vzorců chování. V situaci ohrožení emoční prožitek strachu vede k útěku, emoční prožitek hněvu k agresi, v situaci ztráty důležité hodnoty se rodí prožitek smutku, při bezradnosti úzkost a podobně. Řada emocí má souvislost s interpersonálními vztahy a se socializací člověka. Tyto emoce jsou složitější, směřovány i do budoucnosti (láska, nenávist, hrdost, stud, lítost) a jsou nezbytné pro dobré soužití jedince s druhými lidmi. Emotivita člověka je záležitost, která je mnohdy slovně obtížně vyjádřitelná a je interindividuálně nesmírně variabilní (3).

Emoce mají svou psychickou, také i tělesnou a vegetativní prožitkovou oblast. Ovlivňují významně tonus sympatiku a parasympatiku, svalové napětí, krevní tlak, frekvenci pulsu a dechu, šířku zornic, pocení, zažívání, vyměšování a mnohé jiné funkce. Lidé se jeden od druhého individuálně liší v tom, které jejich vegetativní funkce, jak výrazně a jak dlouho jsou při té které emoci ovlivněny (34).

Emoce se rozdělují na krátkodobé – afekty a na dlouhodobé – nálady. Krátké zážitkové reakce, afekty, bývají výrazně polární, mají svou komunikační složku (verbální i pantomimickou) a jsou vždy provázeny odezvami ve vegetativním nervovém systému. Do jisté míry je již známa i jejich lokalizace (hypotalamus, thalamus, limbický systém) a jejich mediátorová biochemie (serotonin, noradrenalin, dopamin, acetylcholin, gamaaminomáselná kyselina, cholecystokinin) (12).

Z poruch afektů stojí za zmínění afektivní labilita. Ta je vyznačována velmi měnlivými afekty, snadno a rychle vybavitelnými i nevelkými podněty. Afektivní labilita bývá přítomna při mozkových poruchách, především u demencí (51).

Patický afekt je velmi vzácně se vyskytující jev, kdy na vrcholu silného intenzivního afektu (vzteky, hněvy) dochází ke krátkodobé poruše vědomí, která má charakter mráкотného stavu s následnou amnézií. Patický afekt se může objevit u explozivní psychopatie, hlavně po silném záchvatu epilepsie, v alkoholovém opojení, u demence a jiných organických postižení centrálního nervového systému, ale i u „normálních“ lidí při vyčerpání, hladovění, nevyspalosti, po zdrcujícím zážitku (křivda, ponížení apod.) (51).

Pojmem nezvládnutý afekt není označována vlastně žádná specifická porucha, pouze skutečnost, že afekt, který při dostatečné sebekázi mohl být „zvládnut“ rozumovými kontrolami natolik, aby jeho zevní projevy byly společensky přijatelné, však volnými mechanismy usměrněn nebyl a došlo tak k výrazným a sociálně rušivým projevům (k nepřiměřenému křiku nebo pláči, k verbální nebo brachiální agresivitě). K tomu dochází u jedinců výbušných, dissociálních nebo jen nedostatečně vychovaných.

V psychologii všedního dne a u neuróz je potřeba dobře oddělovat afekt normálního strachu, který má zřejmý a jeho nositeli i okolí srozumitelný zdroj, a mezi afektem úzkosti (anxiety, anxiozity), který je prožitkově strachu velmi podobný, chybí zde však vědomí o objektu, o zdroji (tím není míněno, že by žádný zdroj nebyl nebo není, většinou jde o zdroj jen subjektivně neuvědomovaný, nicméně reálně existující nebo existovavší, přenesený, importovaný z jiných situací a z jiných časových období).

Dlouhodobými emočními stavy jsou míněny naše nálady. Ty se v podmínkách duševního zdraví dobře prolínají jak s temperamentovými a osobnostními charakteristikami svého nositele, tak s aktuální situací, v níž se nachází. Zde mluvíme o náladě biické, fyziologické, „normální“ (12).

Pro patickou, chorobnou náladu je naopak charakteristické, že intenzita a délka trvání je nepřiměřená a neodpovídá situaci a osobnosti. Někdy se situací a osobností nemá vůbec souvislost. Chorobná nálada také více ovlivňuje chování člověka a je méně narušována zevními vlivy, je „autonomnější“ (21).

Patickou náladou je klinicky bezesporu nejčastější a nejvýznamnější nálada depresivní. Je kvalitativně zásadně odlišná od normální smutné nálady. Jejimi

typickými charakteristikami jsou smutek, bezútěšnost, beznaděj, všeprostupující pesimismus, maximální autokritičnost. Jestliže je natolik hluboká, že je neodklonitelná zevními vlivy, lze se tedy právem domnívat, že se dříve nebo později stane zdrojem sebevražedných (suicidálních) úvah, tendencí a nakonec chování. Je-li depresivní nálada provázena sebeobviňováním (autoakusacemi) a mikromanickými bludy, hovoříme o náladě melancholické. Oproti normálnímu smutku, při kterém alespoň připouštíme, že časem může dojít ke zlepšení, je depresivní nálada provázena přesvědčením, že už nikdy ke zlepšení stavu nedojde (pesimismus pro fuuto). Depresivní nálada je stavem jak subjektivně nesmírně mučivým, trýznivým, tak i objektivně nebezpečným pro suicidální sklony, a proto lidsky i lékařsky alarmujícím (12). Dále je doprovázena nespavostí, nechutenstvím, hubnutím, sníženou sexuální aktivitou, nevykonností, nesoustředěností, hypobulií a útlumem psychomotorického tempa (28).

Pravým opakem depresivní nálady je nálada manická (pro její označení se používají též adjektiva expanzivní nebo euforická). Při této náladě je přítomný pocit exaltované blaženosti, pohody, extrémně zvýšeného sebevědomí, štěstí, někdy až nadšení a blaha. Všechny psychomotorické aktivity jsou zde zvýšeny: patří sem agitovanost, rozjařenost, mnohmluvnost, ztráta společenské distance, ztráta sociálních zábran, zvýšená podnikavost pracovní, erotická, zvýšená štedrost až rozhazovačnost, zběsilé neúčelné nakupování. Časem se proto zákonitě vyskytnou konflikty s okolím a pak může manická nálada dostat i zlobný (rezonantní) nádech (12).

Dlouhotrvající úzkost bývá označována jako úzkostná (anxiózní) nálada. Na rozdíl od strachu úzkost nemá konkrétní obsah (nebo se jedná o starosti z maličkostí) a pojí se s pocitem vnitřního napětí a tenze. Součástí úzkosti jsou rovněž vegetativní příznaky (častěji sympatické nežli parasympatické). Bývá doprovázena psychomotorickým neklidem, pocitem neurčitěho ohrožení. Subjektivní prožitek je velmi trýznivý, a proto i úzkost může vést k sebevražednému jednání nebo raptu (záchvatu šílenství). Úzkost bývá přítomna u deprese, schizofrenie, epilepsie, toxikomanie, demence (34).

Sebevražedným jednáním a jeho rizikem se z klinických i sociologických pohledů zabývá suicidologie. Zná skupiny populace, které jsou zvýšeně ohrožené

suicidálním jednáním (třebaže suicidium samo o sobě nemusí vždy nutně předznamenávat přítomnost duševní poruchy). Jedná se o lidi, kteří trpí tzv. afektivními poruchami, schizofrenií, závislostí na alkoholu a na jiných drogách a o lidi současně staré, osamocené a nemocné. V této skupině lidí vidáme převahu dokonaných sebevražd, zatímco školní, erotické a matřimoniální (manželské) nebo jiné sociální konflikty lidí mladších (jejich osobnost je většinou emočně a sociálně méně zralá, než jak tomu kalendářně odpovídá) korespondují především se sebevražednými pokusy, které mají obvykle jen přechodný, prchavý sebevražedný úmysl, více nebo méně vážně míněný a někdy se zkratkovitým typem jednání (12).

1.6. Deprese

Slovo deprese je latinského původu. Slyšíme v něm slovo deprimio, deprimere, depressi, depressus – stlačit (doslova de... dolů a premere... tlačit). Význam slovesné formy slova deprese v současné době vyjadřuje: stisknout, stlačit, snížit (např. výkon, míru energie, intenzitu určité snahy, náladu apod.). Znamená to i sklíčit, stísnit, deprimovat, oslabit (např. aktivitu, fyzickou – tělesnou sílu). Deprimovaný značí postižený krizí, zbídačelý, propadlý něčemu. Deprese sama pak znamená: pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, ustrnutí apod. Deprese je dnes všeobecně známý termín. Pro vyjádření toho, co se depresí rozumí, se však používá i řada jiných českých a cizích termínů (19).

Deprese (tzv. depresivní syndrom) je v literatuře popisována jako závažná protrahovaná (provleklá) změna nálady, jež nepříznivě působí na myšlení, chování a jednání člověka.

Zvyšuje se při tom strach, napětí, lhostejnost, netečnost a klesá zejména schopnost soustředění, paměť, vnímání, myšlení, rozhodnost, soudnost a další mentální funkce (50).

Depresivní syndrom není klinickou jednotkou, ale patří do heterogenní skupiny onemocnění (43). Může trvat týdny i měsíce a ve stáří doprovázet četné somatické a vegetativní potíže, které mohou depresi svými důsledky i zastřít. V senu může mít různé formy od tzv. smutku všedního dne přes existenciální deprese až po těžké patické

formy. Ve stáří tedy poměrně snadno jako příčina orgánových potíží může být i přehlédnuta (8).

Jak je z výše uvedeného patrné, je často neobyčejně obtížné přesně určit pojem depresivního syndromu. Pod tento zastřešující termín spadají stavy od lehkých pocitů obav a sklíčenosti až k těžké depresi, která má svá striktní diagnostická kritéria. Často se může deprese objevovat i v psychiatrii u demencí a psychóz (50).

Na rozdíl od běžného smutku všedního dne má deprese větší intenzitu, trvá déle, trváním se spíše zvětšuje a bez patřičné medikamentózní intervence se stává nevladatelnou. V klinické praxi je důležité, aby praktický lékař odlišil ještě normální strach, smutek a obavy od počínající deprese včas. Pocity sklíčenosti a sebeobviňování mají často i sami starší lidé tendenci přičítat k průvodním jevům stárnutí. K praktickému lékaři přicházejí tito nemocní často se somatickými potížemi, jakými jsou poruchy spánku, nechutenství, hubnutí, únava apod. Přitom v pozadí všeho stojící změna nálady může zůstat nepoznaná, a tudíž i neléčená (5, 33). Nemocní začínají být pesimističtí, hypochondričtí (až 2/3 depresivních seniorů je z různých důvodů přijato do nemocnice), ztrácí smysl života a objevují se u nich sebevražedné myšlenky. Riziko sebevraždy ve stáří se zvyšuje několikanásobně (sedm až desetkrát) a výrazně stoupá i počet dokonaných sebevražd (jeden pokus na jeden až tři dokonané), zatímco ve středním věku připadá pět až deset pokusů na jedno úmrtí (8, 50).

Jenom asi deset procent depresivních seniorů, kteří by potřebovali léčbu, jí skutečně dostane. Vzhledem k polymorbiditě vstupují do popředí rizika vzniku nežádoucích účinků léků, případně interakcí s jinými látkami. Když jsou však senioři pro depresi léčeni, reagují ve většině případech lépe než jedinci mladší (50).

Deprese může probíhat různě těžkým průběhem: od mírného, středně těžkého až po těžký průběh (28).

Při mírné depresi je nemocný schopen fungovat v každodenním životě, jen mu jde všechno hůře a pomaleji, přestávají ho těšit věci, začíná se vyhýbat přátelům a uzavírá se do sebe. Léčba probíhá zpravidla ambulantně.

U středně těžké deprese jsou domácí činnosti vykonávány těžce. Po většinu času je nemocný nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý, nedokáže se již soustředit na

noviny, ani televizi, izoluje se od lidí. Cítí nedostatek energie a zpravidla se za vše obviňuje. V léčbě je již vhodná docházka do denního stacionáře, v případě sebevražedných myšlenek je vhodná hospitalizace.

Při těžké depresi už není nemocný schopen starat se ani sám o sebe, má tendenci ležet v posteli a veškerý svůj čas trávit v sebevýčitkách. Nemocný je buď výrazně zpomalený v pohybech, mluvě i myšlení, nebo naopak výrazně agitovaný (u seniorů méně časté), plný neklidu, který ho popohání z místa na místo. Porucha nálady je hluboká a není téměř ovlivnitelná vnějšími impulsy. Praktickou činnost už nemocný nevykonává, nemá na ni energii a ztratil pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity. Časté jsou myšlenky na sebevraždu, ale tyto myšlenky se objevují u nemocného i při mírné nebo střední depresi. Léčba těžké deprese musí probíhat vždy v rámci hospitalizace (33).

1.6.1. Epidemiologie depresí

Zatímco u mladších věkových skupin patří k nejčastějším psychiatrickým onemocněním neurózy, drogová závislost a schizofrenie, po 45.-50. roce věku převládají afektivní poruchy, především deprese (43).

Vzhledem k obtížnosti určení deprese ve stáří (při jejím chybění v mladším věku), přítomnosti závažných somatických onemocnění a častému depresivnímu ladění seniorů (až 1/3) zůstává velká část depresí ve stáří nediodagnostikována. Podle Vojtěchovského je téměř polovina nemocných se stařeckou depresí pro tyto symptomy u nás léčena praktickým lékařem a jen několik málo procent je v léčení psychiatra (16, 50).

Prevalence klinicky zjevných depresivních symptomů u seniorů v komunitě nad 65 roků je osm až patnáct procent, daleko vyšší výskyt nacházíme u hospitalizovaných pacientů a u dlouhodobě umístěných v domovech důchodců nebo ošetrovatelských ústavech (až třicet procent). V pozdním stáří se vyskytují těžké formy deprese méně často, než-li v mladším věku (50). Bohužel ale s věkem stoupá sebevražednost, která dosahuje maxima u mužů i žen nad 85 let a je osm až desetkrát vyšší než ve věkové skupině 25 – 29letých (43).

Výše řečené jen podtrhuje skutečnost, že praktický lékař musí této problematice ve svém každodenní klinické praxi věnovat v budoucnu daleko větší pozornost. Musí ji profesionálně zvládat ve větší míře než jak je tomu dosud a s širšími a hlubšími vědomostmi. Odhady velkých multicentrických studií říkají, že každý šestý senior přicházející do ordinace svého praktického lékaře trpí různým stupněm deprese. Z toho na tzv. velkou depresi v domácím prostředí (primární péče) připadá tři až pět procent a v zařízení ústavní péče je to patnáct až pětadvacet procent. V zařízení sociální sféry během prvního roku po přijetí prožije depresi až patnáct procent obyvatel (50).

Zatímco ve středním věku jsou ženy postiženy depresí až dvakrát častěji než muži, ve stáří je tento rozdíl mezi ženským a mužským pohlavím méně nápadný. Ženy trpí ve stáří častěji než muži lehkými formami depresivního syndromu (34).

Prevalence stanovení deprese ve stáří velmi závisí na užitých diagnostických kritériích. Podle použité metodiky kolísá z 1/10 až po 1/4. Ačkoliv je to běžné onemocnění v senu, existuje jen malá shoda mezi autory o tom, zda-li skutečně s věkem stoupá. Ve stáří totiž dochází spíše k vzestupu rizikových faktorů deprese, než-li této psychické choroby samotné (50).

1.6.2. Rizikové faktory deprese

Vždy je třeba věnovat pozornost přítomnosti následujících poruch nálady: smutek a úzkost (osmdesát procent), apatie a hypochondrie.

Každý praktický lékař se musí cíleně zaměřit na vyhledávání deprese u osob se zvýšeným stupněm rizikových faktorů, mezi které patří zejména:

- *Výskyt deprese v anamnéze:* zvyšuje významně riziko jejího vzniku během života (1).
- *Choroba, bolest a dysaptibilita.* Somatické choroby - srdeční selhání, tumory (hlavně slinivky břišní), endokrinní a plicní onemocnění, nemoci kloubů spojené s bolestmi, postižení smyslových orgánů (zrak, sluch). Dysaptibilní jedinci mají sklon k depresi až trojnásobný ve srovnání s osobami bez handicapu. Často je pro lékaře obtížné rozhodnout o významnosti mezi somatickým onemocněním a depresí, např. při nechutenství, hubnutí, poruchách spánku apod. (23).

- *Onemocnění mozku* lze nalézt až u 1/4 depresivních seniorů - cévní mozková příhoda, tumory, demence (zejména Alzheimerova demence, Parkinsonova demence). Například po cévní mozkové příhodě za půl až dva roky se objevuje deprese u 1/3 až 1/2 z nich. Také spojení deprese a demence je velmi časté a významné. Doposud není jasné, zda je způsobeno organicitou nebo psychologickými prvky. Ve stáří bývají depresivní nemocní v osmi až patnácti procentech diagnostikováni a léčeni pro domnělou demenci, tzv. „pseudodemence“. Léčba antidepressivy obvykle vrátí pacienta do klinického stavu před vznikem této „pseudodemence“ (22).
- *Léky*- mohou představovat velmi významné riziko pro vznik deprese. Zvláště antihypertenziva, psychofarmaka, antiparkinsonika, steroidy a jiné léky u křehkých starých nemocných mohou významně potencovat vznik deprese. Je proto důležité, aby na tento fakt lékař (praktický nebo ošetřující) vždy pamatoval a znal vedlejší účinky a možné interakce léků, které jsou seniorům podávány. Převážně starší multimorbidní nemocní totiž mají převážně bohatou farmakoterapii (50).
- *Závažné životní události*, které vedly k odloučení seniora od celoživotního partnera nebo dítěte v důsledku dlouhodobého tělesného onemocnění nebo úmrtí, mohou vést u čtvrtiny z nich k rozvoji závažné deprese. Tato ztráta u jedince, který není predisponován k depresi, k ní obvykle nevede. Většina starších se totiž dovede poměrně dobře vyrovnat s uvedenými životními událostmi a ztrátami (33). Za nejvýznamnější stresor v životě starého člověka je považováno ovdovění (43).
- *Sociální a ekonomické aktivity*- osamělost, snížení společenských kontaktů, nedostatek financí apod. nejsou rovněž zanedbatelným rizikovým faktorem rozvoje deprese (19).

1.6.3. Klinický obraz deprese

U starých lidí dochází postupně v průběhu stáří ke ztrátě mnoha zdrojů radosti a uspokojení ze života – dochází k omezení osobních kontaktů, v souvislosti s odchodem

do penze ztrácejí senioři pocit společenského uznání a uspokojení z práce i vyšší příjem. Dále se staří lidé musejí daleko častěji vyrovnávat se ztrátou nejbližšího partnera, chronickou chorobou, která omezuje jejich soběstačnost, senzorickou i citovou deprivací a s dlouhodobým pobytem v ústavu (43). Depresivní ladění ve stáří se proto může zdát být lépe pochopitelné a mnohdy i přiměřené životní situaci (30, 50). Zde ale hovoříme o běžném smutku všedního života, který označil profesor Vondráček za biickou (normální) depresi. Tento stav krátkodobého a přechodného smutku ovšem nedosahuje patické intenzity ani trvání a není spojen s tělesnými projevy. V běžné praxi se proto tento stav musí odlišit od patické (skutečné) deprese, která když není diagnostikována a léčena, přináší nemocnému zbytečné utrpení a ohrožuje i jeho život (43).

Je potřeba vzít v úvahu, že starý depresivní nemocný nerad hovoří o svých psychických problémech (pocit smutku, bezmoci a viny) nebo o nich hovoří velmi málo. Ve svém důsledku to vede k tomu, že starý depresivní nemocný obvykle nevyhledá pomoc lékaře (8).

Senior má obavu z toho, že kdyby navštívil lékaře nebo psychiatra, bude mu sdělena diagnóza duševní choroby. Starý depresivní nemocný většinou nemá totiž dostatek informací a nevěří, že je deprese léčitelná. Bylo by proto vhodné, aby se u každého nemocného nad 70 let, který přichází do ordinace praktického lékaře a periodicky i u všech osob v geriatrických institucích, provádělo orientační vyšetření nálady, které by mělo patřit mezi základní screeningové vyšetření (16, 43).

Hlavním klinickým rysem deprese je patologicky depresivní nálada, která vzniká bez zjevné příčiny a má silný vliv na veškerou psychiku nemocného. Hluboká deprese bývá také někdy, a to zejména v minulosti, označována jako melancholie, tzv. endogenní deprese (38).

Depresivní porucha nesouvisí s nějakými konkrétními událostmi. Lze říci, že emoční ladění ztrácí svou adaptačně regulační funkci. Člověk přestává reagovat standardním způsobem na vnější i vnitřní podněty a má sklon k nepřiměřeným projevům. Smutek obecně působí na člověka tlumivě. Jestliže je deprese patologicky zesílená, dochází k tomu, že se zvětšuje i její tlumivý vliv, mnohdy v tak velké míře, že

lze mluvit o maladaptaci (47). Někdy se naopak může aktivace organismu nadměrně zvýšit, toto se tak děje zejména pod vlivem silné úzkosti, která může některé deprese doprovázet (23).

Vnější vlivy nejsou pro tuto formu deprese nikterak významné. Depresí postižený člověk často nedokáže obvyklým způsobem emocionálně reagovat na podněty, které běžně nějakou reakci vyvolávají. Člověk na podněty reaguje podivně a je k nim nepochopitelně lhostejný. Tito nemocní mají svůj svět, který je pro ně důležitější než cokoliv jiného, a z něhož vyplývá i jejich vztah k vnějšímu dění (10).

Depresivní, resp. melancholické ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání, uvažování i chování nemocného. Vede k poruchám psychické regulace, k útlumu potřeb i volní aktivity (50).

Důležitým diagnostickým projevem deprese je ranní pesimum, což znamená, že se nemocní cítí hůře ráno. Velice časně, už tak kolem druhé nebo třetí hodiny v noci se budí a pak nemohou znovu usnout. Večer se naopak cítí o něco lépe (v tomto je jakýsi rozdíl mezi nimi a neurotickými depresivními pacienty, kteří se cítí špatně spíše večer).

Depresí postižený nemocný ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný a pesimistický. Jeho emoční ladění vede ke zobecnění negativního způsobu hodnocení čehokoliv. Člověk se stává pesimistou, a to bez ohledu na reálnou kvalitu situace, která je posuzována.

Sebehodnocení bývá významně zhoršeno (47). Nemocní mívají pocity méněcennosti a neschopnosti (33). Trpí autoakuzacemi (sebeobviňování, výčitky) a pocity viny. V tomto případě bývá agresivita obrácena na sebe. Jiným projevem deprese je hypochondrizace, která se týká pesimistického hodnocení stavu vlastního těla a jeho funkcí (10).

Nepříznivě a pesimisticky je hodnocen i okolní svět. Depresivní nemocný vidí zveličeně všechny jeho nedostatky. Na druhou stranu si alespoň občas uvědomuje, že přijatelný svět existuje, ale že není určen pro něho, nýbrž jen pro druhé lidi. Tato skutečnost je prožívána jako další zdroj autoakuzace a výčitek, že je nemocný špatný, neschopný a nic dobrého si stejně nezaslouží (33). Negativní postoj nezahrnuje pouze přítomnost, ale i minulost (všechny vzpomínky a zkušenosti nemocný posuzuje

negativně, stará traumata nabývají nepřiměřeně dominantních významů) a vztah k budoucnosti, pro niž neexistuje žádná naděje na nic dobrého. Nemocný se domnívá, že nikdy nic nedokáže a že ho nic dobrého nepotká.

Depresi lze vnímat jako postižení, negaci smyslu života nemocného jedince, který ztratil o všechno zájem a nic ho nedovede upoutat (47). Deprese narušuje hodnoty a potřeby. Vše, co dříve dávalo životu smysl, už neplatí a neposkytuje nemocnému žádnou oporu. Nemocný si neumí vysvětlit, co se s ním děje, proč je najednou takový (22).

Depresivní nálada se odráží v celkovém vzhledu a chování nemocného. Je viditelná v jeho mimice, pantomimice i v ostatních motorických projevech. Depresivní nemocní mají typický výraz beznaděje v obličeji, ochablé držení těla. Bývají utlumení a inhibovaní, nemají žádnou energii, cítí se vyčerpaní a unavení. Pohybují se pomalu a někdy neprojevují vůbec žádnou aktivitu, jen tupě sedí a odmítají cokoli dělat. Z jejich hlediska je však tento postoj logický, protože nic nemá smysl a nic je stejně nemůže potěšit. Někdy bývají v důsledku zvýšené úzkosti neklidní, s tendencí k nadměrné aktivitě, která je zaměřená na odstranění úzkosti. Úzkost spojená s depresí může vést až k panice, jež bývá agresivně nebo autoagresivně zaměřena.

Deprese má silný vliv na všechny psychické projevy, které deformuje a tlumí (52). Depresivní nemocný přijímá a zpracovává informace trochu jinak než dříve. Pod vlivem deprese dochází k tomu, že informace ztrácejí svou původní hodnotu a mají pro postiženého jedince jiný význam. Depresivní nemocný se nedokáže soustředit, není schopen ovládat svou pozornost. Porucha koncentrace pozornosti vede k tomu, že jsou negativně ovlivňovány jak procesy učení, tj. zapamatování, tak i myšlení, které se stává stereotypním, ulpívavým a nevýbavným (47). Nemocný se cítí unavený, nedokáže si vzpomenout a vybavit si v paměti, co by potřeboval, často si také stěžuje na neschopnost uvažovat a rozhodovat se. Celkový útlum postihuje i myšlení, takže nemocný hůře chápe (10). Není tomu tak proto, že by nemocný trpěl úbytkem inteligence, ale i v tomto případě se jedná o důsledek celkového zpomalení a utlumení psychických procesů (34). Nemocný málo mluví, potichu a pomalu, někdy přestává

mluvit úplně, objevuje se tzv. mutistická reakce (52). Depresivnímu nemocnému nejde nic jako dříve a on sám sebe považuje za viníka těchto potíží.

Podle německého psychiatra K.Schneidera se při propuknutí deprese odkrývá tzv. primární strach, který je běžně ukrytý v nevědomí (tento termín popsal již ve své práci S. Freud). Narůstá do konkrétní podoby ve vztahu k individuálním osobnostním charakteristikám a hodnotovému systému nemocného. V této spojitosti se může projevit i jako bludná představa. Když se objeví, je zřejmé, že nemocný ztrácí soudnost (47).

Vyskytnout-li se u deprese psychotické příznaky, jsou sekundární a většinou kongruentní s patologickou náladou. Častý je blud. Může se jednat o hypochondrické bludy, kdy si pacient myslí, že je nevléčitelně nemocný. Někdy se mohou objevit mikromanické bludy (nemocný je přesvědčen o své bezvýznamnosti a bezcennosti), autoakuační bludy (nemocný se obviňuje a cítí nepřiměřenou vinu, za vše, co zkazil a zničil) a persekční blud (bude zaslouženě potrestán, protože je špatný člověk, provinil se) (10).

Deprese se odráží i v tělesném a vegetativním systému. Depresivní nemocní mívají zpomalené a utlumené fyziologické procesy. Nejčastěji se setkáváme s poruchou spánku – nespavostí, především s předčasným ranním probouzením a nemožností již poté znova usnout. Můžeme se setkat také s večerní nespavostí, časté je i opakované probouzení během noci. S noční nespavostí je pak spojená nadměrná ospalost a únavnost během dne. Je důležité znát, že s věkem klesá potřeba spánku, takže většina lidí nad 65 let má fyziologickou potřebu spánku kolem pěti až šesti hodin denně a u lidí nad 75 let to může být i méně než pět hodin denně. Dále se objevuje nevykonnost, napětí nebo slabost ve svaích, bolesti hlavy, páteře, břicha, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, hubnutí, pocení, zácpa, průjem, plynatost, bolesti žaludku, závratě, bušení srdce, tlaky v hlavě, v krku, třes končetin apod. (5, 33). Ve stáří je velmi časté, že somatické potíže maskují projevy deprese, tzv. larvovaná deprese. Tato deprese se projevuje řečí orgánů. Nejedná se však ani o konverzi, ani o simulaci, spíše o jakousi formu deprese bez deprese, jakoby se těžiště emoční poruchy přesunulo z kognitivní oblasti do oblasti tělesné (10).

Ne každý, kdo je depresivní, má všechny výše uvedené příznaky. Někteří lidé mají jen několik příznaků, jiní jich mají naopak mnoho (33). Je potřeba ale zdůraznit, že deprese ve stáří má některá svá specifika:

- Obvyklejší je nespecifický, atypický obraz, který ztěžuje diagnózu.
- Somatické potíže bývají více vyjádřeny. Vzácně mohou somatické potíže převládat a psychické poruchy bývají vyjádřeny málo, nebo nejsou vyjádřeny vůbec. Chronická bolest, pro kterou chybí vysvětlení, tak může být jediným projevem deprese – viz. výše popsaná larvovaná deprese.
- Ve velké většině vzniká deprese v terénu polymorbidity, a to jak u somatických poruch, tak u organického postižení centrální nervové soustavy, které modifikují klinický obraz i léčbu. Zejména častá je shoda deprese a kognitivní poruchy, především Alzheimerovy demence (43).
- Stírá se rozdíl mezi endogenní a reaktivní depresí (která je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu) (1).
- Ve stáří se zvyšuje sebevraždnost a stoupá i počet dokonaných sebevražd.
- Někteří psychiatři se také domnívají, že ve stáří probíhají deprese závažněji a mají sklon k chronicitě a relapsům.

V tabulce č. 2 je uvedena klinická manifestace deprese ve stáří, příloha č. 2. Škála vyjádřených potíží může přitom různě kolísat (50).

1.6.4. Klasifikace a diagnostická kritéria deprese

Podle Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob Americké psychiatrické asociace DSM-III-R z roku 1987 lze podle přítomných symptomů, jejich trvání, genetické predispozice, znalosti anamnézy a psychosociálních vyvolávajících faktorů i odpovědi na léčbu diagnostikovat a klasifikovat jednotlivé epizody deprese (43). V současné 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je najdeme pod označením velké depresivní poruchy (depresivní epizody mírné, středně těžké, těžké bez psychotických příznaků nebo s psychotickými příznaky) se somatickým syndromem (20). Například velké depresivní poruchy musejí splňovat následující diagnostická kritéria: souběžně se musí vyskytovat minimálně pět z dále uvedených devíti příznaků

denně po dobu nejméně dvou týdnů a vždy musí být přítomen alespoň jeden z prvních dvou uvedených příznaků:

1. Depresivní nálada je takového stupně, že je pro jedince naprosto nenormální, musí být přítomna většinu dne a téměř každý den po dobu alespoň dvou týdnů, přičemž není ovlivněna okolnostmi (19)
2. Ztráta zájmu o aktivity, které jedince obvykle těší, a radosti z nich
3. Změna chuti k jídlu
4. Porucha spánku jakéhokoliv druhu
5. Změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo retardací poruchy spánku jakéhokoliv druhu
6. Snížená energie nebo zvýšená únavnost
7. Snížená schopnost myslet nebo se soustředit
8. Ztráta sebevědomí nebo sebeúcty, neoprávněné sebevýčitky nebo pocity viny
9. Vracející se myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoliv sebevražedné jednání (38)

Diagnostika somatického syndromu je složitější, protože jeho obtíže a kritéria pro jeho zařazení mezi deprese jsou méně zřetelné (20). Diagnóza somatického syndromu je oprávněna, jestliže jsou přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků:

1. Zřetelná ztráta zájmů a radosti z aktivit, které přinášejí normálně uspokojení
2. Chybí emoční reaktivita na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď
3. Ranní probouzení o dvě hodiny dříve než před obvyklou dobou
4. Depresivní nálada je horší ráno
5. Objektivní důkaz výrazného psychomotorického zpomalení nebo agitovanosti
6. Výrazná ztráta chuti k jídlu
7. Úbytek hmotnosti
8. Ztráta libida (38)

Žádná z uvedených klasifikací však ovšem plně nevyhovuje klinickému obrazu depresí ve stáří. Podle dalšího dělení lze deprese rozdělit na primární a sekundární (43).

Primární deprese jsou závažné psychiatrické jednotky podmíněné neorganicky, které zahrnují afektivní psychózy (např. unipolární depresivní epizoda, bipolární afektivní porucha, cyklothymie a dysthymie), ale i schizoafektivní formy schizofrenie, dále neurotické anxiózně-depresivní stavy a hypochondrie (43). Tato skupina tvoří pouze deset až dvacet pět procent všech depresivních stavů ve stáří a nemocní by měli být sledováni a léčeni psychiatrem.

Sekundární deprese představují až devadesát procent starších osob s těmito problémy (50). Deprese vzniká v důsledku somatického onemocnění nebo organického postižení mozku. Nejčastější somatické choroby spojené s depresí uvádí tabulka č.3, příloha č.3 (43). Mezi sekundární deprese patří také stavy, kdy je deprese vyvolána léky (viz. příloha č.4, tabulka č.4) nebo toxickými látkami, ale i deprese, jenž jsou důsledkem maladaptace nebo přehnané reakce na závažné životní nepříznivé situace (31, 43). S těmito depresemi se setkává nejčastěji praktický lékař (50).

1.6.5. Diferenciální diagnostika deprese

Stanovení správné diagnózy depresivní poruchy je základem její úspěšné léčby. V mnoha případech se nelze obejít bez objektivní anamnézy (rodina, partner, ambulantní lékař), laboratorní či jiná přístrojová vyšetření včetně zobrazovacích metod odlišují primární depresi od sekundární deprese při somatickém onemocnění. Pomocnou úlohu má psychologické vyšetření (např. odlišení poruchy osobnosti). Ovšem u středně těžké a těžké depresivní epizody obvykle není psychologické vyšetření nutné. Na poruchu osobnosti můžeme usuzovat z psychologického vyšetření až po odeznění depresivní epizody (38). V diferenciální diagnóze je nutno zvažovat odlišení depresivní poruchy především od:

1. *Poruchy nálady při somatickém onemocnění- sekundární deprese* (maligní tumory, poškození centrálního nervového systému, depresogenní léky, infekce, systémová onemocnění, hypovitaminózy, endokrinní poruchy, kardiovaskulární onemocnění, cerebrální ischemie, chronické plicní onemocnění apod.). Vyloučení somatického onemocnění, které indikuje sekundární depresivní syndrom nebo jehož příznaky mohou připomínat depresivní symptomatiku

(ztráta energie, únava, bolest hlavy, nespavost apod.), je na prvním místě vždy při prvním záchytu depresivní poruchy. Ani při periodickém průběhu nelze vyloučit a podcenit vznik somatické komorbidity (10).

2. *Depresivního syndromu navozeného psychoaktivními látkami* (alkohol, barbituráty apod.). K rozlišení slouží průkaz syndromu škodlivého užívání nebo závislosti. V případě, že depresivní symptomy jsou součástí klinického obrazu intoxikace nebo abstinenčního syndromu, měly by vymizet v krátké době po zvládnutí základního stavu (25).
3. *Demence*- problém s diferenciální diagnózou nastává v případě tzv. pseudodemence, tj. příznaků depresivní poruchy, které mohou napodobit demenci. Pro diagnózu deprese svědčí rychlý počátek příznaků, anamnéza depresivní poruchy, chybění zmatenosti a bloudění, normální nález na EEG a CT, měnlivost kognitivního deficitu, chybění rozdílu v deficitu novopaměti a staropaměti (38).
4. *Schizofrenie*- obtížnou situací může být odlišení deprese s psychotickými příznaky. Psychotické příznaky u depresivní poruchy se objevují na vrcholu depresivní symptomatiky, většinou nikoliv na počátku epizody. Nebývají přítomny inkoherece v myšlení, amputace a imputace myšlenek apod.
5. *Schizoafektivní poruchy*- jde o diagnózu, užívanou tehdy, nelze-li rozlišit, zda se jedná o poruchu afektivní či schizofrenní. V jejím klinickém obraze by měly být zastoupeny symptomy obou poruch (24).
6. *Dysthymie*- klinický obraz dysthymie je oproti depresivní epizodě mírnější. Průběh je vleklý (diagnostická kritéria vyžadují alespoň dvouleté trvání) a není v ohraničených epizodách s remisemi.
7. *Poruchy přizpůsobení*- depresivní příznaky se u poruchy přizpůsobení vyskytují v jasné návaznosti na konkrétní životní událost (psychosociální zátěž). I depresivní epizoda může být spuštěna exogenními faktory a o správnosti diagnostického závěru často rozhodne až průběh onemocnění (výskyt dalších epizod deprese) (38).

8. *Bipolární afektivní poruchy*- diagnózu depresivní poruchy vylučuje přítomnost hypomanické nebo manické epizody v anamnéze (10).
9. *Nekomplikovaného zármutku*- nekomplikovaný zármutek (např. ze ztráty blízkého) se často vyskytuje v populaci starých lidí. Jeho příznaky začínají a končí do dvou měsíců od smrti blízké osoby nebo jiné ztráty. Nejsou přítomny autoakuzace, myšlenky na smrt nebo suicidium, psychomotorické zpomalení, halucinace nebo patické zabírání se vlastní bezcenností a výrazné a dlouhé období narušení životního fungování.
10. *Zdvojené deprese (double depression)*- depresivní epizodě předchází přítomnost dystymní poruchy a její léčba často redukuje depresivní symptomatiku pouze na dystymní úroveň.
11. *Poruchy osobnosti*- u poruch osobnosti depresivní syndrom neprobíhá v epizodách s jasně ohraničenými remisemi, objevuje se stále se opakující maladaptivní vzorec chování. Depresivní symptomy jsou často reakcí na obtíže plynoucí z neadaptivního chování (38).

1.6.6. Diagnostická vyšetření

Pro stanovení diagnózy je důležitá podrobná anamnéza, rozhovor s nemocným a pozorování jeho chování, případně informace od jeho blízkých (34).

Vzhledem k tomu, že depresivní syndrom má ve stáří vysokou prevalenci, měl by být prováděn orientační screening v rámci komplexního vyšetření u všech nemocných nad sedmdesát let. Nemocného se ptáme na pocity smutku, zájmy a radost ze života. Můžeme také použít i některou z dotazníkových metod (43). U geriatrických pacientů se osvědčila zejména geriatrická škála deprese podle Yesavageho a spol. (tabulka č.5, příloha č.5), která poskytuje rychlou a spolehlivou orientaci o přítomnosti deprese především v ordinaci praktického lékaře.

Geriatrická škála deprese poměrně snadno odhalí lékaři mírný stupeň (6 až 10 bodů) a případně i manifestní depresi (nad 10 bodů) vyžadující podrobné zkoumání. U těžších případů deprese praktický lékař konzultuje psychiatra (43, 50).

Dále se provádí fyzikální vyšetření a podle potřeby i laboratorní vyšetření (10).

1.6.7. Prognóza

Přes obecně vžitou představu, že každá deprese dříve nebo později spontánně odezní, se bez léčení zlepši jen asi šedesát procent seniorů, často však až po dlouhém, někdy i několikaletém trvání deprese (43). Prognózu depresivních nemocných výrazně zlepšilo zavedení léčby elektrošoky a tricyklickými antidepresivy (10). Celkově mají depresivní nemocní zvýšenou mortalitu i morbiditu, a to nejen kvůli možnosti sebevraždy (50). Depresivní afekt zvyšuje náchylnost k somatickým onemocněním a ztěžuje jejich průběh a s tím stoupá i riziko umístění v ústavech pro dlouhodobou péči.

U většiny nemocných při léčbě dochází k úplnému ústupu depresivních příznaků. K příznivým prognostickým faktorům patří: dobré tělesné zdraví, méně závažná forma deprese, dobré rodinné zázemí a společenské vazby. Oproti tomu působí nepříznivě co do prognózy: chronická invalidizující tělesná choroba, organické postižení mozku, závažná deprese, především s psychotickými rysy, izolace a nedostatek sociálních kontaktů a premorbidně neurotická osobnost. U těchto nemocných dochází až ve dvaceti procentech k chronicitě (43).

1.6.8. Léčba

Cílem léčby depresivní poruchy je potlačení příznaků depresivní epizody a dosažení vymizení všech depresivních příznaků (akutní fáze léčby) a její udržení a prevence vzniku relapsu (pokračovací léčba) či rekurence (profylaktická léčba) (38). K léčbě se používá farmakoterapie a jiná biologická léčba (elektrokonvulzivní terapie, fototerapie) a psychoterapie. Nejrozšířenější a ve většině případů také nejosvědčenější terapií u všech depresí je použití antidepresiv. Předností léků je jejich snadné podávání, rychlejší kontrola příznaků, méně času lékaře i nemocného, ovšem jejich nevýhodou je výskyt nežádoucích příznaků a nutnost monitorování hladin léků při dlouhodobé profylaktické léčbě (33).

U mírných forem deprese může dostatečně pomoci samotná psychoterapie. Psychoterapie pomáhá zvládat problémy nemocného (22, 33). Nejlepší je však kombinace antidepresivní léčby a psychoterapie (43). Léky umožní rychlý ústup

příznaků a psychoterapie pomůže naučit účinnější způsoby, jak zacházet s problémy v životě, které depresi předcházely nebo během ní vznikly (33).

U těžších forem deprese, zvláště když jsou přítomny sebevražedné myšlenky, je často nutné nemocného hospitalizovat (21).

Antidepresiva jsou lékem první volby u všech depresivních poruch. Antidepresiva upravují aktivitu neuromodulátorů (serotoninu, noradrenalinu a dopaminu). Pomáhají tedy vytvořit neurohumorální rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je v depresi nedostatek působků. Vzhledem k tomu, že přímo chybějící neurohormony nedodávají, ale regulují jejich porušenou rovnováhu, jejich efekt není okamžitý, ale zpravidla se dostavuje za tři až šest týdnů po podání. V současnosti je na trhu dostupná celá řada antidepresiv (33). Terapeutická účinnost jednotlivých antidepresiv je podobná, rozdíly se mohou objevit v četnosti a intenzitě nežádoucích účinků.

V léčbě depresí ve stáří se uplatňují především nová antidepresiva, jejichž předností je nízký výskyt nežádoucích účinků, nízké riziko intoxikace a většinou i rychlejší nástup antidepresivního účinku (31).

Elektrokonvulzivní terapie (tzv. „elektrošoky“) se doporučuje jako terapie první volby v případech závažného průběhu depresí, kdy dochází k ohrožení života nemocného. Elektrokonvulzivní terapie ve vyšším věku má řadu předností, především rychlejší nástup zklidnění, zmírnění deprese a rychlejší ústup sebevražedného jednání. Elektrokonvulzivní terapie má také menší četnost nežádoucích účinků než farmakoterapie (15).

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby všech depresivních stavů (36). Psychoterapeutický přístup ve stáří je shodný s principy, které jsou užívané ve středním věku. Ve stáří je výhodnější, aby setkání s nemocnými byla kratší a častější (nejlépe dvakrát týdně), způsob komunikace elementárnější s důrazem na terapii interpersonální, partnerskou a rodinou (50). V psychoterapii depresí je nejčastěji užívaný kognitivně-behaviorální přístup, který je zaměřen na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, úpravy vzorců maladaptivního chování, zlepšení komunikace s okolím a relaxaci (6).

Kromě porozumění situaci je v psychoterapii důležitá i dlouhodobá lidská podpora. Nejenom psychoterapeut, ale i příbuzní mohou hodně pomoci tím, když najdou nebo utvoří pro starého člověka smysluplné místo ve fungování rodiny. Vhodné je také zapojení těchto seniorů do podpůrných skupin (např. kluby pro důchodce, domovinky, denní stacionáře) (50).

1.7. Komunikace s geriatrickým nemocným

Komunikace je prvním předpokladem fungování mezilidských vztahů a jeho přímým projevem. Zvláštním projevem sociální komunikace, která probíhá ve vzájemné interakci, je komunikace v ošetrovatelství, kdy sestra vystupuje v roli komunikátorky a edukátorky. Pro úspěšnou aplikaci metody ošetrovatelského procesu je efektivní komunikace s geriatrickým nemocným (pacientem/klientem) nezbytná. Praktické ošetrovatelství tedy od sestry vyžaduje i schopnost komunikovat.

V ošetrovatelské praxi se setkáváme s tím, že nemocní (mnohdy lidé ve vyšším věku) reagují na hospitalizaci maladaptivně. Jestliže sestra chce, aby s ní geriatrický nemocný spolupracoval, musí být komunikace efektivní, aktivní a pozitivní.

1.7.1. Specifika komunikace

Komunikace se starým člověkem má svá specifika – nemocný může trpět psychiatrickými poruchami, neurologickým onemocněním s následnou afázií, kognitivními poruchami (demence), poruchou smyslového vnímání apod. Je proto důležité, aby sestra nejen mohla a chtěla, nýbrž aby uměla správně komunikovat. A tomu se dá naučit (26).

Holistický přístup k nemocnému sestry zajišťují tím, že ošetrovatelskou péči poskytují metodou ošetrovatelského procesu. Předpokladem takto kvalitní péče je efektivní komunikace s nemocným seniorem, která od sestry vyžaduje odborné vědomosti, komunikační zručnost, velkou dávku trpělivosti, empatie a schopnosti naslouchat. Naslouchání je pro geriatrického nemocného velmi důležité. „Naslouchat“ lze nejen sluchem, ale i zrakem (sledování projevů neverbální komunikace) a srdcem (projevovat empatii). Co se děje tam, kde sestra geriatrickému nemocnému aktivně

naslouchá? Vedle toho, že má příležitost mu něco oznámit, věnuje mu čas, důvěru, úctu a respekt, pozornost a prostor ve svém myšlení a cítění. Sestra má do komunikace s geriatrickým nemocným zařazovat evaluační prvky. Geriatrický nemocný uvedené skutečnosti nejen registruje, ale signalizuje i bohatou zpětnou vazbu (26).

1.7.2. Neverbální komunikace

Neverbální komunikace tvoří velkou část sociální interakce a vzájemného dorozumívání. Můžeme polemizovat s názorem, že nejdůležitější je komunikace verbální, protože i podle antropologa Albetra Mehrabiana získáváme v rozhovorech prostřednictvím slov jen sedm procent informací. Mohlo by se zdát, že komunikace, zejména neverbální, s gerontologickým nemocným je komplikovanější, ale není tomu tak, neboť čím starší je člověk, tím obtížněji lze porozumět řeči jeho těla. A přesto tělo neklame. Bylo rovněž zjištěno, že je-li rozpor mezi tím, co člověk říká, a řečí těla, platí (a jsou pravdivé) signály neverbální komunikace. Sestra si proto musí všimnout všeho, co provází verbální komunikaci. Hovoříme o bohaté a rozmanité řeči těla, kterou tvoří:

1. *Mimika – řeč svalů a tváře. Tvář je nejdůležitějším komunikačním orgánem*, vyjadřuje nejen právě prožívané pocity a city, ale také životní postoje, názory, myšlení a způsob života daného člověka. Starý člověk má svůj život vepsán ve tváři, která prozrazuje jeho obvyklý, každodenní výraz. Pro geriatrického nemocného s narušeným sluchovým vnímáním je tvář důležitým komunikačním místem. Tento nejbohatší informátor umožňuje prostřednictvím mimických svalů více než tisíc různých výrazů tváře. Při komunikaci je důležitý přímý zrakový kontakt, při němž nemocný vidí do tváře sestry a naopak. Sestra staršího člověka úsměvem pochválí, povzbudí, podpoří, uklidní, pozitivně naladí (26, 41). Centrální roli v mimice hraje mnohovýznamová „řeč očí“. Oči patří mezi nejvýznamnější komunikační kanály, které sestru informují o prožívání, citech, myšlenkách, fyzickém i psychickém stavu nemocného. Oči umožňují nahlédnout do duše (26, 41).
2. *Proxemika – tělesná vzdálenost mezi lidmi při komunikaci*. Při ošetřování geriatrického nemocného využívá sestra osobní zónu (vzdálenost 46 až 120 cm),

případně společenskou zónu (120 až 360 cm). Do intimní zóny se sestra při komunikaci s geriatrickým nemocným dostává, když uplatňuje i haptické, dotykové projevy (pohlazení ruky nebo tváře, podání ruky). Komunikaci ve vzdálenosti větší než 360 cm (veřejná zóna) uplatňuje tehdy, komunikuje-li s několika nemocnými současně. Při individuální komunikaci s geriatrickým nemocným se tato zóna nedoporučuje a téměř se nevyužívá.

3. *Haptika- dotykový kontakt.* Nejběžnější je podání ruky, které ocení i geriatrický nemocný, zejména je-li provázeno i verbálním představením člověka, s nímž komunikuje. Sestra může nemocného také pohladit po ruce nebo tváři, položit mu ruku na ramena, případně vzít jeho ruce do svých. Těmito pozitivními haptickými projevy se zvyšuje důvěra nemocného.
4. *Posturika- řeč fyzických postojů, polohy, držení těla a končetin.* Sestra si všímá polohy nemocného, který může být vzpřímený, nakloněný, předkloněný nebo schoulený vsedě či vleže. Důležité je, aby si všimla i charakterů pohybů končetin a jejich vzájemné polohy (překřížení horních nebo dolních končetin). Přitom je důležité i to, jak sedí nebo stojí ona sama, jaké jsou její kinetické (pohybové) projevy v komunikaci s nemocným. Posturologie se zabývá i sezením u stolu. Sestře doporučuje zaujmout při komunikaci s nemocným tzv. rohovou pozici, která zajišťuje přátelskou, uvolněnou atmosféru, neomezený zrakový kontakt a možnost gestikulace, přičemž roh stolu poskytuje i částečnou bariéru (26).
5. *Gestika- spontánní pohyb části těla (nejčastěji ruky) během řeči.* Gesta hrají v sociální komunikaci mimořádnou roli, protože zvyšují názornost toho, o čem se hovoří. Při ošetřování geriatrického nemocného jsou gesta významná. Používá je nejen nemocný, ale ve velké míře i sestra, od níž se očekává, že vlastní gestikulaci ovládá a reguluje. Doporučuje se používat gesta v horní polovině těla, charakterizována jako pozitivní. Nemocný pohyby rukou (gesty) mluvené slovo doplňuje a signalizuje své prožitky, emoce, myšlenky, postoje.
6. *Vzhled a celková úprava zevnějšku.* Určité informace o nemocném získává sestra již při prvním pohledu na něj, např. při příjmu na oddělení (26, 41). Mnohé jí

napoví tělesná konstituce, barva kůže, hmotnost, účes a barva vlasů, ruce a úprava nehtů. Důležitý je i oděv, jeho barva, čistota a charakter (26).

1.7.3. Verbální komunikace

Dorozumívání pomocí slov je u geriatrického nemocného velmi důležité. Sestra je pro něj mnohdy „vrbou“, které se svěřuje. Verbální komunikace s geriatrickým nemocným vyžaduje jasné formulace uzavřených i otevřených otázek v rozhovoru, který má vždy působit terapeuticky. Geriatrický nemocný ocení, když ho sestra při příchodu i odchodu pozdraví a přiměřeně osloví. Informace i otázky mají být jednoduché, srozumitelné, pochopitelné. Vzhledem k možnému oslabení sluchového aparátu se od sestry vyžaduje pomalejší a hlasitější řeč, zřetelná artikulace, častější opakování informací a ověření si, zda nemocný všemu porozuměl (41). Při komunikaci s nemocným by sestra neměla užívat cizí slova, odborné výrazy, latinskou terminologii nebo dokonce zdravotnický slang. Je rovněž třeba dát geriatrickému nemocnému dostatek času na odpověď.

Na komunikaci s geriatrickým nemocným si sestra musí vyčlenit dostatek času a nesmí dávat najevo spěch. Starý člověk může mít pomalé tempo řeči, oslabenou paměť, nepamatuje si nedávnou minulost, případně déle vzpomíná, často se odkloní od tématu.

Nelze zapomínat ani na emocionální rozpoložení a citovou labilitu geriatrického nemocného, který může během krátké chvíle projevovat pozitivní city (smích, radost, otevřenost), a vzápětí negativní emoce (pláč, hněv, agresivitu, uzavřenost, apatii). Proto je důležité, aby sestra při rozhovoru myslela i na zachování intimity a respektovala soukromí nemocného.

Do komunikace s geriatrickým nemocným je potřeba zapojit i členy rodiny a příbuzné, kteří jsou pro něj významnými podpůrnými osobami (26).

Sestra by si měla všimnout paralingvistických projevů v řeči geriatrického nemocného, k nimž patří hlasitost, plynulost, rychlost, kvalita a přízvuk řeči, síla a výška hlasu, rychlost odpovědi na otázku, délka projevu, výslovnost, případné chyby a pazvuky v řeči. Uvedené extralingvistické projevy v řeči geriatrického nemocného jsou mnohokrát změněny nejen věkem, ale i chorobou.

U nemocného s afázií se doporučuje hledat nové, alternativní způsoby komunikace podle jeho schopností (používání neverbálních projevů, obrázků, případně psaní informací). U dementního nemocného je důležité zjistit jeho orientovanost v čase, prostoru a události.

Komunikace se starším nemocným musí být vždy důstojná, trpělivá, etická a musí respektovat jeho individualitu (26).

1.8. Úloha sestry při podpoře duševního zdraví

U žádné choroby nejde o poruchu jediného orgánu, nýbrž o onemocnění celého těla. Dochází k narušení vnitřní stability neboli biologické rovnováhy organismu. Také u duševních chorob nejde jen o poruchu nervové činnosti, nýbrž o chorobu celého organismu. Tělesné a duševní pochody tvoří ve zdraví i nemoci neoddělitelnou jednotu.

Přístup k nemocnému: Lidé trpící duševním onemocněním se často setkávají se sociálním odmítáním. Má-li se chování nemocného pozitivně modifikovat, je třeba se vyhnout obviňování. Je nutné, aby nemocný projevil ochotu se změnit a zúčastňoval se léčebného programu. Sestry musí demonstrovat takové postoje a chování, jež mu umožní zapojení do interakcí a vytvoří takové vztahy, které ho neohrozí, nýbrž v něm podpoří spíše pocit, že je hodnotný a akceptovatelný. Tohoto stavu lze ovšem dosáhnout pouze při dobré vzájemné spolupráci zaměřené na řešení problémů a na podporu zdravotního potenciálu nemocného.

Jako základ svých rozhodnutí v ošetrovatelské praxi sestra používá vhodnou, vědecky podloženou teorii. Nepřetržitě shromažďuje údaje a dbá na to, aby byly podrobné, systematicky uspořádané a přesné (4).

V práci sestry je důležitý i přístup k nemocnému. Vyžaduje psychickou vyrovnanost, sebeovládání, lidskost a trpělivost. Sestra může na psychiku nemocného působit již svým vystupováním. Proto s nemocným musí opětovně hovořit o cílech i metodách léčby, přičemž terapeutické programy lze realizovat pouze s jeho souhlasem. Rozhovor sestry s nemocným jako samostatný úkol při ošetrovatelské péči hraje významnou roli. Jeho součástí jsou nejenom vzájemně vyměněná slova, ale i veškeré další chování, projevy účasti, mlčení a naslouchání, které je v komunikaci nesmírně

důležité. Pokud sestra projeví zájem o to, co jí nemocný říká, pokud se vyhne hodnocení, posuzování a předčasným radám, stane se rozhovor jedním z faktorů, které pomáhají (4).

2. Cíle práce a hypotézy

2. 1. Cíl práce

Cílem této výzkumné diplomové práce je zmapovat frekvenci výskytu poruch nálady a chování u obyvatel vybraných Domovů důchodců v táborském okrese a zjistit, které z nich převažují. Na základě zjištěných výsledků se pokusím v závěru své práce navrhnout řešení, která by podle mého názoru mohla vést ke snížení výskytu komplikací a konfliktů v okrese Tábor.

2. 2. Hypotézy práce

Hypotéza 1

U obyvatel vybraných Domovů důchodců se budou vyskytovat častěji poruchy chování než poruchy nálady.

Hypotéza 2

Z poruch chování se bude nejméně často vyskytovat slovní agrese a ohrožování.

Hypotéza 3

Z poruch nálady budou převažovat neopodstatněné strachy a úzkosti.

3. Metodický postup

3. 1. Použité metody

K výzkumu poruch nálady a chování u obyvatel Domovů důchodců v okrese Tábor byla použita metoda dotazníku MDS (Minimum Data Set) sekce E (nálada a chování) ze souboru RAI (Resident Assessment Instrument), tvořeného patnácti uzavřenými otázkami (viz. příloha č. 6). Tuto metodu jsem zvolila z několika důvodů. Je možné tímto způsobem postihnout poměrně velký výzkumný soubor, sběr dat se může odehrávat v krátkém časovém úseku a respondenti mají pocit větší anonymity než např. u rozhovoru. Pro úplnost výzkumné práce jsem využila studia odborné literatury, svých dosavadních zkušeností, získaných při odborné praxi ve zdravotnických zařízení a odborných konzultací.

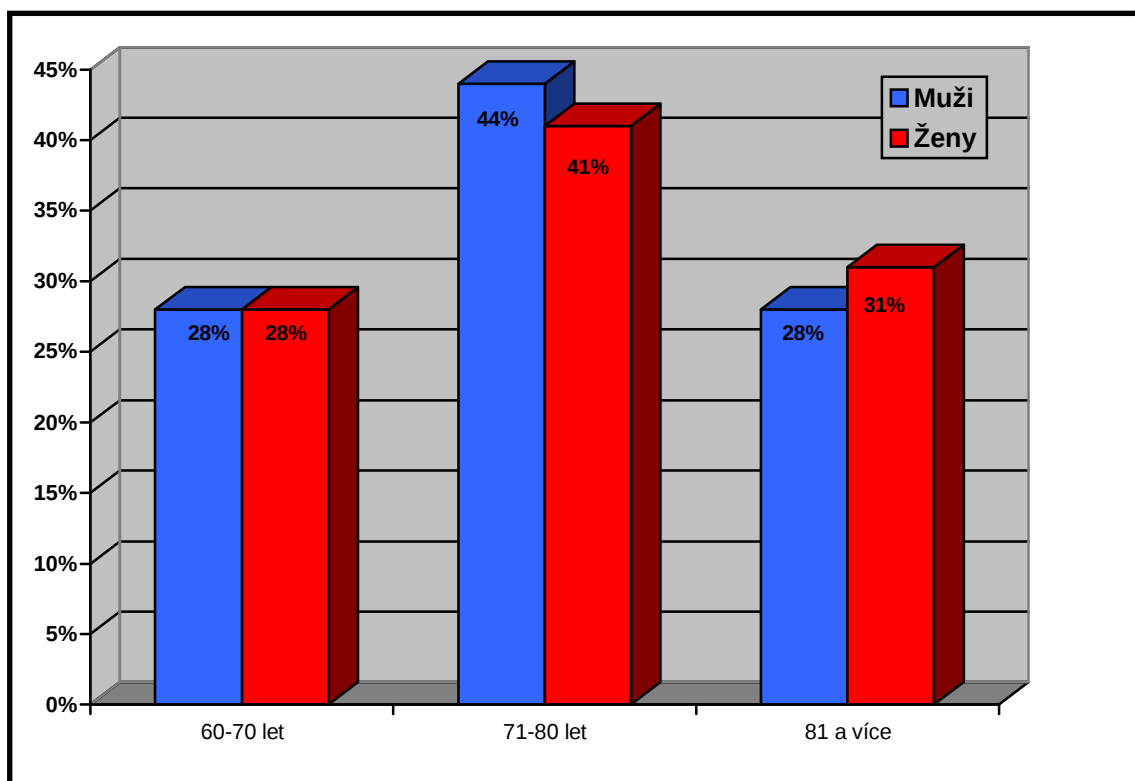
3. 2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen pacienty z G-Centra v Táboře a také z Domovů důchodců v Chýnově a Soběslavi. Návratnost dotazníků byla 100%, vzhledem k tomu, že jsem je s respondenty vyplnila sama ve spolupráci se zdravotními sestrami. Pro tuto výzkumnou práci bylo tedy použito všech 150 dotazníků. Dotazník obsahoval celkem 15 otázek. Prvních deset otázek bylo směřováno na náladu a zbývající otázky byly zaměřeny na chování.

Limitující faktor výzkumu byl u všech třech Domovů důchodců stejný. Domovy důchodců byly vybrány na základě své podobnosti (vybavení, struktura, kultura...). Dále v každém z nich došlo k náhodnému výběru 25 mužů a 25 žen.

I když byli respondenti vybráni náhodně, věkový rozdíl mezi pohlavím nebyl znatelný. Muži mezi 60 až 70 lety stejně se ženami téhož věku tvořili 28 procent, mužů ve věku 71 až 80 let bylo 44 procent a žen 41 procent a v poslední věkové kategorii nad 81 let muži tvořili 28 procent a ženy 31 procent. Rozdělení mužů a žen do věkových kategorií je patrné z grafu č.1.

Graf 1: Rozdělení mužů a žen do věkových kategorií



Ze souboru mužů byl nejmladší respondent ve věku 60-ti let a nejstarší ve věku 92-ti let. Ze souboru žen byla nejmladší dotazovaná ve věku 61-ti let a nejstarší ve věku 94-ti let. U celkového souboru byl průměrný věk 76 let, u mužů pak 75 let a u žen 77 let.

Dosažené vzdělání, ani délka pobytu respondentů v Domovech důchodců nebyla sledována.

Výsledky výzkumu sledovaného souboru jsou uvedeny v tabulkách a grafech. U otázek číslo 1, 3, 9, 11, 12, 13, 14 a 15 jsou dosažené výsledky ještě rozděleny na odpovědi mužů a žen.

4. Výsledky

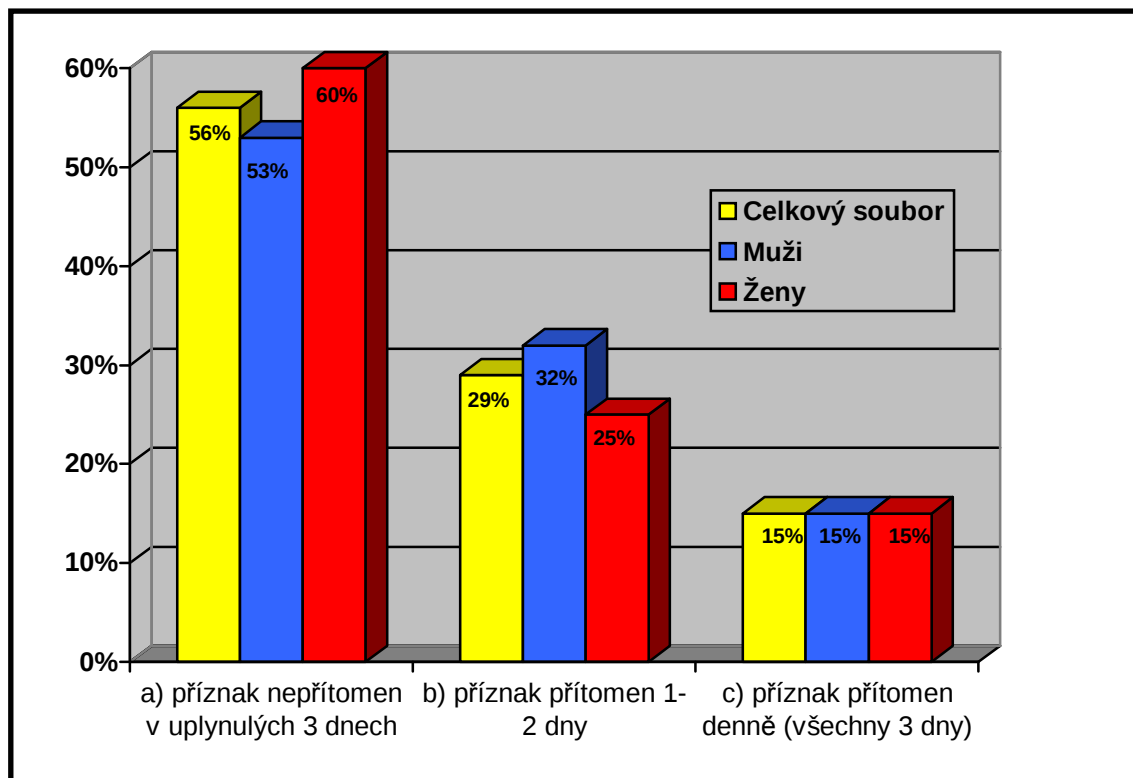
Otázka číslo 1- „Pocit smutku, deprese (život nestojí za nic, nemá smysl, klient je nepotřebný, raději by nebyl na živu)“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 6: Pocit smutku a deprese v celkovém souboru, u mužů a žen

Odpovědi	Celkový soubor		Muži		Ženy	
	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	56%	85	53%	40	60%	45
b) příznak přítomen 1-2 dny	29%	43	32%	24	25%	19
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	15%	22	15%	11	15%	11
celkem	100%	150	100%	75	100%	75

Graf 2: Pocit smutku a deprese v celkovém souboru, u mužů a žen



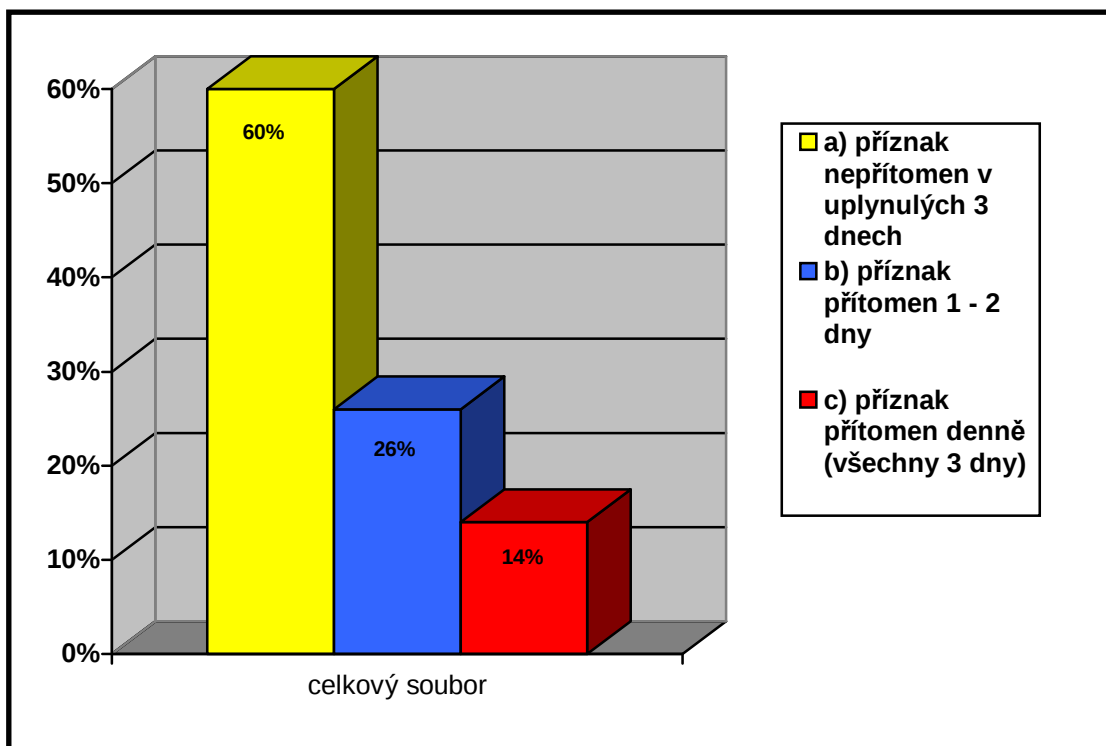
Otázka číslo 2- „Přetrvávající vztek na sebe nebo na druhé (snadno se rozzlobí, zlobný při přijímání péče)“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 7: Přetrvávající vztek na sebe nebo na druhé v celkovém souboru

Odpovědi	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	60%	90
b) příznak přítomen 1-2 dny	26%	39
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	14%	21
celkem	100%	150

Graf 3: Přetrvávající vztek na sebe nebo na druhé v celkovém souboru



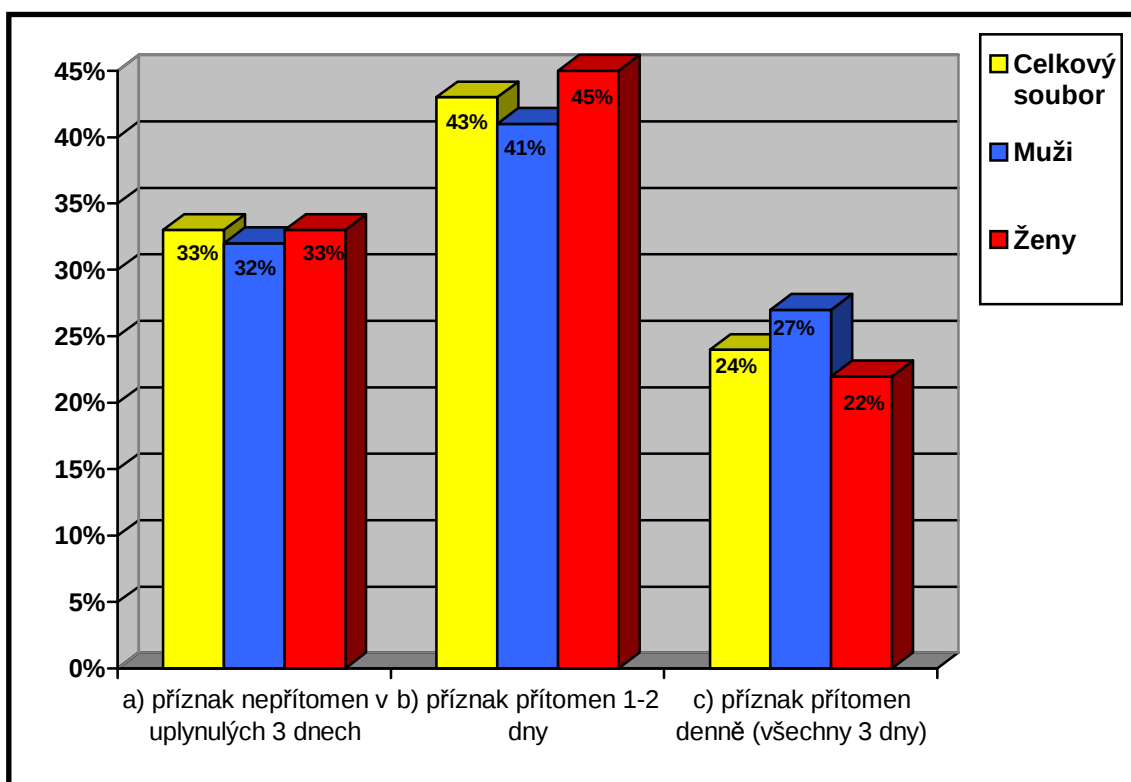
Otázka číslo 3- „Neopodstatněné strachy, úzkosti (z opuštění, samoty, z druhých lidí)“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 8: Neopodstatněné strachy a úzkosti v celkovém souboru, u mužů a žen

Odpovědi	Celkový soubor		Muži		Ženy	
	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	33%	49	32%	24	33%	25
b) příznak přítomen 1-2 dny	43%	65	41%	31	45%	34
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	24%	36	27%	20	22%	16
celkem	100%	150	100%	75	100%	75

Graf 4: Neopodstatněné strachy a úzkosti v celkovém souboru, u mužů a žen



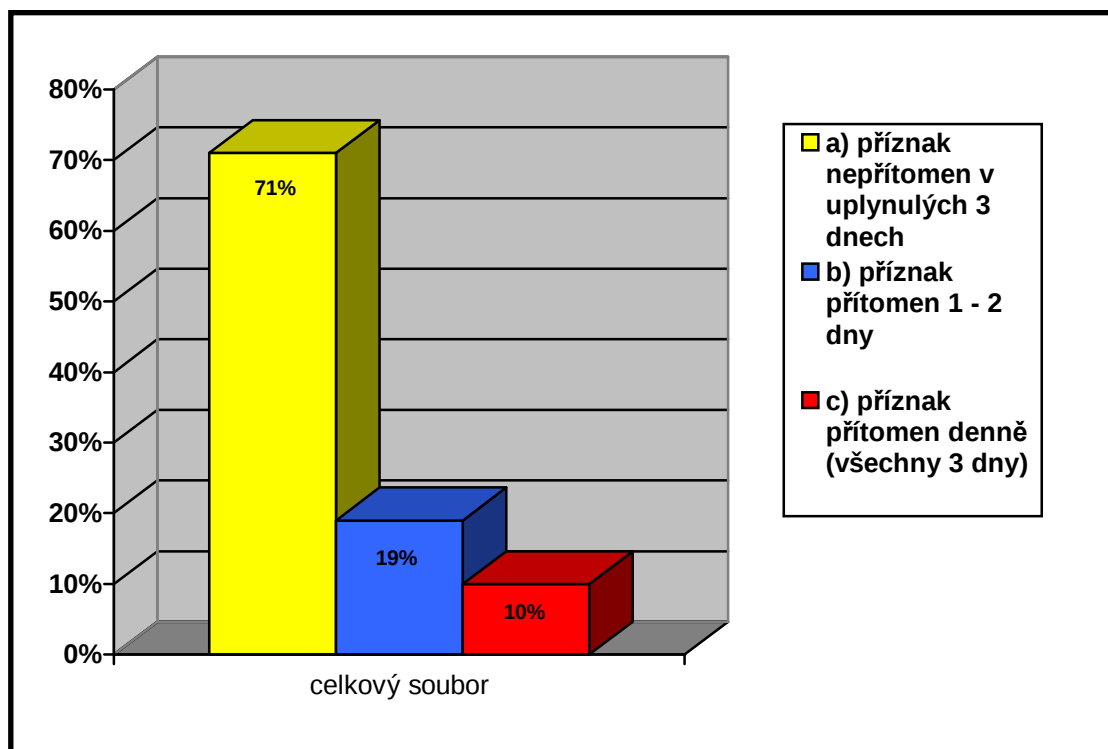
Otázka číslo 4- „Opakované stížnosti na zdravotní stav (př. trvale vyhledává zdravotní péči, přehnané zaměření na tělesné funkce)“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 9: Opakované stížnosti na zdravotní stav v celkovém souboru

Odpovědi	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	71%	106
b) příznak přítomen 1-2 dny	19%	28
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	10%	16
celkem	100%	150

Graf 5: Opakované stížnosti na zdravotní stav v celkovém souboru



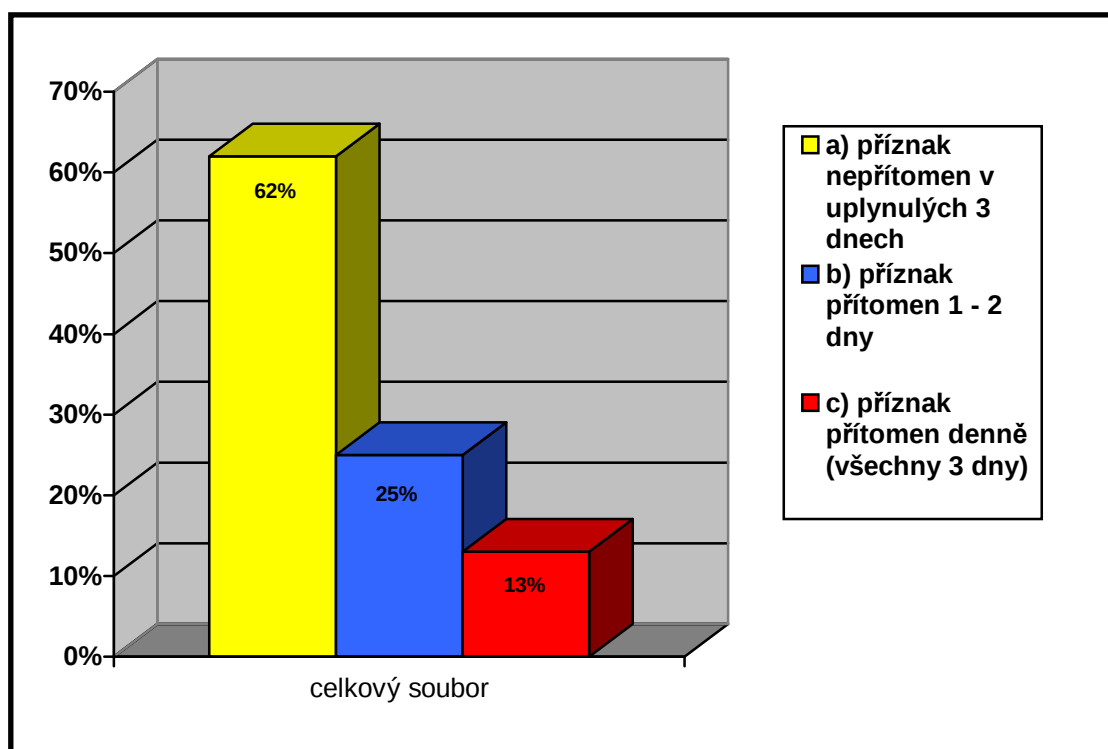
Otázka číslo 5- „Opakující se úzkostné potíže (př. trvale se dožaduje pozornosti, ujišťování o režimu, jídle, oblékání, ve vztahu k druhým)“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 10: Opakující se úzkostné potíže v celkovém souboru

Odpovědi	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	62%	94
b) příznak přítomen 1-2 dny	25%	37
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	13%	19
celkem	100%	150

Graf 6: Opakující se úzkostné potíže v celkovém souboru



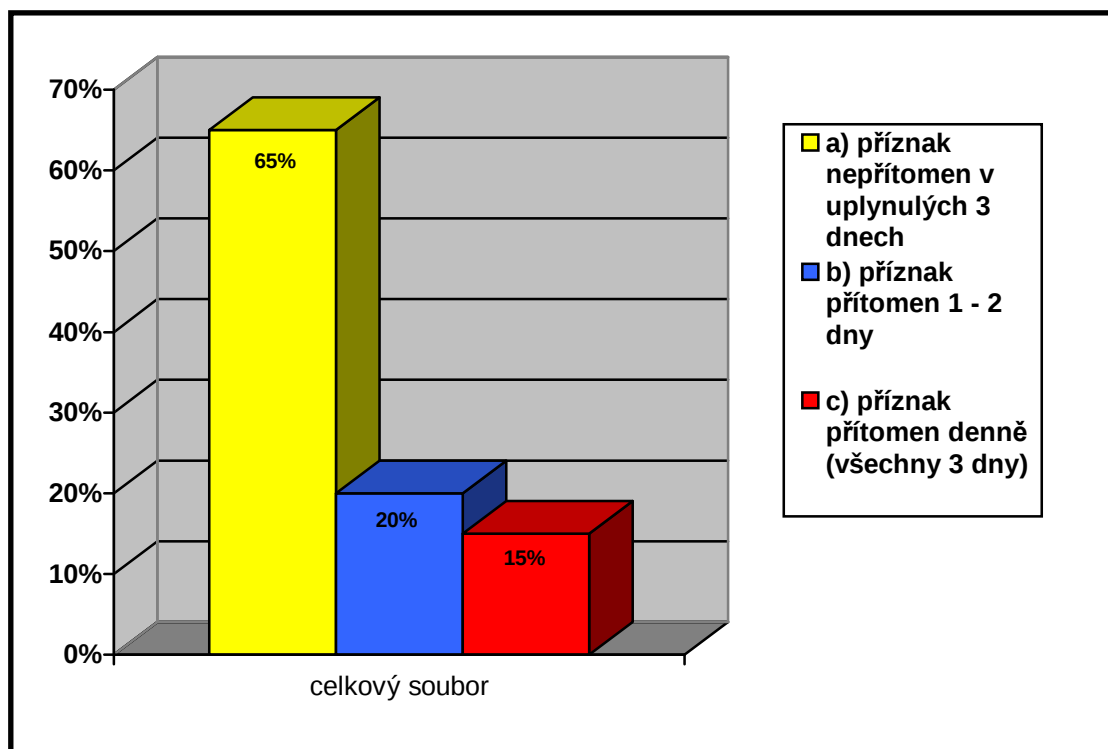
Otázka číslo 6- „Smutný, bolestný či ustrašený vzhled“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 11: Smutný, bolestný či ustrašený vzhled v celkovém souboru

Odpovědi	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	65%	98
b) příznak přítomen 1-2 dny	20%	30
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	15%	22
celkem	100%	150

Graf 7: Smutný, bolestný či ustrašený vzhled v celkovém souboru



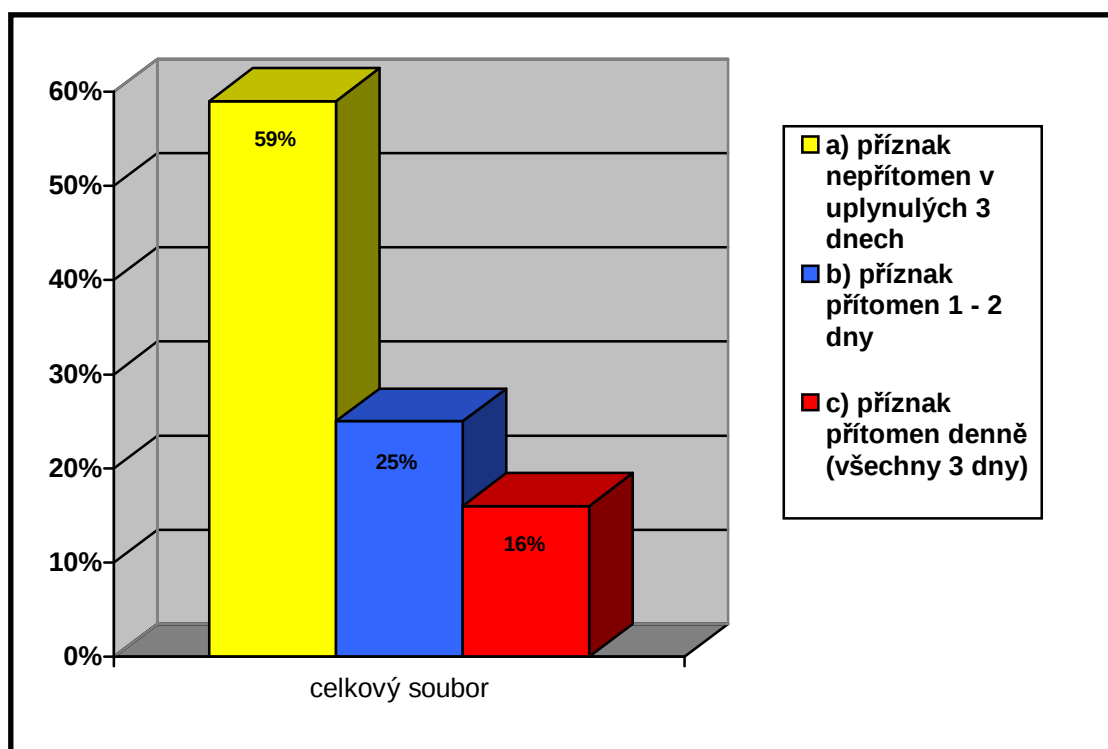
Otázka číslo 7- „Opakující se plačtivost, lítostivost“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 12: Opakující se plačtivost, lítostivost v celkovém souboru

Odpovědi	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	59%	90
b) příznak přítomen 1-2 dny	25%	37
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	16%	23
celkem	100%	150

Graf 8: Opakující se plačtivost, lítostivost v celkovém souboru



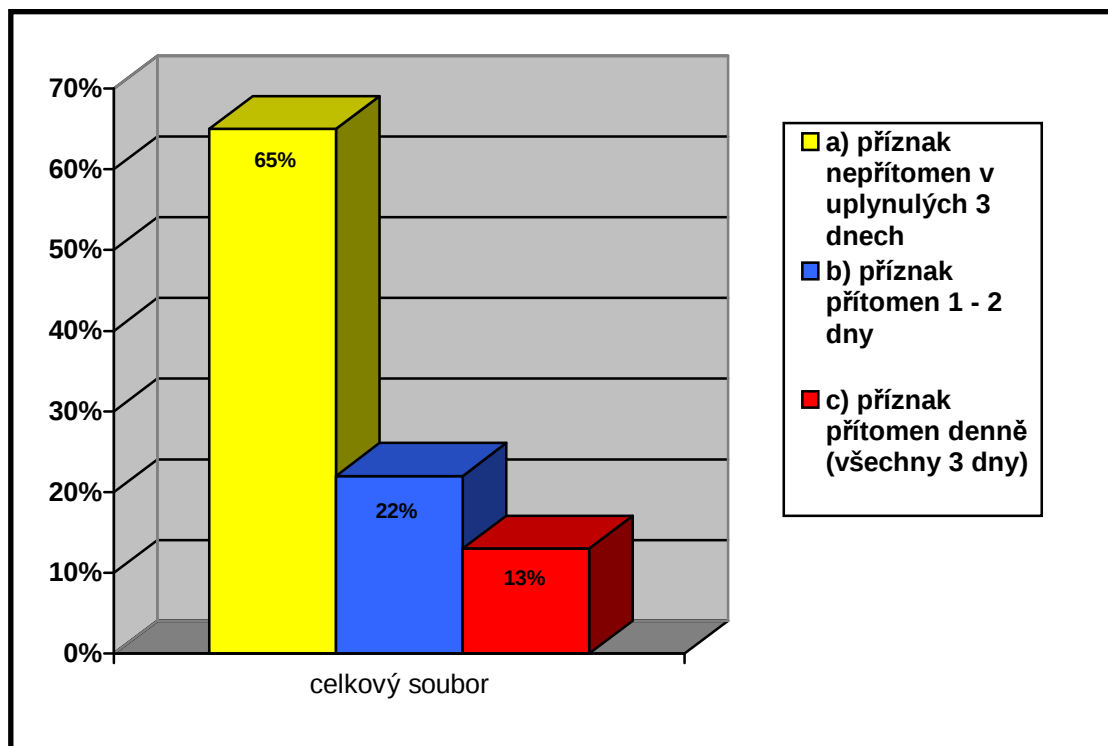
Otázka číslo 8- „Vzdání se oblíbených činností (př. dlouhodobých koníčků, ztráta sociálních zájmů, straní se rodiny nebo přátel)“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 13: Vzdaní se oblíbených činností v celkovém souboru

Odpovědi	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	65%	98
b) příznak přítomen 1-2 dny	22%	33
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	13%	19
celkem	100%	150

Graf 9: Vzdaní se oblíbených činností v celkovém souboru



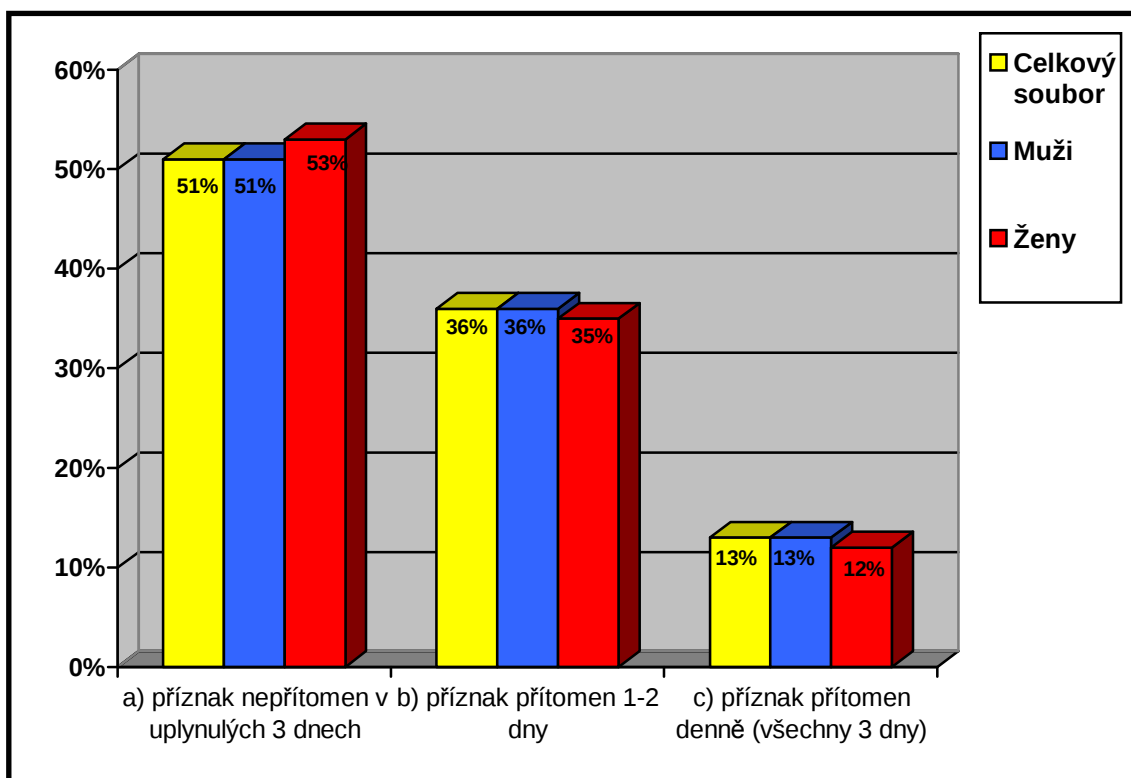
Otázka číslo 9- „Omezení sociálních vztahů“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 14: Omezení sociálních vztahů v celkovém souboru, u mužů a žen

Odpovědi	Celkový soubor		Muži		Ženy	
	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	51%	78	51%	38	53%	40
b) příznak přítomen 1-2 dny	36%	53	36%	27	35%	26
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	13%	19	13%	10	12%	9
celkem	100%	150	100%	75	100%	75

Graf 10: Omezení sociálních vztahů v celkovém souboru, u mužů a žen



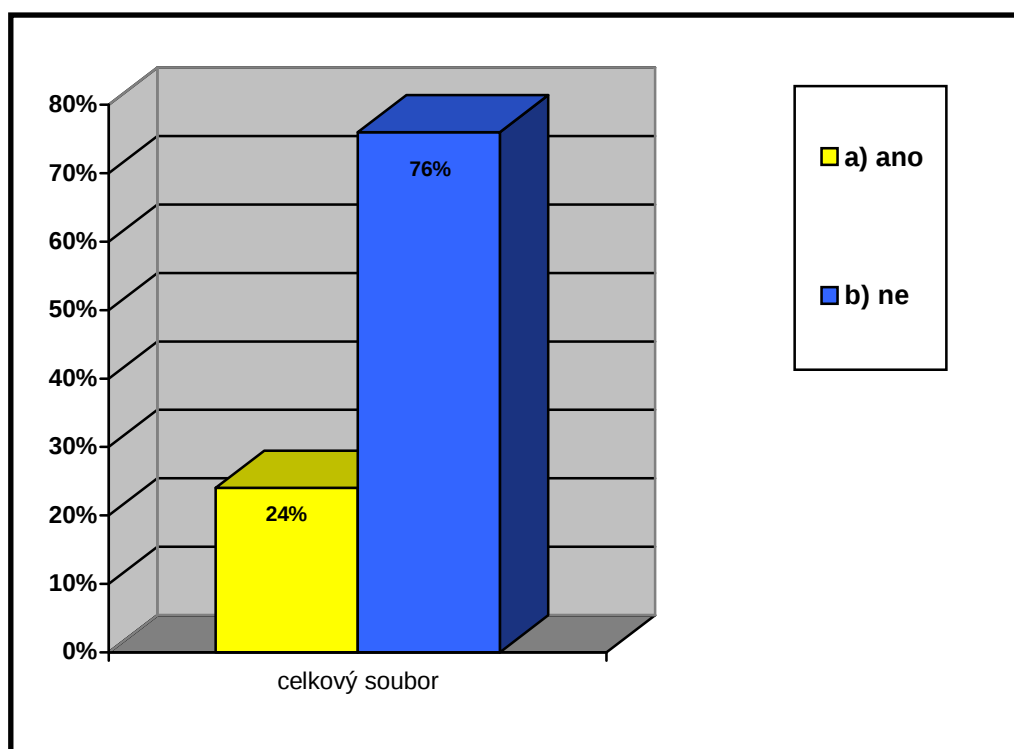
Otázka číslo 10- „Ve srovnání se stavem před 90 dny se poruchy nálady zhoršily“.

- a) ano
- b) ne

Tabulka 15: Horšení nálady v celkovém souboru

Odpovědi	% zastoupení	Počet odpovědí
a) ano	24%	36
b) ne	76%	114
celkem	100%	150

Graf 11: Horšení nálady v celkovém souboru



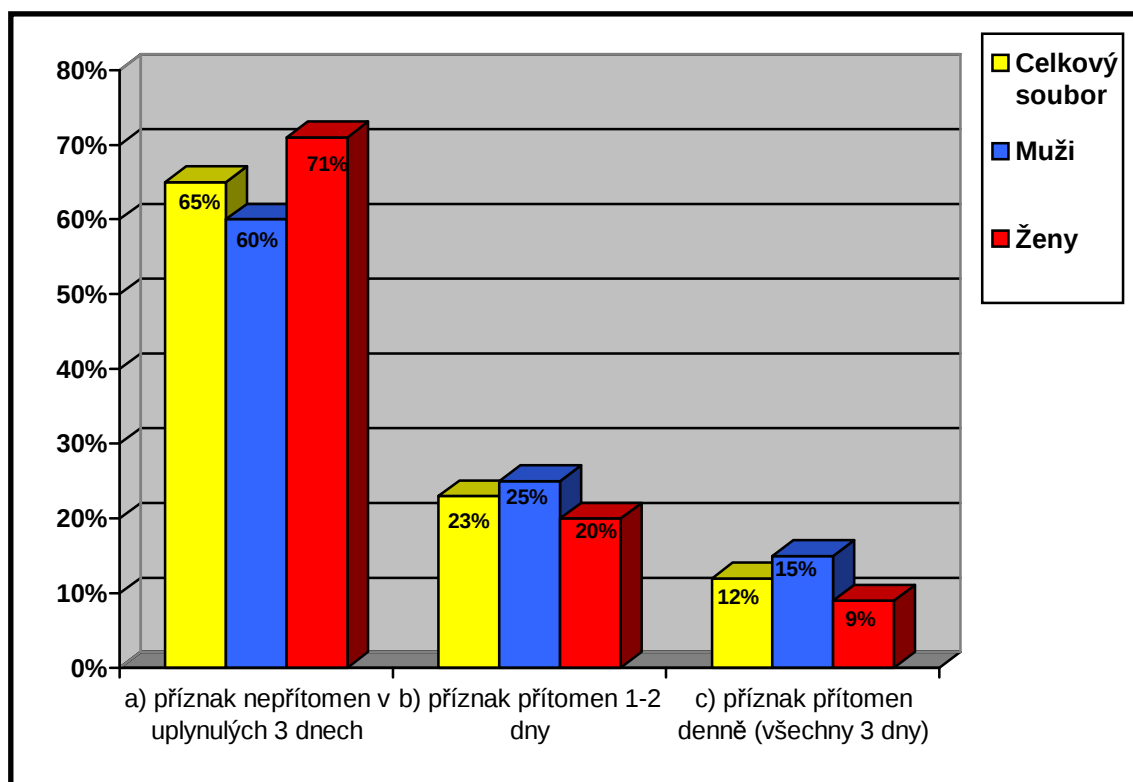
Otázka číslo 11- „Bloudění- přecházení bez příčiny, nedodrží bezpečnost“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 16: Bloudění v celkovém souboru, u mužů a žen

Odpovědi	Celkový soubor		Muži		Ženy	
	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	65%	98	60%	45	71%	53
b) příznak přítomen 1-2 dny	23%	34	25%	19	20%	15
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	12%	18	15%	11	9%	7
celkem	100%	150	100%	75	100%	75

Graf 12: Bloudění v celkovém souboru, u mužů a žen



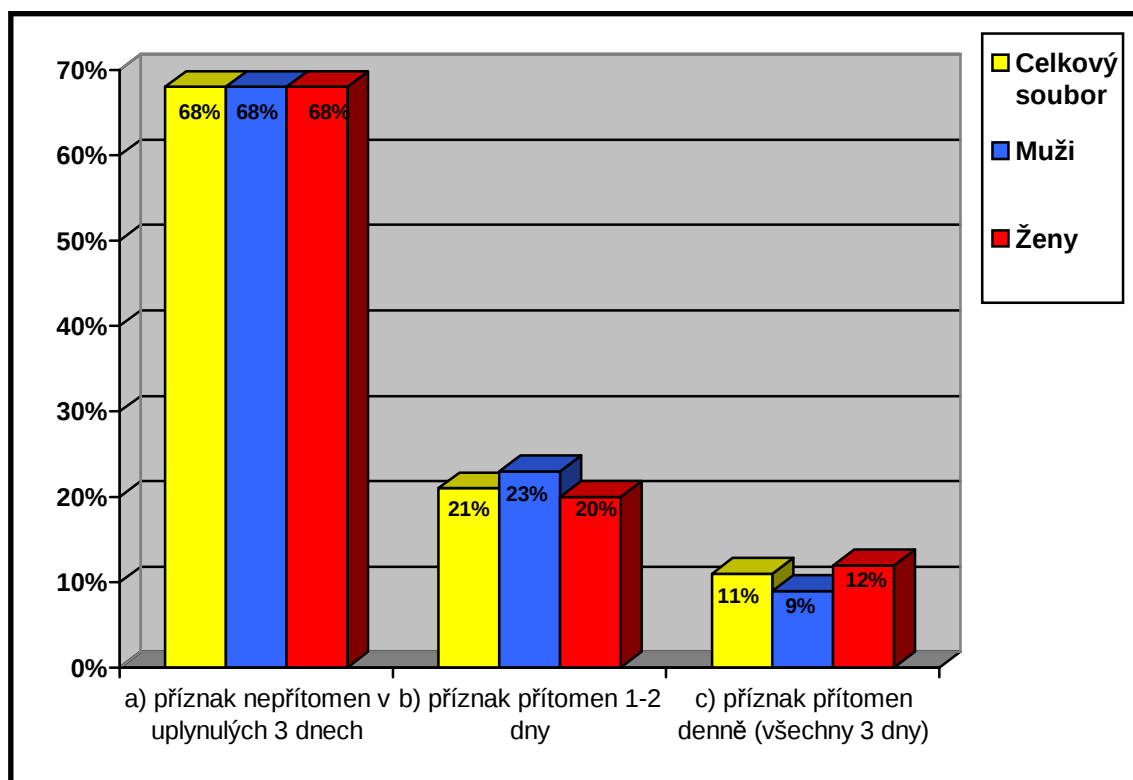
Otázka číslo 12- „Slovní agrese a ohrožování- ohrožuje, křičí, nadává druhým“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 17: Slovní agrese a ohrožování v celkovém souboru, u mužů a žen

Odpovědi	Celkový soubor		Muži		Ženy	
	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	68%	102	68%	51	68%	51
b) příznak přítomen 1-2 dny	21%	32	23%	17	20%	15
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	11%	16	9%	7	12%	9
celkem	100%	150	100%	75	100%	75

Graf 13: Slovní agrese a ohrožování v celkovém souboru, u mužů a žen



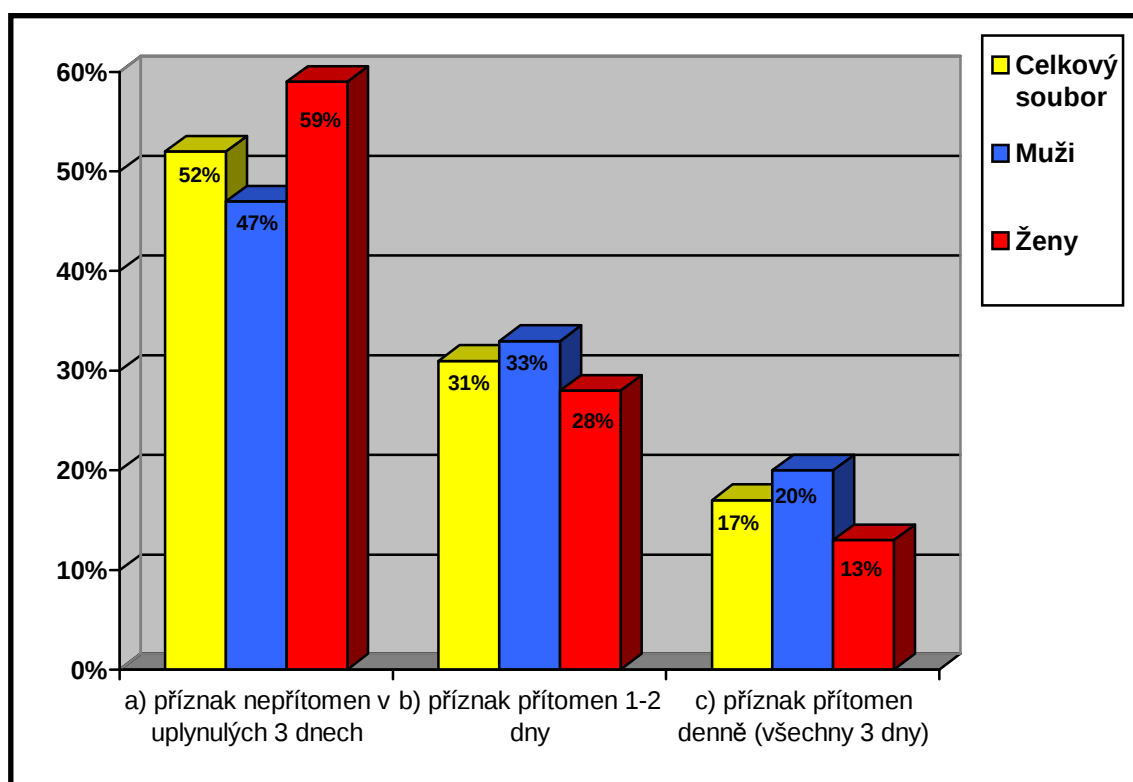
Otázka číslo 13- „Fyzická agrese- bije, škrábe, ohrožuje, zneužívá ostatní“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 18: Fyzická agrese v celkovém souboru, u mužů a žen

Odpovědi	Celkový soubor		Muži		Ženy	
	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	52%	79	47%	35	59%	44
b) příznak přítomen 1-2 dny	31%	46	33%	25	28%	21
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	17%	25	20%	15	13%	10
celkem	100%	150	100%	75	100%	75

Graf 14: Fyzická agrese v celkovém souboru, u mužů a žen



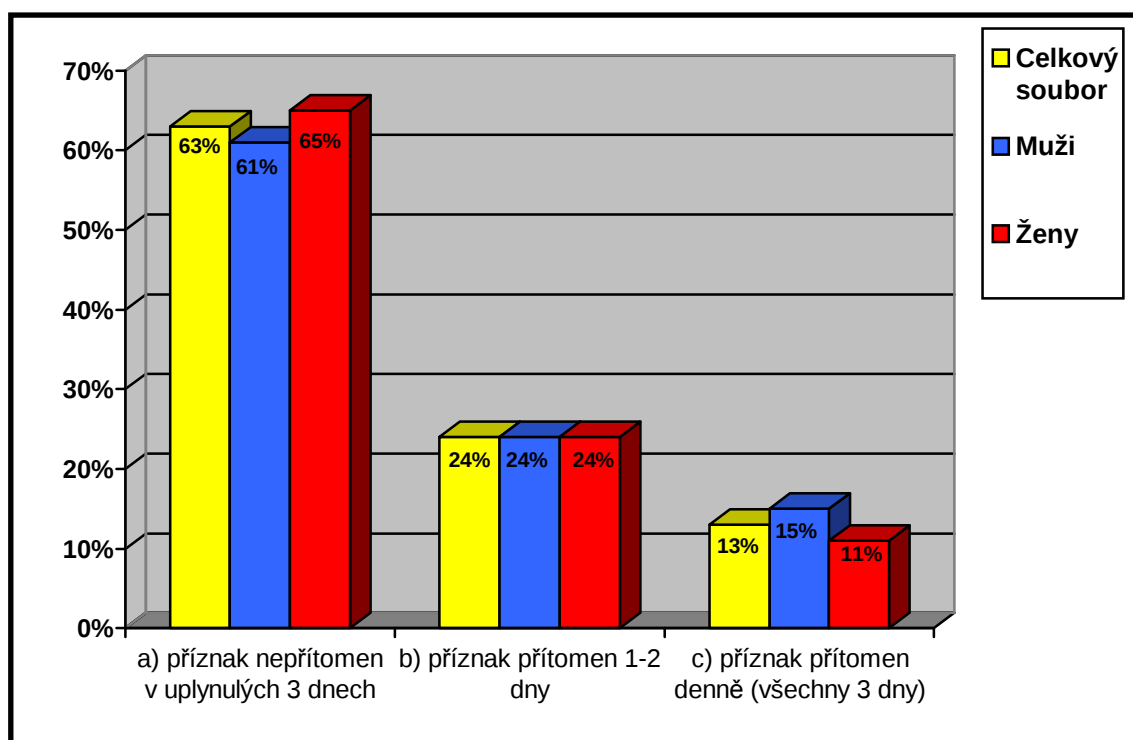
Otázka číslo 14- „Společensky nevhodné, neklidné chování- zneklidňující nepříjemné zvuky, hluchost, sebepoškozování, odhalování se, nevhodná manipulace s jídlem nebo výkaly, prohrabávání cizích věcí, porucha cyklu spánku/bdění rušící ostatní“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 19: Společensky nevhodné a neklidné chování v celkovém souboru, u mužů a žen

Odpovědi	Celkový soubor		Muži		Ženy	
	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	63%	95	61%	46	65%	49
b) příznak přítomen 1-2 dny	24%	36	24%	18	24%	18
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	13%	19	15%	11	11%	8
celkem	100%	150	100%	75	100%	75

Graf 15: Společensky nevhodné a neklidné chování v celkovém souboru, u mužů a žen



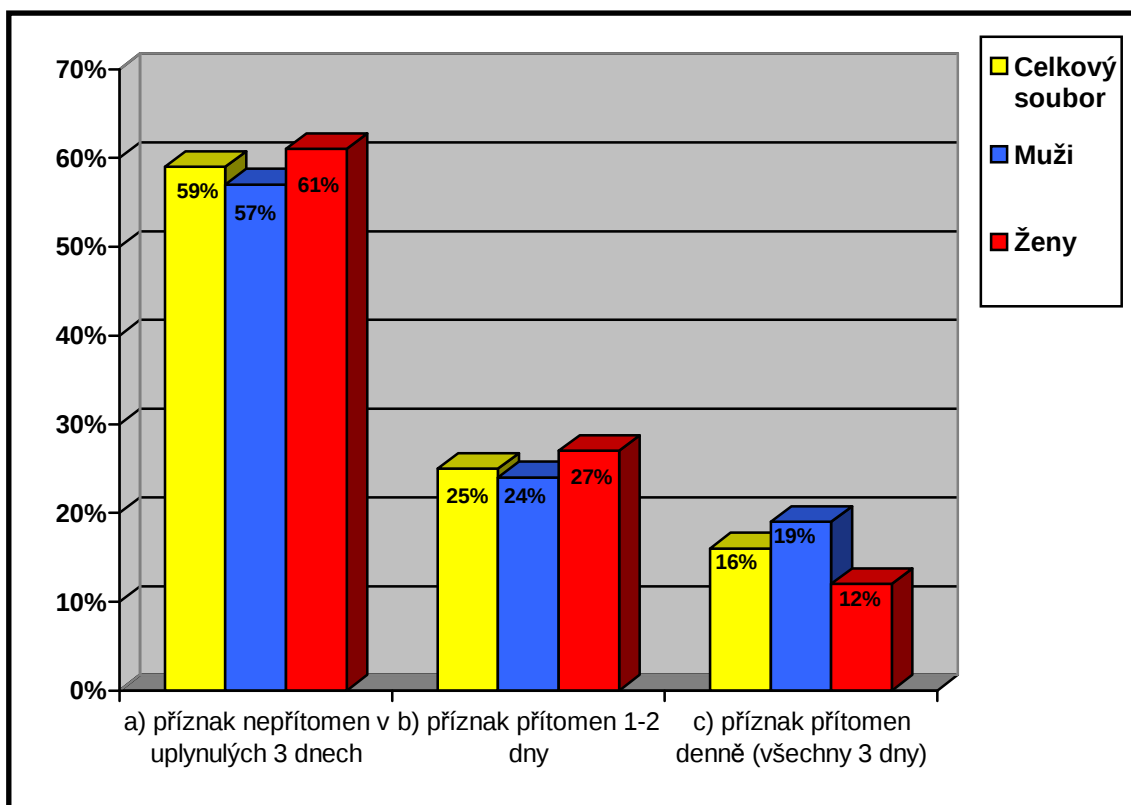
Otázka číslo 15- „Odmítání péče- klient odmítá léky, injekce, cvičení, pomoc v ADL, jídlo, hygienu, polohování apod.“.

- a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- b) příznak přítomen 1-2 dny
- c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

Tabulka 20: Odmítání péče v celkovém souboru, u mužů a žen

Odpovědi	Celkový soubor		Muži		Ženy	
	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí	% zastoupení	Počet odpovědí
a) příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech	59%	89	57%	43	61%	46
b) příznak přítomen 1-2 dny	25%	38	24%	18	27%	20
c) příznak přítomen denně (všechny 3 dny)	16%	23	19%	14	12%	9
celkem	100%	150	100%	75	100%	75

Graf 16: Odmítání péče v celkovém souboru, u mužů a žen



5. Diskuze

Na otázku č. 1, zda respondenti trpí pocitem smutku a deprese, odpovědělo z celkového souboru 150 respondentů 85 respondentů (56%) ne a 65 respondentů (44%) ano. Tento výsledek jsem předpokládala, neboť u pacientů umístěných v Domovech důchodců nebo ošetrovatelských ústavech je výskyt deprese (30-60%) daleko vyšší, než-li je tomu u seniorů žijících v domácím prostředí (5-35%) (30, 43). Myslím si, že by jistě stálo za to, zjistit u všech dotazovaných respondentů délku jejich pobytu v zařízení sociální péče, protože se domnívám, že respondenti, kteří tam pobývají kratší dobu by, byli procentuelně více zastoupeni. Tato otázka je ještě znázorněna u mužů a u žen zvlášť, jak je patrné z kapitoly Výsledky. U mužů neudává pocit smutku a deprese 40 respondentů (53%), 35 respondentů (47%) naopak tento pocit uvádí. U žen nepociťuje smutek a depresi 45 respondentů (60%), u 30 respondentů (40%) jsou smutek a deprese pociťováni. Tento výsledek mě poněkud překvapil, protože v literatuře je uváděno, že zatímco ve středním věku jsou ženy postiženy depresí až dvakrát častěji než muži, ve stáří je tento rozdíl mezi pohlavími méně nápadný (50). Snažila jsem se proto zamyslet nad důvodem, proč odpovědi mužů byli o sedm procent vyšší, než-li u žen. Domnívám se, že by pro výzkumnou práci bylo jistě přínosem, kdyby bylo známo to, zda-li jsou respondenti ovdovělí a jak dlouho, a to proto, že ovdovění je považováno za jeden z nejvýznamnějších stresujících faktorů v životě starého člověka (43). Zjištěné číselné údaje u této otázky mi potvrdily i to, že výskyt deprese u celkového souboru a mezi pohlavím dosahuje obdobného výsledku a je tak shodný s tím, co je uváděno v odborném článku v Psychiatrii pro praxi (30).

Na otázku č. 2 „Přetrvávající vztek na sebe nebo na druhé“ odpovědělo 90 respondentů (60%) ne, ano pak 60 respondentů (40%). Souhlasím s názorem doc. Vágnerové, že vztek na sebe nebo i ten, který je dokonce obrácen na okolí, patří mezi emoce, které se u deprese často vyskytují (47). Zdá se mi, že tato zjištěná skutečnost mi i nepřímo potvrdila předcházející otázku. Domnívám se totiž, že kladné odpovědi u druhé otázky v sobě odrážejí smutnou náladu starých nemocných, kterou umocňuje právě projev vzteku.

V otázce č. 3 mě zajímalo, zda-li respondenti trpí neopodstatněnými strachy a úzkostmi. Přehled odpovědí je názorně patrný z tabulky č. 8 a grafu č. 3, kde z celkového počtu 150 respondentů 49 respondentů (33%) označilo odpověď ne a 101 respondentů (67%) označilo odpověď ano. V souboru mužů byla 24 respondenty (32%) zaznamenána odpověď ne a 51 respondenty (68%) odpověď ano. V souboru žen byla zjištěna odpověď ne u 25 respondentů (33%) a odpověď ano u 50 respondentů (67%). Odpovědi jak u celkového počtu, tak mezi pohlavími byly velmi podobné. Tento výsledek jsem čekala, neboť neopodstatněné strachy a úzkosti jsou jedním z nejčastějších příznaků deprese (10, 16). Potvrdila se mi tak i moje hypotéza, že z poruch nálady budou převažovat právě neopodstatněné strachy a úzkosti. Je vyzkoumané, že pro nemocného je strach a úzkost trvalým zdrojem psychického napětí, očekávání něčeho nepříjemného, a proto se domnívám, že neopodstatněné strachy a úzkosti výrazně narušují kvalitu života pacientů, což potvrzuje ve svém článku i Veronika Habrová (5). Právě v péči o depresivně nemocné zaujímá zdravotní sestra neobyčejně důležité místo. Je to především ona, která s nimi tráví velkou většinu své pracovní doby v bezprostředním kontaktu. Myslím si, že je proto velmi důležité, aby si zdravotní sestra uvědomovala, že péče o pacienta, který trpí strachem a úzkostí, vyžaduje její blízkost, uklidnění a ujišťování, dostatek empatie a znalosti problematiky duševních poruch. Dalším podstatným zdrojem podpory jsou rodinní příslušníci, kteří by měli být také zapojeni do dlouhodobé péče o tyto nemocné staré osoby.

V následující otázce jsem se zajímala o opakované stížnosti na zdravotní stav. Odpověď ne uvedlo 106 respondentů (71%) a 44 respondentů (29%) uvedlo odpověď ano. Přikláním se k názoru MUDr. Praška, že depresivní lidé, kteří si trvale stěžují na zdravotní stav a zaměřují se přehnaně na tělesné funkce, hledají pomoc, ale když dojde ke konkrétní pomoci ze strany lékaře, nemocný se většinou jen chvilkově uklidní a ani žádné vyšetření ho neuspokojí (33). Domnívám se, že právě naopak paradoxně s množstvím vyšetření dochází u nemocného k ještě většímu prohloubení deprese a k nárůstu úzkosti, strachu. Zastávám stanovisko, že je velmi důležité, aby si zdravotníci uvědomili, že obavy o zdravotní stav mohou zastínit ostatní projevy deprese a pak často

dochází k tomu, že nemocný není vhodně léčen. A právě vhodnou léčbu považují za velmi podstatnou v péči a pomoci těmto pacientům.

V otázce č. 5 mě zajímaly opakující se úzkostné potíže. Tyto úzkostné potíže se nevyskytovaly u 94 respondentů (62%) a u 56 respondentů (38%) se vyskytovaly. Souhlasím s názorem, který je uváděn v literatuře, že deprese bývá často doprovázena úzkostí a úzkostné potíže se u nemocného často opakují, což je patrné i z výsledku této otázky (23, 36).

V otázce č. 6 jsem se ptala na smutný, bolestný či ustrašený vzhled respondentů. Ne uvedlo 98 respondentů (65%), ano 52 respondentů (35%). Získaný výsledek v této diplomové práci je shodný s výsledkem výzkumu, který prováděla Geriatrická klinika v Praze (16). Myslím si, že zvláště pro zdravotní sestru je důležité, aby si všímala nonverbálních projevů nemocného, neboť depresivní nálada se odráží jak v celkovém vzhledu, tak i v chování nemocného (47). Zdravotní sestra může totiž z nonverbálního projevu mnohé „vyčíst“. Za velmi důležité považuji i to, aby sestra s nemocným co nejvíce hovořila, neboť při rozhovoru se senior většinou rozpovídá, což sestře umožní lépe a účinně naplánovat plán ošetrovatelské péče (ošetrovatelské intervence).

Na otázku č. 7 „Opakující se plačtivost, lítostivost“ odpovědělo 90 respondentů (59%) ne a 60 respondentů (41%) ano. Plačtivost a lítostivost sice patří k častým projevům deprese, ale i tak si myslím, že tento výsledek lze pokládat za neuspokojivý, vzhledem k tomu, že v odborné literatuře je opakující se plačtivost a lítostivost zaznamenána pouze u 26% starých depresivních nemocných (16, 52). Dle mého názoru je plačtivost a lítostivost patrná i v průběhu běžného hovoru, při citově vypjatějších tématech a vzpomínkách. Je potřeba si uvědomit, že ke stavu plačtivosti a lítostivosti stačí u seniorů minimální podněty, které by jinak zdravý člověk nechával bez povšimnutí. Myslím si, že bychom my zdravotníci měli nemocnému zdůraznit, že mu rozumíme, nebo že se o to alespoň snažíme a akceptujeme jeho náladu, ve které právě je, tím si získáváme jeho důvěru, která je velmi důležitá.

V otázce č. 8 jsem se zajímala o to, jestli se respondenti vzdali oblíbených činností. Oblíbených činností se nevzdalo 98 respondentů (65%), 52 respondentů (35%) se oblíbených činností vzdalo. Takovýto výsledek jsem očekávala, je shodný i s tím, co

je prezentováno v časopisu Sestra (16). Bylo by zajímavé zjistit, zda-li se senioři vzdávají svých koníčků v důsledku deprese, únavy, nemoci, nebo je to způsobeno tím, že jsou vytrženi z domácího prostředí a nemají tak možnost se svým zálibám věnovat. Myslím si, že jelikož se depresivní nemocný cítí unavený, vyčerpaný, bez energie, je z jeho hlediska celkem logické, že se vzdává oblíbených činností, dlouhodobých koníčků a to i proto, že mu stejně žádná činnost nepřináší potěšení a všechno pro něj ztrácí smysl.

V otázce č. 9 mě zajímalo, zda respondenti pociťují omezení v sociálních vztazích. Z celkového souboru 150 respondentů nepociťuje omezení v sociálních vztazích 78 respondentů (51%) a omezení v sociálních vztazích pak pociťuje 72 respondentů (49%). U mužů není pociťováno omezení v sociálních vztazích u 38 respondentů (51%), naopak u 37 respondentů (49%) je pociťováno. V souboru žen omezení v sociálních vztazích nepociťuje 40 respondentů (53%) a 35 respondentů (47%) omezení v sociálních vztazích pociťuje. Myslím si, že omezení sociálních vztahů souvisí s pocity, kterými nemocný trpí. V odborné publikaci rodiny Praškových jsou nejčastěji uváděny pocity vlastní nedostatečnosti a méněcennosti (33). Jsem přesvědčená, že právě tyto pocity vedou u nemocného k tomu, že se ještě více začne vyhýbat lidem, cítí se ještě více opuštěný, na vše je zcela sám, nikdo mu nerozumí a ani rozumět nemůže. Zde opět příkládám velkou roli zdravotní sestře, která musí tuto smutnou náladu vypořádat a snažit se individuálním způsobem pomoci. Pokud selžou všechny osvědčené způsoby léčby, bylo by vhodné uvažovat o zavedení nových alternativních metod, například canisterapie apod. Terapie pomocí zvířat u starých depresivních nemocných může přispívat k posilování žádoucí chování a k potlačení naopak toho nežádoucího.

V další otázce mě zajímalo, zda-li se u respondentů poruchy nálady zhoršily ve srovnání se stavem před 90 dny. Zhoršení nálady nepozoruje 114 respondentů (76%), u 36 respondentů (24%) se zhoršení nálady projevilo. Zjištěné kladné odpovědi dosahují sedmi procentního nárůstu oproti výsledku, který ve svém výzkumném šetření zjistili pracovníci Geriatrického institutu v Praze (16). Snažila jsem se proto zamyslet nad tím, proč byl zjištěný výsledek právě takový. Myslím si, že svou roli zde mohl sehrát fakt, že

sběr dat probíhal v zimním období, kdy jsou dny velmi krátké a pochmurné a většina lidí, nejenom starší, toto období nemají rádi. Zajímalo by mě proto, zda-li by se výsledek odlišoval, kdyby byl sběr dat proveden v letním období.

Na otázku č. 11 „Bloudění“ z celkového souboru 150 respondentů odpovědělo 98 respondentů (65%) ne a 52 respondentů (35%) ano. Ze 75 respondentů mužského pohlaví označilo 45 respondentů (60%) odpověď ne, odpověď ano pak označilo 30 respondentů (40%). U 75 respondentů ženského pohlaví uvedlo 53 respondentů (71%) odpověď ne a odpověď ano 22 respondentů (29%). Tento výsledek mě překvapil, neboť jsem zde čekala více záporných odpovědí. Myslím si, že každá porucha chování a tedy i bloudění signalizuje chorobnou změnu, která musí být rozpoznána a vhodným způsobem léčena (39). Jsem přesvědčená, že vhodnou léčbou a správnými ošetrovatelskými intervencemi lze minimalizovat riziko vzniku komplikací u nemocného, snížit riziko izolace a odmítání okolí.

V otázce č. 12 jsem se zajímala o slovní agrese a ohrožování. Výsledek u celkového počtu 150 respondentů je takový, že odpověď ne byla zaznamenána u 102 respondentů (68%), odpověď ano u 48 respondentů (32%). Tímto výsledkem byla potvrzena další hypotéza, že z poruch chování se bude nejméně často vyskytovat slovní agrese a ohrožování. V souboru mužů označilo 51 respondentů (68%) odpověď ne a odpověď ano 24 respondentů (32%). U 51 respondentů žen (68%) byla zaznamenána odpověď ne a odpověď ano u 24 respondentů (32%). Je pozoruhodné, že výsledek, jak u celkového souboru, tak i u mužů a u žen, je naprosto shodný a tudíž statisticky nevýznamný. Tato otázka souvisí nepřímo s další otázkou, která se týká fyzické agrese.

U otázky „Fyzická agrese“ byly u celkového souboru 150 respondentů zjištěny odpovědi ne u 79 respondentů (52%) a odpovědi ano u 71 respondentů (48%). U 75 respondentů mužů označilo odpověď ne 35 respondentů (47%) a odpověď ano 40 respondentů (53%). U 75 respondentů žen byla zaznamenána odpověď ne u 44 respondentů (59%) a ano u 31 respondentů (41%). Bohužel nemám u obou otázek k porovnání žádné číselné výsledky jiných výzkumných prací. Myslím si, že slovní a fyzická agrese patří k nejzávažnějším poruchám chování, a to nejen proto, že je to tak uváděno v odborném článku MUDr. Setninové (39). Tyto otázky se totiž pojí s

diskutovanou a medializovanou problematikou ochranných omezovacích prostředků používaných ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Zastávám názor, že je-li tato problematika diskutována pouze v odborné lékařské nebo ošetrovatelské obci, setkáme se spíše s obhajobou těchto metod, ale samotný pacient a jeho blízcí používání těchto metod velmi negativně prožívají. Domnívám se, že by tyto metody měly být používány až po vyčerpání všech ostatních způsobů zvládnutí neklidných pacientů, neboť jakákoliv forma fyzického omezení výrazně narušuje osobní svobodu pacienta. Myslím si, že je důležité, aby si ošetrovatelský personál uvědomil, že jsou-li nakonec omezovací ochranné prostředky použity, musí být pacientovi v omezení poskytována zvýšená péče. Můžeme se často setkat s názorem, že si omezením pacienta v lůžku usnadňuje personál práci a veškerá ošetrovatelská péče končí. Nejsem zastáncem tohoto názoru, neboť pacient v omezení je pacient, u kterého péči o všechny jeho potřeby přebírá ošetrovatelský personál, tedy zejména zdravotní sestry. Od příjmu tekutin, péče o vyprazdňování, prevenci poškození v důsledku omezení, pravidelné měření fyziologických funkcí, hodnocení psychického stavu nemocného a další. Vím, že je to problematika spíše psychiatrická a nejsem ani striktním zastáncem používání omezovacích ochranných prostředků, ale zmínila jsem se o tom proto, že velkou skupinu, kde bývá nutnost fyzického omezení, tvoří právě gerontopsychiatři nemocní. Považuji proto za velmi důležité, aby se o této problematice diskutovalo a hledaly se jiné způsoby péče o takovéto pacienty (29, 32).

V otázce č. 14 jsem se zajímala o společensky nevhodné a neklidné chování. Z celkového souboru 150 respondentů se společensky nevhodné a neklidné chování nevyskytovalo u 95 respondentů (63%) a u 55 respondentů (37%) se vyskytovalo. U 75 respondentů mužského pohlaví nebylo společensky nevhodné a neklidné chování zaznamenáno u 46 respondentů (61%) a u 29 respondentů (39%) naopak zaznamenáno bylo. U 75 respondentů ženského pohlaví nebylo společensky nevhodné a neklidné chování uváděno u 49 respondentů (65%), u 26 respondentů (35%) uváděno bylo. Zastávám stejný názor jako prof. Topinková a MUDr. Serbinová, že společensky nevhodné a neklidné chování je častým zdrojem problémů a péče o takového pacienta zdravotnický personál velmi vyčerpává (39, 42). Domnívám se, že je potřeba, aby

každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích, dbal pravidel základní duševní hygieny. Při nadlimitní zátěži se může u zdravotnického personálu projevit syndrom vyhoření a to se pak odrazí v nekvalitně poskytované péči o tyto seniory.

V poslední otázce, která se týkala odmítání péče, odpovědělo z celkového počtu 150 respondentů 89 respondentů (59%), že péči neodmítá a 61 respondentů (41%) naopak péči odmítá. V souboru mužů péči neodmítá 43 respondentů (57%), 32 respondentů (43%) ji pak odmítá. V souboru žen není péče odmítána u 46 respondentů (61%) a u 29 respondentů (39%) je péče odmítána. Myslím si, že i zde má nezastupitelnou úlohu zdravotní sestra, která u nemocného musí zajistit péči o všechny jeho potřeby. Dále se musí s nemocným snažit navázat důvěryhodný vztah a motivovat ho ke spolupráci i když to pacient zatvrzele odmítá.

Celkový výsledek z dotazníkového šetření je alarmující. Získané výsledky by mohly posloužit ke zkvalitnění péče v ostatních sociálních zařízeních a ošetrovatelských ústavech.

6. Závěr

V současné době se svého stáří dožívá daleko větší část populace, než kdykoliv dříve v minulosti. Přestože prodlužování života většiny populace je nepochybným úspěchem, přináší demografické stárnutí také značné problémy jak pro jednotlivce, tak pro společnost. Ve stáří se zvyšuje kromě tělesných onemocnění i výskyt psychických poruch. Aby senior mohl prožít plnohodnotný a kvalitní život, musí být každá porucha nálady a chování včas rozpoznána a léčena.

Cílem této výzkumné diplomové práce bylo zmapovat frekvenci výskytu poruch nálady a chování u obyvatel vybraných Domovů důchodců v táborském okrese a zjistit, které z nich převažují a na základě zjištěných výsledků navrhnout řešení, která by vedla ke snížení výskytu komplikací a konfliktů v okrese Tábor. Snažila jsem se využít různých úhlů pohledu ke zhodnocení všech prvků, které s poruchami nálady a chováním souvisejí.

Při stanovení hypotéz jsem vycházela ze svých dosavadních odborných zkušeností získaných při práci ve zdravotnických zařízeních. Odtud se odvíjel můj předpoklad, že se u osob vybraných Domovů důchodců budou častěji vyskytovat poruchy chování než poruchy nálady, dále že z poruch chování se bude nejméně často vyskytovat slovní agrese a ohrožování, a z poruch nálady budou převažovat neopodstatněné strachy a úzkosti. Z výsledku výzkumu vyplývá, že první hypotéza „U obyvatel vybraných Domovů důchodců se budou vyskytovat častěji poruchy chování (38%) než poruchy nálady (42%)“ **nebyla verifikována**. Myslím si, že i když stanovená hypotéza nebyla verifikována, přesto nelze opomenout ten fakt, že výsledky výzkumu ukazují na jejich zvýšený výskyt. Z výzkumného šetření vyplynulo, že zbývající dvě hypotézy „Z poruch chování se bude nejméně často vyskytovat slovní agrese a ohrožování (32%)“ a „Z poruch nálady budou převažovat neopodstatněné strachy a úzkosti (67%)“ **byly verifikovány**.

Celkové vyhodnocení výsledků této diplomové práce je velmi alarmující. Získané výsledky poukázaly na zvýšený výskyt psychiatrické patologie. Přestože zdravotní sestry nemohou v diagnostice suplovat lékaře, je třeba, aby měly vědomosti o etiologii onemocnění. Vzhledem k tomu, že jsou s nemocným v nejužším kontaktu,

spočívá veliký význam jejich práce na úseku prevence. Kromě podílu na vyhledávání ohrožených a nemocných musí trvale působit na poli zdravotní výchovy a podílet se na psychiatrické rehabilitaci. Jejich nezastupitelnou úlohou je motivovat nemocného k léčbě, vysvětlit mu doporučení lékaře a aktivně a iniciativně ho získávat pro uplatňování zdravého způsobu života. Senioři ale také potřebují vlídné slovo, porozumění a pomoc, jak změnu své psychiky řešit. Zdravotní sestra se může při řešení psychických problémů stát velkým pomocníkem, neboť senior jí důvěřuje, svěřuje jí, co ho trápí, čím se zabývá a co již nedokáže zvládat. Zdravotní sestra musí léčit nejen tělo, ale i duši. Myslím si, že lze tak totiž snížit riziko vzniku komplikací a konfliktů a v neposlední řadě přispět především ke zkvalitnění života seniorů s poruchami nálady a chování.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Atkinsonová, S. *Jak zdolat skálu jménem deprese: Praktický průvodce pro lidi trpící depresí*. Přel. M. Nejedlá. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Albatros, 2005. 154 s. Edice Albatros Plus. Přel. z: *Climbing Out of Depression A Practical Guide for Sufferers*. ISBN 80-00-01544-7.
2. Cohen, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
3. Čačka, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství doplněk, 1997. 381 s. ISBN 80-85765-70-5.
4. Gulášová, Ivica. Úloha sestry při podpoře duševního zdraví. *Sestra: Psychiatrie*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 39. ISSN 1210-0404.
5. Habrová, Veronika. Ošetrovatelský proces u dg. středně těžká deprese. *Sestra: Psychiatrie*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
6. Hamilton-Stuart, I. *Psychologie stárnutí*. Přel. J. Krejčí. 1. vyd. Praha: Potrál, 1999. 319 s. Přel. z: *The Psychology Of Ageing*. ISBN 80-7178-274-2.
7. Háltová, B. – Suchá, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
8. Holmerová, I. – Jarašková, B. – Zikmundová, K. *Vybrané kapitoly z gerotologie*. Praha: Gema, 2002. 110 s.
9. Höschl, C. et al. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 96 s. Edice Symposium. Sv. 1. ISBN 80-7262-025-8.
10. Höschl, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Jinočany: Medicina H&H, 1996. 424 s. Edice Praktického lékaře. ISBN 80-85-787-96-2.
11. Hrdlička, M.- Hrdličková, D. *Demence a poruchy paměti pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.
12. Chodura, V. *Psychiatrie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta 1998. 73 s. ISBN 80-7040-285-7.
13. Jiráček, R. a kol. *Demence*. Praha: Maxdorf Jessenius, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.

14. Jirák, R. – Koukolík, F. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
15. Kebza, V. – Paclt, I. *Strukturovaný vyšetřovací a intervenční postup depresivních poruch v primární lékařské péči: detekce, diagnóza a léčba*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 71 s. ISBN 80-7071-126-4.
16. Klevetová, Dana – Topinková, Eva – Fialová, Daniela – Klán, Jan. Úloha sestry při hodnocení psychického stavu klientů domácí péče. *Sestra: Komunitní péče – Geriatrie*. Praha: 2003, roč. 13, č. 1, s. 23. ISSN 1210-0404.
17. Koukolík, F. – Jirák, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.
18. Koukolík, F. – Jirák, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 156 s. ISBN 80-7169-716-8.
19. Křivohlavý, J. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 176 s. ISBN 80-247-0575-3.
20. Kurzová, H. – Honzák, R. – Krombhol, Z. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 139 s. ISBN 80-246-0532-5.
21. Malá, E. – Pavlovský, P. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
22. Mc Kenzie, K. *Informace a rady lékaře: Deprese*. Přel. J. A. Máša. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 96 s. Přel. z: The BMA Family Doctor Guide to Depression. ISBN 80-247-0093-X.
23. Meier, P. – Minirth, F. *Od deprese ke štěstí: příznaky, příčiny a léčení depresí*. Přel. Š. Bouzková. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1998. 194 s. Přel. z: Happiness is a Choice. ISBN 80-85495-82-1.
24. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.
25. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 305 s. ISBN 80-85121-44-1.

26. Nádaská, Iveta – Boledovičová, Mária – Poledníková, Lubica. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Sestra: Komunitní péče – Geriatrie*. Praha: 2004, roč. 14, č.11, s. 38-39. ISSN 1210-0404.
27. Nakonečný, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2003. 336 s. ISBN 80-200-1289-3.
28. Nejedly, M. – Svobodová, H. – Šafránková, A. *Ošetrovatelství IV/1 pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 190 s. ISBN 80-7333-032-6.
29. Petr, Tomáš. Restriktivní metody v psychiatrii – zkušenosti z PLB. *Sestra: Obory – psychiatrie*. Praha: 2004, roč. 14, č. 9, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
30. Pidrman, Vladimír – Látalová, Klára – Bouček, Jaroslav. Milnacipran u depresivních nemocných starších 60 let. *Psychiatrie pro praxi*. Konice: 2003, roč. 4, č. 6, s. 268-281. ISSN 1213-0508.
31. Plevová, J. – Boleloucký, Z. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 162 s. ISBN 80-7169-959-4.
32. Doskočilová, Květa. Ochranné omezovací prostředky v psychiatrických léčebnách. *Sestra: Obory – psychiatrie*. Praha: 2004, roč. 14, č. 9, s. 12-13. ISSN 1210-0404.
33. Praško, J. – Prašková, H. – Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat: Stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. ISBN 80-7178-809-0.
34. Praško, J. a kolektiv. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
35. Radimský, M. a kolektiv autorů. *Psychiatrie I*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 176 s. ISBN 80-7013-218-3.
36. Rahn, E. – Mahnkopf, A. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Přel. J. Lorenc – L. Tobolová – P. Sedláček – M. Bodlák. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 468 s. Přel. z: Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. ISBN 80-7169-964-0.
37. Seidl, Z. – Obenberger, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
38. Seifertová, D. – Praško, J. - Höschl, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. 479 s. ISBN 80-86694-06-2.

39. Serbinová, Iveta. Poruchy chování seniorů.
<http://www.practicus.cz/2005/practicus05-08.pdf>, Juli 9, 2006.
40. Smékal, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2. vyd. Brno: Nakladatelství Barrister & Principal, 2004. 523 s. ISBN 80-86598-65-9.
41. Styx, P. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
42. Topinková, Eva. Co jsou poruchy chování ve vyšším věku a jak se projevují.
<http://www.poruchychovani.cz/definice.html>, Juli 25, 2006.
43. Topinková, E. – Neuwirth, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
44. Topinková, Eva. Jaké jsou možnosti léčby.
<http://www.poruchychovani.cz/lecba.html>, Juli 25, 2006.
45. Topinková, Eva. Které poruchy chování vyžadují vyšetření a radu lékaře.
<http://www.poruchychovani.cz/vysetreni.html>, Juli 25, 2006.
46. Tyrlíková, I. a kolektiv. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
47. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
48. Vágnerová, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
49. Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 210 s. ISBN 80-246-0015-3.
50. Weber, P. a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
51. Zvolský, P. a kolektiv. *Obecná psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 192 s. ISBN 80-7184-690-2.
52. Zvolský, P. a kolektiv. *Speciální psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Klinický vývoj poklesu kognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby

Tabulka 2: Klinická manifestace deprese ve stáří

Tabulka 3: Nejčastější somatické choroby spojené s depresí

Tabulka 4: Léky, které mohou vyvolat depresi

Tabulka 5: Geriatrická škála deprese podle Yesavageho a spol.

Tabulka 6: Pocit smutku a deprese v celkovém souboru, u mužů a žen

Tabulka 7: Přetrvávající vztek na sebe nebo na druhé v celkovém souboru

Tabulka 8: Neopodstatněné strachy a úzkosti v celkovém souboru, u mužů a žen

Tabulka 9: Opakované stížnosti na zdravotní stav v celkovém souboru

Tabulka 10: Opakující se úzkostné potíže v celkovém souboru

Tabulka 11: Smutný, bolestný či ustrašený vzhled v celkovém souboru

Tabulka 12: Opakující se plačtivost, lítostivost v celkovém souboru

Tabulka 13: Vzdání se oblíbených činností v celkovém souboru

Tabulka 14: Omezení sociálních vztahů v celkovém souboru, u mužů a žen

Tabulka 15: Horšení nálady v celkovém souboru

Tabulka 16: Bloudění v celkovém souboru, u mužů a žen

Tabulka 17: Slovní agrese a ohrožování v celkovém souboru, u mužů a žen

Tabulka 18: Fyzická agrese v celkovém souboru, u mužů a žen

Tabulka 19: Společensky nevhodné a neklidné chování v celkovém souboru, u mužů a žen

Tabulka 20: Odmítání péče v celkovém souboru, u mužů a žen

Seznam grafů

Graf 1: Rozdělení mužů a žen do věkových kategorií

Graf 2: Pocit smutku a deprese v celkovém souboru, u mužů a žen

Graf 3: Přetrvávající vztek na sebe nebo na druhé v celkovém souboru

Graf 4: Neopodstatněné strachy a úzkosti v celkovém souboru, u mužů a žen

Graf 5: Opakované stížnosti na zdravotní stav v celkovém souboru

Graf 6: Opakující se úzkostné potíže v celkovém souboru

Graf 7: Smutný, bolestný či ustrašený vzhled v celkovém souboru

Graf 8: Opakující se plačtivost, lítostivost v celkovém souboru

Graf 9: Vzdání se oblíbených činností v celkovém souboru

Graf 10: Omezení sociálních vztahů v celkovém souboru, u mužů a žen

Graf 11: Horšení nálady v celkovém souboru

Graf 12: Bloudění v celkovém souboru, u mužů a žen

Graf 13: Slovní agrese a ohrožování v celkovém souboru, u mužů a žen

Graf 14: Fyzická agrese v celkovém souboru, u mužů a žen

Graf 15: Společensky nevhodné a neklidné chování v celkovém souboru, u mužů a žen

Graf 16: Odmítání péče v celkovém souboru, u mužů a žen

8. Klíčová slova

Porucha nálady

Porucha chování

Okres Tábor

Senioři

Domov důchodců

9. Přílohy

Příloha č. 1

Tab. 1: Klinický vývoj poklesu kognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby

	Stádium choroby		
	Počínající	Středně těžké	Pokročilé
Orientace	Plně orientován.	Časté chyby, ale zná datum a blízké osoby.	Těžká dezorientace.
Soustředění	Mírné deficity, dělá chyby v sériovém počítání.	Mírné deficity, obvykle má potíže počítat pozpátku.	Stěží napočítá do deseti.
Recentní paměť	Zapomíná jména a nedávné události.	Špatně si pamatuje nedávné běžné události.	Neví o žádných nedávných událostech, jdou zcela mimo něj.
Dlouhodobá paměť	Určitý deficit ve vybavení si starých událostí.	Větší deficity.	Téměř nic z minula nepamatuje.
Jazyk/řeč	Obtížně hledá slova, chudší slovník, lehce chybuje v pojmenování.	Chudý slovník a struktura vět, opakuje se.	Afázie, nesrozumitelná řeč.
Praxe	Normální nebo minimální deficit.	Ideomotorická apraxie, potíže s běžnými financemi, s nakupováním, opouštění zájmové činnosti.	Nezvládne se sám najíst, umýt.
Zrakově prostorové schopnosti	Může se ztratit v neznámém prostředí, někdy chybně obkresluje obrazce v testech.	Chybné kreslení obrazců a prostorová dezorientace, může cestovat do známých míst.	Agrafie, mohou být další neurologické známky.

	Stádium choroby		
	Počínající	Středně těžké	Pokročilé
Péče o sebe	Normální.	Může občas vyžadovat pomoc, např. při hledání šatstva, koupání atd.	Vyžaduje stálou asistenci v mnoha oblastech, inkontinence moči a stolice.
Komplexní nebo nové úkoly	Snížená výkonnost.	Velmi snížená výkonnost.	Vůbec nezvládá tyto úkoly.
Osobnost	Možná je apatie, deprese, iritabilita.	Obvykle apatie, indiferace.	Agitovanost, anxiety, psychotické příznaky, abulie, obsesivita.

Zdroj: Psychofarmakoterapie vyššího věku (31)

Příloha č. 2

Tab. 2: Klinická manifestace deprese ve stáří

Klinická manifestace deprese ve stáří	
Nálada	Depresivní, vznětlivý nebo anxiózní, období pláče a smutku
Doprovodné psychologické příznaky	Nedostatek sebedůvěry, špatná soustředivost a paměť, zmenšení pocitu radosti, nedostatek zájmu o běžné aktivity, nedostatek kooperace s okolím, sociální izolace, negativní očekávání, zvýšená závislost, bezmocnost, vracejí se myšlenky na smrt, suicidální myšlenky
Somatické projevy	Psychomotorická retardace, únava, agitovanost, nechutenství, hubnutí, insomnie
Psychotické symptomy	Iluze méněcennosti, iluze o špatném zdraví, iluze o chorobě, depresivní halucinace-vizuální, auditivní, vzácně čichové

Zdroj: Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci (50)

Příloha č. 3

Tab. 3: Nejčastější somatické choroby spojené s depresí

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Demence, Parkinsonova choroba• Cévní mozková příhoda• Chronické srdeční selhání, AIM• Endokrinopatie – Cushingův syndrom, tyreopatie, diabetes mellitus• Onemocnění pohybového aparátu, zvláště s bolestmi a poruchou mobility, osteoporóza, primární polyartritida, polymyalgia rheumatica, polyartrózy• Nádorová onemocnění, zejména karcinom pankreatu, mozku a hematologické malignity• Jiná onemocnění, např. perniciózní anémie, CHOPN, některé infekce a kolagenózy |
|--|

Zdroj: Psychiatrie pro praktického lékaře (43)

Příloha č. 4

Tab. 4: Léky, které mohou vyvolat depresi

hypotenziva	reserpin, guanethidin, alfa-metyldopa, klonidin, hydralazin, propranolol, diuretika
psychofarmaka	barbituráty, benzodiazepiny, meprobamát, chlorpromazin, haloperidol, thiotixen, flurazepam
antiparkinsonika	levodopa, amantadin
steroidy	estrogeny, kortikoidy
další látky	opiáty, perorální antidiabetika, cimetidin, nádorová chemoterapie aj.

Zdroj: Psychofarmakoterapie vyššího věku (31)

Příloha č. 5

Tab. 5: Geriatrická škála deprese podle Yesavageho a spol.

Informace pro vyšetřovaného: vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte.
Otázky: 1. Jste v zásadě spokojen ze svým životem? ano/ne 2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů? ano/ne 3. Máte pocit, že Váš život je prázdný? ano/ne 4. Cítíte se často sklíčený a smutný? ano/ne 5. Máte vesměs dobrou náladu? ano/ne 6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého? ano/ne 7. Cítíte se převážně šťastný? ano/ne 8. Cítíte se často bezmocný? ano/ne 9. Vysedáváte raději doma, než abyste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi? ano/ne 10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci? ano/ne 11. Myslíte si, že je krásné být ještě naživu? ano/ne 12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic? ano/ne 13. Cítíte se plný elánu a energie? ano/ne 14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná? ano/ne 15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy? ano/ne
Hodnocení: za odpověď „ano“ u otázky 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 po jednom bodu a za odpověď „ne“ u zbývajících otázek, tj. 1, 5, 7, 11 a 13, také po jednom bodu. Podle výsledků celkového skóre hodnotíme: 0 - 5 bodů: normální afekt bez deprese 6 - 10 bodů: mírná deprese nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Zdroj: Psychiatrie pro praktického lékaře (43)

Příloha č. 6: Dotazník Minimum Data Set, sekce E (nálada a chování), ze souboru Resident Assessment Instrument

Indikátory deprese, úzkosti a smutné nálady

U každé položky a-i zaznamenejte přítomnost příznaků v posledních 3 dnech bez ohledu na jejich příčinu. Kódujte následovně:

- 0. příznak nepřítomen v uplynulých 3 dnech
- 1. příznak přítomen 1-2 dny
- 2. příznak přítomen denně (všechny 3 dny)

-a. POCIT SMUTKU? DEPRESE
(život nestojí za nic, nemá smysl, klient je nepotřebný, raději by nebyl naživu)
-b. PŘETRVÁVAJÍCÍ VZTEK NA SEBE NEBO NA DRUHÉ
(snadno se rozzlobí, zlobný při přijímání péče)
-c. NEOPODSTATNĚNÉ STRACHY/ÚZKOSTI
(z opuštění, samoty, z druhých lidí)
-d. OPAKOVANÉ STÍŽNOSTI NA ZDRAVOTNÍ STAV
(př. trvale vyhledává zdravotní péči, přehnané zaměření na tělesné funkce)
-e. OPAKUJÍCÍ SE ÚZKOSTNÉ POTÍŽE
(př. trvale se dožaduje pozornosti, ujišťování o režimu, jídle, oblékání, ve vztahu k druhým)
-f. SMUTNÝ, BOLESTNÝ ČI USTRAŠENÝ VZHLED
-g. OPAKUJÍCÍ SE PLAČTIVOST, LÍTOSTIVOST
-h. VZDÁNÍ SE OBLÍBENÝCH ČINNOSTÍ
(př. dlouhodobých koníčků, ztráta sociálních zájmů, strání se rodiny nebo přátel)
-i. OMEZENÍ SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ

Horšení nálady

Ve srovnání se stavem **před 90 dny** se poruchy nálady zhoršily.

-0. ne
-1. ano

Poruchy chování

Zaznamenejte přítomnost příznaků a možnost je ovlivnit. Pro každou položku a-e vyberte jedno z následujících hodnocení:

- 0. příznak v uplynulých 3 dnech nepřítomen
- 1. příznak přítomen, snadno lze ovlivnit
- 2. příznak přítomen, obtížně ovlivnitelný

.....a. BLOUDĚNÍ

(přecházení bez příčiny, nedodržuje bezpečnost)

.b. SLOVNÍ AGRESE A OHROŽOVÁNÍ

(ohrožuje, křičí, nadává druhým)

.....c. FYZICKÁ AGRESE

(bije, škrábe, ohrožuje, zneužívá ostatní)

.....d. SPOLEČENSKY NEVHODNÉ/ NEKLIDNÉ CHOVÁNÍ

(zneklidňující nepříjemné zvuky, hluchost, sebepoškozování, odhalování se, nevhodná manipulace s jídlem nebo výkaly, prohrabávání cizích věcí, porucha cyklu spánku/bdění rušící ostatní)

.....e. ODMÍTÁNÍ PÉČE

(klient odmítá léky, injekce, cvičení, pomoc v ADL, jídlo, hygienu, polohování apod.)