



Názov:

**Komplexný psychologický manažment pacienta
so somatickým ochorením**

Autori:

**Mgr. Tamara Lebedová
Mgr. Terézia Chudovská
PhDr. Katarína Jandová PhD.**

Špecializačný odbor:

Klinická psychológia

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre dospelých

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný psychologický manažment pacienta so somatickým ochorením

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0224	30. novembra 2021	schválený	15. decembra 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

Mgr. Tamara Lebedová; Mgr. Terézia Chudovská; PhDr. Katarína Jandová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

Somatické ochorenia, prevencia, diagnostika, liečba, manažment

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ANS	Autonómny nervový systém
APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
BDI-II	Beck Depression Inventory-II (Beckova sebaodhadzujúca škála depresie)
CHD	Coronary heart disease (koronárna choroba srdca)
DM	Diabetes mellitus - (cukrovka)
EBM	Evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
GAD	Generalised Anxiety Disorder (generalizovaná úzkostná porucha)
HAMD	Hamilton Depression Rating Scale (Hamiltonova škála pre depresiu)
HPA os	Hypotalamo-hypofýzo-adrenokortikálna os
CHOCHP	Chronická obštrukčná choroba pľúc
IAPT	The Improving Access to Psychological Therapies - (zlepšenie prístupu k psychologickým terapiám)
IPT	Interpersonálna terapia
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
iKBT	Kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu
LTC	Long- term condition (chronické/dlhodobé somatické ochorenie)
NHS	National Health Service (Národná zdravotná služba)
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence - (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
OCD	Obsessive-compulsive disorder
PHQ-9	Patient Health Questionnaire 9 (scale)
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
SCO	Srdcovo-cievne ochorenia
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors (selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu)
ŠDTP	Štandardný diagnostický a terapeutický postup
ŠPI	Špecifické psychoterapeutické intervencie - (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba; menej intenzívne psychologické liečebné postupy)
VFS	Variabilita frekvencie srdca
WHO	World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)

Kompetencie

Všeobecný lekár pre dospelých - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

Všeobecný lekár pre deti a dorast - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia,

psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia. Po získaní certifikátu v CPČ ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po získaní certifikátu v CPČ ŠPI -poskytovanie ŠPI.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v CPČ Psychoterapia.

Psychológ - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po získaní certifikátu v CPČ ŠPI poskytovanie ŠPI.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v CPČ ŠPI poskytovanie ŠPI. Po získaní certifikátu v CPČ Psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre somatické ochorenia - špecifická psychoterapia, supervízia. Po získaní certifikátu v CPČ Psychoterapia v inej ako špecifickej psychoterapii pre somatické ochorenia v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre somatické ochorenia k dispozícii - psychoterapia.

Psychológ v zdravotníctve špecialista - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ ŠPI poskytovanie ŠPI. Po získaní certifikátu v CPČ Psychoterapia v inej ako špecifickej psychoterapii pre somatické ochorenia v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre somatické ochorenia - psychoterapia.

Sestra so špecializáciou - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom pre CPČ psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM - prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia.

Úvod

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti u dospelých pacientov (18 rokov a starších) trpiacich na somatické ochorenie. Jeho cieľom je poskytnúť pacientom integrovanejšiu psychologickú a zdravotnú starostlivosť, aby sa zlepšila kvalita ich života, a aby sa znížili náklady na zdravotnú starostlivosť. Do tejto kategórie patria pacienti, ktorí majú psychické

problémy v súvislosti s chronickým/dlhodobým ochorením (napr. cukrovka, chronická obštrukčná choroba pľúc, kardiovaskulárne ochorenie, ochorenie pohybového ústrojenstva) a pacienti s medicínsky nevysvetlenými symptómami (syndróm dráždivého čreva, chronická únava).

Je určený všeobecným lekárom, klinickým psychológom, psychiatrom a iným špecialistom, resp. odborníkom v oblasti duševného zdravia.

Pacienti so somatickými ochoreniami tvoria významnú časť klientely všeobecných lekárov. Prístup k týmto pacientom je variabilný, často nevedie k zlepšeniu a neprináša pacientom potrebnú podporu. To spôsobuje nielen zbytočne vynaložené náklady na diagnostiku a liečbu, ale aj frustráciu lekárov a pacientov. Pritom je možné situáciu zlepšiť zmenou prístupu zdravotníckych pracovníkov, ako to preukázali aj zahraničné výskumné projekty (Rosendal, 2013).

Podľa Baudiša a kol. (1986) by mal štandard predovšetkým slúžiť praktickým lekárom, ale môžu ho využiť aj ďalší zdravotníci. Na rozdiel od iných postupov, si od lekárov vyžaduje zmenu myslenia a rozšírenie ich pozornosti k somatickým ochoreniam, ktoré sa prepájajú s duševnými ochoreniami. Tak lekár, ako aj pacienti, sa pri nedostatku nálezov vysvetľujúcich ťažkosti ocitajú v neistote. Lekár môže viac počúvať pacienta, a tak mu bude k dispozícii špecifickým spôsobom - popri diagnostike a znalostiach farmakoterapie, mu poskytne aj sprievodcu na využitia zdravotníckeho systému a ochrancu pred nadbytočným využívaním zdravotníckej starostlivosti.

Prepojenia medzi fyzickým a duševným zdravím sú nesporné. Existujú spoločné rizikové faktory tak somatických, ako aj psychických ochorení (NICE, 2009). Ľudia so somatickými ochoreniami (najčastejší užívatelia zdravotníckych služieb) majú často aj psychické ťažkosti, ako sú depresia a úzkosť, alebo problémy v dôsledku narušenia kognitívnych schopností, napr. demencia u starších ľudí. V dôsledku týchto komorbidných problémov sa prognóza ich zdravotného stavu a kvality života môžu výrazne zhoršiť. Kvôli neefektívnej starostlivosti sa náklady na starostlivosť o túto skupinu ľudí zvyšujú (Naylor et al., 2012). Vzhľadom na túto multimorbiditu je potrebné plánovanie starostlivosti tak, aby došlo k efektívnej spolupráci medzi praktickými lekármi, psychiatrami a psychológmi, a tým sa zabezpečila ich maximálna efektívnosť a prístup k nim. Takto je možné docieľiť zlepšenie kvality života, starostlivosti a zvýšenie efektívnosti služieb a úsporu nákladov (Department of Health, 2005).

Pacienti, ktorí trpia na somatické ochorenia, môžu byť náchylnejší na rozvoj úzkosti alebo depresie hlavne vtedy, keď ich somatické ťažkosti nie je možné vysvetliť objektívnym nálezom. Preto sú tieto ochorenia náročnejšie na diagnostiku, liečbu a vyliečenie (Fink a kol., 1999).

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to štúdií, svetových a európskych odporúčaní (NICE, Americká psychiatrická asociácia (APA), EBM). Sú zohľadnené potrebné úrovne dôkazov za posledných 20 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov či elektronických časopisov.

Z dôvodov komplexnosti problematiky sa psychologickému manažmentu dospelých pacientov s onkologickým ochorením a psychologickému manažmentu dospelých pacientov s organickým s duševným ochorením budú venovať samostatné ŠDTP.

Prevenencia

Podľa odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) sú ochorenia ako cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia, chronické ochorenia dýchacieho ústrojenstva a duševné poruchy príčinou 86 % úmrtností v Európe. Liečba týchto ochorení tvorí 70 - 80% z celkových nákladov na zdravotnú starostlivosť. Pritom sa jedná o ochorenia, kde je možné znížiť ich riziko, napr. zdravou stravou a primeranou fyzickou aktivitou.

WHO prijala „Globálny akčný plán na prevenciu a kontrolu chronických ochorení 2013 -2020“, ktorý má stanovené tieto ciele:

1. 25%-né relatívne zníženie rizika predčasných úmrtí spôsobených kardiovaskulárnymi chorobami, rakovinou, cukrovkou, alebo chronickými respiračnými chorobami.
2. Najmenej 10%-né relatívne zníženie škodlivého užívania alkoholu v rámci národného kontextu.
3. 10%-né relatívne zníženie nedostatku fyzickej aktivity.
4. 30%-né relatívne zníženie požívania soli (NaCl).
5. 30%-né relatívne zníženie používania tabaku u ľudí starších ako 15 rokov.
6. 25%-né relatívne zníženie zvýšeného krvného tlaku v rámci národného kontextu.
7. Zastavenie dynamiky zvyšovania výskytu cukrovky a obezity.
8. Najmenej 50% potenciálne ľudí, ktorí sú ohrození srdcovým infarktom alebo mŕtvicou, dostane farmakologickú terapiu a poradenstvo (vrátane kontroly glykémie).
9. 80%-ná dostupnosť základných technológií a liekov, vrátane generík, ktoré sú potrebné na liečbu hlavných chronických ochorení vo verejných a súkromných zariadeniach (Slovenská aliancia pre chronické ochorenia, 2013).

Rizikové faktory

Somatické ochorenia vznikajú kombináciou ovplyvniteľných a neovplyvniteľných rizikových faktorov (World Economic Forum, 2011).

Neovplyviteľné rizikové faktory sa týkajú charakteristík, ktoré nie je možné zmeniť alebo ovplyvniť. Patria sem vek, pohlavie, genetická predispozícia.

Ovplyviteľné rizikové faktory sa týkajú charakteristík, ktoré pacienti môžu zmeniť s cieľom zlepšenia svojho zdravia, napr. zlé stravovanie, fyzická inaktivita, fajčenie, požívanie alkoholu (World Economic Forum, 2011).

Podľa WHO (2011) je možné určité rizikové faktory pri vzniku a rozvoji somatických ochorení zmeniť alebo ovplyvniť:

- a) Životný štýl: fajčenie, alkohol, fyzická inaktivita, používanie kuchynskej soli (NaCl).
- b) Vysoký krvný tlak - poškodzuje srdce, cievy, mozog, obličky. Zvyšuje riziko mozgovej mŕtvice, srdcového zlyhania a infarktu myokardu.
- c) Diabetes mellitus (DM) - často je jednou z príčin zužovania ciev zásobujúcich srdce a iné orgány. U osôb s diabetom je riziko srdcovo-cievnych ochorení významne zvýšené. K rozvoju diabetu u dospelých vedie aj nadváha.
- d) Telesná hmotnosť - k nadváhe sa pridružujú aj ďalšie rizikové faktory, ako vysoký krvný tlak, cukrovka, vysoká hladina cholesterolu.

Okruhlica (2010) udáva dve podskupiny rizikových činiteľov, a to tie, ktoré môže jedinec zásadne ovplyvniť zmenou životného štýlu (sedavý spôsob života, zloženie stravy, ponocovanie, chronický pracovný stres). A tie, ktoré sa nedajú jedincom vôbec alebo len veľmi málo ovplyvniť (silná genetická predispozícia, vek).

Ak odporúčame pacientovi, aby zmenou životného štýlu znížil riziko vzniku, recidívy, resp. zhoršenia somatického ochorenia, nejde o medicínsku liečbu, ale o preventívne opatrenia, o ktorých rozhoduje sám jedinec.

Skupina ďalších rizikových faktorov, napr. kardiovaskulárnych ochorení, sú už medicínske patológie (fajčenie, obezita, dyslipidémia, hypertenzia), kde zodpovednosť za usmernenie a postup, ako ich redukovat', patrí do rúk lekára. Nejde už o primárnu prevenciu, ale o medicínsku liečbu.

Dobrá medicínska prax pre optimálny efekt liečby, ktorá v tomto prípade predstavuje aj prevenciu pred somatickými ochoreniami, pozostáva z troch elementov:

1. farmakoterapia,
2. psychoterapia,
3. zmena životného štýlu (Okruhlica, 2010).

Psychosociálne faktory zhoršujúce prognózu srdcovocievnych ochorení

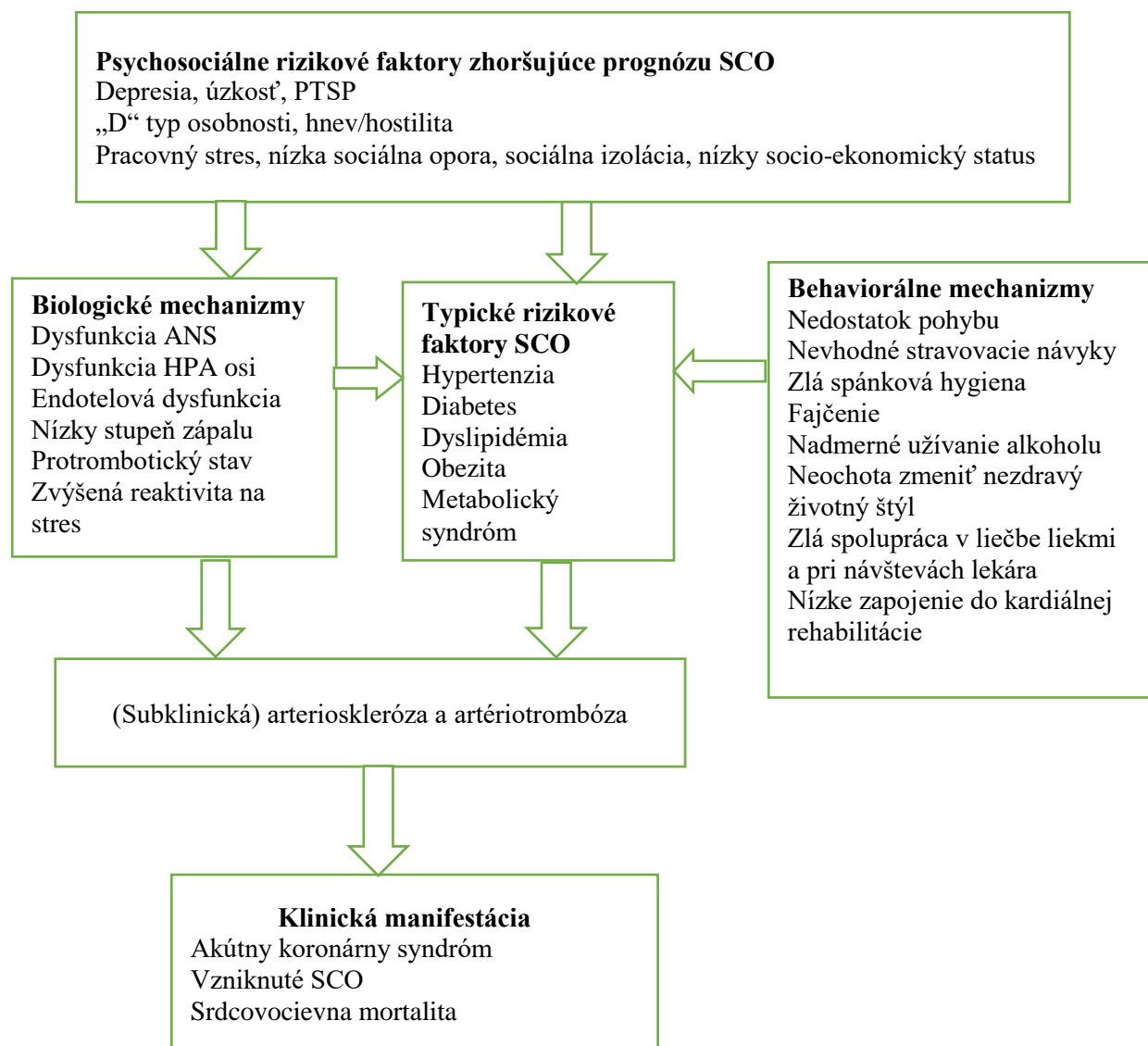
Podľa Rozanski, Blumenthal, Kaplan (1999) štúdie poskytujú jasné a presvedčivé dôkazy o tom, že psychosociálne faktory významne ovplyvňujú patogenézu a prejavy SCO. Riziko SCO sa týka piatich špecifických psychosociálnych oblastí, ako je depresia, úzkosť, osobnostné faktory a charakterové črty, sociálna izolácia a chronický a subakútny životný stres. Patofyziologické mechanizmy, ktoré podmieňujú tieto vzťahy, Rozanski, Blumenthal, Kaplan (1999) rozdeľujú na **správanie**, kde psychosociálne faktory prispievajú k vyššej frekvencii negatívnych faktorov ovplyvňujúcich zdravie, ako je napr. nevhodná skladba stravy a fajčenie, a priame patofyziologické mechanizmy, ako je neuroendokrinná aktivácia a aktivácia krvných doštičiek.

Koncom 50. rokov minulého storočia Friedman a Rosenman (1959) identifikovali typ správania „A“, ktorý sa vyznačuje súťaživosťou, hostilitou a prílišnou pracovnou zaťaženosťou. Avšak po počiatočných pozitívnych zistenia s rizikom SCO ďalšie štúdie nepreukázali vzťah medzi typom správania „A“ a rizikom SCO (Ragland, Brand, 1988, Shekelle, Gale, Norusis, 1985). Novšie štúdie sa preto začali zameriavať na také osobnostné črty, ako je hostilita a hnev (Suls, Bunde, 2005). Ďalším konceptom vychádzajúcim z osobnostných črt je „D“ typ osobnosti, ktorý pozostáva z negatívnej afektivity a zo sociálnej inhibície. Prehľad 12 štúdií (Grande, Rompell, Barthe, 2012) potvrdil vzťah medzi „D“ typom osobnosti a „tvrdými“ dátami, ako sú akútne srdcové príhody a úmrtia. (upravený pomer rizika 2,24).

Aj podľa Rosengren a kol. (2004) sú psychosociálne faktory nezávisle prepojené so srdcovocievnyimi ochoreniami, avšak literárne údaje o ich vplyve sú rozporné. Kivimäki a kol. (2012) udávajú, že vplyv psychosociálnych faktorov, v porovnaní so všeobecne prijímanými rizikovými faktormi, ako je napr. obezita, či hypertenzia alebo fajčenie, je menej významný. Psychosociálny stres však môže viesť k SCO tým, že súvisí s obezitou (Jiang a kol., 2013). Metaanalýza 14 longitudinálnych štúdií (Wardle a kol., 2011) vzťahu psychosociálneho stresu a nadváhy, prevažne hodnotenej cez BMI, preukázala štatisticky významný pozitívny vzťah skúmaných premenných v 25% štúdií, a negatívny vzťah v 6 % štúdií. V štúdií Nyberg a kol. (2013), ktorí sledovali psychosociálny stres a rizikové faktory SCO na vzorke 47 000

participantov, sa zistilo, že ľudia s nadmernou záťažou v práci mali častejšie diabetes, viac fajčili, boli menej fyzicky aktívni a viac trpeli obezitou. Autori však nepreukázali štatisticky významný vzťah medzi nadmernou pracovnou záťažou a klinicky nameraným krvným tlakom a úrovňou krvných lipidov. Taktiež Kouvonen a kol. (2005) preukázali slabý pozitívny vzťah medzi psychosociálnymi faktormi a nadváhou. Pedersen a kol. (2017) uvádzajú nasledujúcu schému biologických a behaviorálnych mechanizmov súvisiacich so srdcovocievnyimi ochoreniami.

Obrázok č. 1 **Biologické a behaviorálne mechanizmy SCO**



Táto schéma zobrazuje dobre overené biologické a behaviorálne mechanizmy, ktoré prepájajú psychosociálne rizikové faktory so zlou prognózou a s negatívnymi klinickými dôsledkami u pacientov so SCO. Oba mechanizmy taktiež prispievajú k manifestácii tradičných kardiometabolických rizikových faktorov SCO. Hoci štúdie preukazujú takzvané „nezávislé“ asociácie mnohých týchto mechanizmov s prejavmi SCO, v skutočnosti však jestvujú komplikované interakcie jednotlivých mechanizmov a ich prepojení (Pedersen a kol., 2017).

Psychosociálne faktory súvisia so zmenenou funkciou osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky, zvyšujú aktivitu sympatikového a znižujú aktivitu parasympatikového nervového systému. To vedie k dysfunkcii ANS, k vylučovaniu katecholamínov (epinefrín, norepinefrín). Skracujú sa izovolumické kontrakcie srdca, znižuje sa variabilita frekvencie srdca (VFS), ustupuje baroreflexná senzitivita, znižuje sa návrat srdcovej frekvencie do pôvodného stavu po cvičení a zvyšuje sa priemerná frekvencia srdca. Dôsledkom je dysfunkcia osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky, dysfunkcia a poškodenie endotelu a dochádza k prozápalovému a protrombotickému stavu (Pedersen a kol., 2017).

Prevenia vzniku a rozvoja depresívnej poruchy pri somatických ochoreniach

Klinickí pracovníci sa často stretávajú s pacientmi, ktorí trpia komorbiditou depresívneho a somatického ochorenia. Výskyt všetkých foriem depresie u somatických pacientov v ambulanciách lekárov je 20 – 40 %, výskyt ťažkej depresie 4 – 8 %. V ústavných podmienkach dosahujú tieto čísla ešte vyššie hodnoty: výskyt všetkých foriem depresie u hospitalizovaných pacientov je 25 – 50 % a výskyt ťažkých foriem depresie 5 – 10 % (Maier, Falkai, 1999). Napriek vysokej pravdepodobnosti ich aktuálneho výskytu, ostáva depresia v mnohých prípadoch nediagnostikovaná (neliečená). Mortalita v dôsledku samovraždy u depresívnych pacientov, ktorí nie sú liečení, dosahuje 15 % (Forgáčová, 2008). Prvým krokom k prevencii, resp. k spomaleniu progresie somatického ochorenia, by mala byť snaha o zlepšenie životosprávy, absencia fajčenia, pravidelné lekárske vyšetrenia, posilnenie kompliance s lekárom, psychoterapia, cvičenia (prechádzky, dychová gymnastika a pod.). Taktiež joga pomáha pacientom nadobudnúť psychickú rovnováhu a relaxačná terapia odstrániť psychické napätie (Kuriplachová, a kol., 2018).

Epidemiológia

Viac ako 15 miliónov ľudí žijúcich v Anglicku, čo tvorí 30 % populácie, trpí somatickým ochorením (Department of Health, 2011). Až 30 % z týchto ľudí má pridruženú aj psychickú poruchu. Kanadské štúdie poukazujú na to, že depresívne symptómy postihujú 27,1 % všetkých obyvateľov s diagnózou somatických ochorení. Títo pacienti trpia často depresiou alebo kognitívnou poruchou (Hoben a kol., 2019).

Duševné a telesné zdravie človeka je prepojené. Prítomnosť dlhodobého alebo chronického somatického ochorenia výrazne zvyšuje riziko sprievodnej psychickej poruchy a naopak. Komorbidity s úzkostnými poruchami a depresiou sú najbežnejšie, ale môžu sa vyskytnúť aj ďalšie komorbidity (zneužívanie drog a alkoholu, psychózy, poruchy osobnosti). Vo vyššej miere vzniká depresia a úzkostné poruchy u ľudí s kardiovaskulárnym ochorením, diabetom, CHOCHP a poruchami pohybového ústrojenstva (NHS, 2018).

Podľa Department of Health (2011) prevalencia depresie a úzkosti je vyššia u ľudí s telesným ochorením v porovnaní s bežnou populáciou. V štúdií s viac ako 245 000 ľuďmi v 60 krajinách bolo v priemere 9,3 – 23 % participantov s jedným alebo viacerými chronickými somatickými ochoreniami, ktorí trpeli aj komorbídnou depresiou. Moussavi (2007) zistil, že pacienti s depresívnou komorbiditou s jedným alebo viacerými chronickými somatickými ochoreniami mali horší zdravotný stav ako pacienti s angínou, artritídou, astmou. Podľa HM Government (2010) sa u ľudí, ktorí majú 3 a viac somatických ochorení, riziko psychických porúch zvyšuje 7-násobne v porovnaní s bežnou populáciou. Depresia u ľudí s koronárnou chorobou srdca (CHD) predpovedá ďalšie koronárne príhody (s pravdepodobnosťou 2,0) a zhoršenie kvality

života v súvislosti so zdravím. Depresívne osoby s CHD zomierajú viac ako 2x častejšie ako pacienti s CHD bez depresie (Davidson, 2006).

Patofyziológia

Spoločné patofyziologické mechanizmy vzniku depresie a vybraných somatických ochorení

Súčasné empirické štúdie potvrdzujú, že depresia sa štatisticky významne častejšie vyskytuje u pacientov s diabetom ako v normálnej populácii. Údaje z longitudinálnych populačných štúdií dokumentujú, že depresia predchádza vzniku *diabetes mellitus* typ 2, čo možno interpretovať tak, že depresia predstavuje rizikový faktor pre diabetes typu 2. V prípade diabetes mellitus typu 1 sa depresia objavuje až po prepuknutí choroby, v priemere do 5 rokov. Viac ako 90 % prípadov diabetes mellitus predstavuje typ 2. V súčasnosti je uznávaný recipročný vzťah medzi depresiou a diabetes mellitus - depresia nie je dôsledok, ale predstavuje riziko vzniku diabetes mellitus typ 2 (American Diabetes Association In Forgáčová, 2008).

Podľa Forgáčovej (2008) existuje priama súvislosť medzi závažnosťou depresie, výskytom komplikácií, hladinami hyperglykémie a vysokými hladinami glykolyzovaného hemoglobínu u pacientov s diabetes mellitus typu 1. U pacientov s ochorením diabetes mellitus typu 2 sa preukázal významný vzťah medzi závažnosťou depresie a komplikáciami diabetu. Všetky skúmané parametre diabetes mellitus sa zlepšovali súbežne s ústupom depresívnej symptomatiky u pacientov s diabetes mellitus typu 1 aj 2.

Depresia predstavuje riziko nielen pre vznik diabetu, ale aj pre rozvoj jeho ďalších komplikácií, čo sa opiera o niekoľko indícií, ktoré poukazujú na spoločné neurobiologické markery. V tomto smere sa zvažuje úloha katecholamínov, neuroendokrinnnej hypotalamo-hypofýzo-nadobličkovej osi a najmä úloha sérotonínu a sérotonínových receptorov. Zvýšené hladiny kortizolu sa pozorujú rovnako u pacientov s diabetom, ako aj s depresiou, podobne porucha glukózovej tolerancie a vznik inzulínovej rezistencie (Forgáčová, 2008).

Abnormality serotonínergickej neurotransmisie umiestnené v presynaptickej aj postsynaptickej oblasti predstavujú významnú (aj keď nie jedinú) úlohu v patogenéze depresie (tzv. serotonínová hypotéza depresie). Látky, ktoré majú serotonínergický účinok (prekurzory sérotonínu, fenfluramín, SSRI) určujú klinicky významné zlepšenie depresívnych príznakov. V tejto súvislosti sú známe výsledky: po 6 týždňovom podávaní niektorých SSRI (paroxetín, fluoxetín a sertralín) depresívnym pacientom s diabetom došlo k zníženiu hladín glukózy, k poklesu hmotnosti, poklesu triglyceridov a cholesterolu v sére, k poklesu glykozovaného hemoglobínu a k zlepšeniu kompliance. Pozitívny účinok serotonínergických látok na depresívnu náladu, ale aj na ďalšie chorobné parametre diabetes mellitus poukazuje na možný etiologický vzťah (Forgáčová, 2008).

Depresia a *srdcové zlyhávanie* majú tiež spoločné patofyziologické korene, uvažuje sa o viacerých možných mechanizmoch pôsobenia. Ide o kombináciu biologických a behaviorálnych faktorov. Miera aktivácie každého z týchto faktorov je závislá od individuálnej vulnerability jedinca. Hypotetické fyziologické mechanizmy zahŕňajú napr. zvýšenú sympatoadrenálnu aktiváciu a pokles vagového tonusu, ktorý môže provokovať hemodynamické abnormality a predisponovať na poruchy rytmu a náhlu smrť (Nôtová, 2007). Významnú úlohu zohráva aj zápalový proces. Depresia pri srdcovom zlyhávaní je asociovaná s kratším prežívaním, opakovanými rehospitalizáciami, horšou kvalitou života i výkonnosťou a zvýšenou úmrtnosťou. Depresia výrazne zhoršuje efekt rehabilitácie a komplikuje spoluprácu i komplianciu (Nôtová, 2007).

Klasifikácia

Popri klasifikácii somatických ochorení je potrebná klasifikácia depresie (pozri príslušné ŠDTP).

Ak pretrvávajú depresívne symptómy pod prahovými (subklinickými) kritériami depresívnej poruchy, môžu byť nepríjemné a deaktivujúce. Symptómy sa považujú za pretrvávajúce, ak pretrvávajú aj napriek aktívnemu monitorovaniu a/alebo intervencii s nízkou intenzitou (viď v kapitole Zabezpečenie a organizácia starostlivosti) alebo ak boli prítomné značnú dobu, zvyčajne niekoľko mesiacov. Na diagnostiku dystýmie by príznaky mali byť prítomné najmenej 2 roky (NICE, 2009).

Definície depresie

Subklinické symptómy depresie : Vyskytuje sa menej ako 5 symptómov depresie.

Mierna depresia : Vyskytuje sa viac ako 5 symptómov depresie. Symptómy majú za následok menšie funkčné poškodenie.

Stredná depresia : Symptómy alebo zhoršené funkcie sa pohybujú v rozmedzí medzi „miernymi“ a „ťažkými“.

Ťažká depresia : Vyskytuje sa väčšina symptómov depresie. Tieto symptómy výrazne narúšajú fungovanie. Môže sa vyskytnúť so psychotickými symptómami alebo bez nich (DSM-V, APA 2015).

Podľa NICE (2009) by sa mal pri depresii vyskytovať najmenej 1 z týchto kľúčových symptómov, ktoré trvajú väčšinu času (najmenej 2 týždne):

- pretrvávajúci smútok a/alebo smutná nálada,
- výrazná strata záujmov alebo potešenia.

Ak sa niečo z vyššie uvedeného vyskytuje, je potrebné zistiť, či sa vyskytujú tieto symptómy:

- narušený spánok (znížený alebo zvýšený v porovnaní s obvyklým),
- znížená alebo zvýšená chuť do jedla a/alebo hmotnosť,
- únava alebo strata energie,
- pohyb alebo spomalenie pohybov,
- zlá koncentrácia alebo nerozhodnosť,
- pocity bezcennosti alebo viny,
- samovražedné myšlienky alebo správanie.

Je potrebné preskúmať aj trvanie a súvisiace postihnutie, rodinnú anamnézu a dostupnosť sociálnej podpory.

1. Faktory, ktoré si vyžadujú všeobecné rady a aktívne monitorovanie:

- 4 alebo menej z vyššie uvedených symptómov,
- symptómy prerušované alebo vyskytujúce sa kratšie ako 2 týždne,
- nedávny nástup symptómov s identifikovaným stresorom,
- žiadna minulosť alebo rodinná anamnéza depresie,
- dostupná sociálna podpora,
- neprítomnosť samovražedných myšlienok.

2. Faktory, ktoré si vyžadujú aktívnejšiu liečbu v primárnej starostlivosti:

- päť alebo viac symptómov s pridruženým postihnutím,
- pretrvávajúce alebo dlhodobé symptómy,
- osobná alebo rodinná anamnéza depresie,
- slabá sociálna podpora,
- občasné samovražedné myšlienky.

3. Faktory, ktoré si vyžadujú odporúčanie k odborníkom v oblasti duševného zdravia:

- neprimeraná alebo neúplná odpoveď na predošlé intervencie,
- opakujúca sa epizóda do 1 roka od poslednej,
- anamnéza naznačujúca bipolárnu poruchu,
- pacient s depresiou alebo príbuzní požadujú odporúčanie,
- pretrvávajúce samovražedné myšlienky,
- fyzické zanedbávanie.

4. Faktory, ktoré si vyžadujú neodkladné odporúčanie špecializovaným službám zabezpečujúcim starostlivosť o duševné zdravie:

- samovražedné myšlienky alebo plány,
- psychotické symptómy,
- závažné symptómy sprevádzajúce silné vzrušenie,
- vážne zanedbávanie (NICE, 2009).

Klinický obraz

Duševné a telesné zdravie je vnútorne prepojené. Somatické ochorenie ovplyvňuje život človeka, jeho funkčnosť i kvalitu a môže byť základom pre vznik depresívnej alebo úzkostnej poruchy. *Depresívne a/alebo úzkostné poruchy* (ako príčina alebo dôsledok fyzického ochorenia) môžu zhoršiť vnímanie závažnosti somatických symptómov (Department of Health, 2008).

Pre ľudí so somatickými ochoreniami nemusí byť úzkosť len sprievodnou patológiou, ale aj interpretáciou ochorenia a behaviorálnou reakciou. Po traumatickom zážitku zo srdcového infarktu je prirodzené, že sa pacient obáva, že sa infarkt zopakuje. U niektorých ľudí však úzkosť pretrváva do takej miery, že upúšťajú od aktivít a sociálne sa izolujú, čo výrazne zhoršuje aj ich somatické ochorenie.

Podľa Nôtovej (2016) sa u niektorých pacientov so somatickým ochorením objavuje úzkosť, ktorá má viacero zdrojov. Úzkosť vyvolávajú napr. symptómy ochorenia, nejasná perspektíva, očakávanie možných zdravotných komplikácií, obavy z ohrozenia života, výsledkov vyšetrení, vedľajších účinkov liekov („desí“ ich fakt, že lieky budú musieť brať do konca života). Intenzita úzkosti sa odvíja od predispozície osobnosti pacienta, pričom výraznejšia je u pacientov, ktorí sú primárne úzkostní, trpia úzkostnou alebo panickou poruchou, ale aj u pacientov, ktorí reagujú na stres hyperventilačným syndrómom. Nemožno podceňovať ani taký zdroj úzkosti, ako sú medicínske informácie (ich množstvo, menšia zrozumiteľnosť a pod.), taktiež aj komunikačné „šumy“ vznikajúce zákonite pri komunikácii zdravotník - pacient - zdravotník (Nôtová, 2016).

Niektorí pacienti, ktorí trpia somatickým ochorením, podliehajú depresii. Depresia sa zhoršuje so závažnosťou somatického ochorenia, s prežívaním negatívnych životných udalostí (napr.

nedostatok sociálnej opory, stres, sociálna izolácia, osamelosť (Ištoňová a kol., 2009). Ženy sú oproti mužom náchylnejšie na rozvoj depresie, pretože sú emocionálnejšie, zraniteľnejšie a citlivejšie pri vnímaní okolia, vzťahov. Pri úzkostnej a depresívnej nálade (ako reakcia na strach z ohrozenia a možnej straty) môžu byť efektívne, okrem odbornej pomoci, aj psychoterapia, ale aj laická pomoc (podpora rodiny, priateľov). Pri depresii (psychickej poruche), je však potrebná odborná pomoc formou farmakoterapie a psychoterapie (Nôtová, 2016).

Je potrebné poukázať na to, že spoločná komorbidita depresívnych a úzkostných porúch so somatickými ochoreniami vedie k zvýšenému využívaniu zdravotníckych služieb a k zvýšeným nákladom na zdravotnú starostlivosť. Oneskorené stanovenie diagnózy a liečby pri depresívnych, úzkostných poruchách vedie k zbytočnému trápeniu pacientov a zvýšeným nákladom na zdravotnú starostlivosť (Department of Health, 2008).

Depresívne a/alebo úzkostné poruchy môžu u pacientov trpiacich somatickými ochoreniami viesť k zanedbávaniu lekárskeho odporúčania, k nezdravému životnému štýlu (napr. fajčenie, zneužívanie návykových látok, zlé stravovanie), a teda aj k horším zdravotným výsledkom (Department of Health, 2008).

Poruchy spánku, najmä nespavosť, je jednou z najčastejších psychických porúch, ktorá môže viesť k narušeniu zdravia a k zníženiu kvality života. V posledných rokoch niekoľko štúdií naznačilo, že krátky alebo narušený spánok sa asociuje s glukózovou intoleranciou, s inzulínovou rezistenciou, so zníženou akútnou inzulínovou odpoveďou na glukózu a so zvýšeným rizikom vzniku diabetes mellitus 2. typu (Kazutaka a kol., 2018).

Komorbidita

Vzťah medzi zlým psychickým zdravím a zlým somatickým zdravím je komplexný a obojsmerný. U pacientov s jedným somatickým ochorením je 2x až 3x vyššia pravdepodobnosť vzniku depresie ako v ostatnej populácii. Komorbídne depresívne a úzkostné poruchy sú najbežnejšie, ale môžu sa vyskytnúť aj iné komorbidity, ako napr. zneužívanie drog a alkoholu, psychózy či poruchy osobnosti. Výskumy poukazujú na to, že u ľudí s kardiovaskulárnym ochorením, s diabetom, s CHOCHP a s poruchami pohybového ústrojenstva sa častejšie objavuje aj úzkostná alebo depresívna porucha. Ľudia s tromi alebo viacerými somatickými ochoreniami majú 7x vyššiu pravdepodobnosť vzniku depresie. Platí to aj obojsmerne, ľudia so psychickými problémami majú vyššiu mieru vzniku respiračných, kardiovaskulárnych a infekčných ochorení, obezity, abnormálnej hladiny lipidov, diabetes a pod. (Department of Health, 2008).

Kardiovaskulárne ochorenia

Podľa výskumu Nemeroff (2000 In Department of Health, 2008) je u ľudí so srdcovými ochoreniami vyššia pravdepodobnosť, že budú trpieť aj depresiou, a u ľudí s depresiou, je väčšie riziko vzniku srdcového ochorenia. Ľudia, ktorí utrpeli infarkt, majú 30% riziko na rozvoj depresie (Davies a kol., 2004 In Department of Health, 2008). U ľudí so srdcovými problémami je 3x vyššia pravdepodobnosť, že v dôsledku týchto príčin zomrú, ak trpia súčasne aj depresiou, ako keď depresiou netrpia (Frasure-Smith a kol. 1999 In Department of Health, 2008). Podľa Ischemic heart disease (2010) komorbídna depresia zdvojnásobuje riziko koronárnej choroby srdca u dospelých a zvyšuje riziko úmrtnosti o 50 %.

Diabetes mellitus

Výskumy poukazujú na to, že takmer štvrtina (25 %) ľudí s diagnózou diabetes mellitus trpí aj depresiou, pričom u ľudí s diabetom je depresia 2x až 3x vyššia ako v bežnej populácii. Osoby s komorbídnou depresiou a diabetom majú zvyčajne horšie zdravotné výsledky (Boehm, Racoosin, Laughren, Kate, 2004 In Department of Health, 2008). Podľa NHS (2010) je u diabetických pacientov komorbídita s depresiou, úzkosťou a poruchou príjmu potravy výrazne vyššia než v bežnej populácii, pričom komorbídna depresia zvyšuje riziko zdravotného postihnutia a predčasnej mortality.

Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP)

Odhaduje sa, že 51 % ľudí trpiacich na CHOCHP má klinicky významné symptómy depresie a/alebo úzkostnej poruchy. Výskyt panickej poruchy je tiež výrazne vyšší u pacientov s CHOCHP, a dosahuje až 67 % (Department of Health, 2008). Miera komorbidity s poruchami duševného zdravia (generalizovaná úzkostná porucha, panika, depresia) je pri tomto ochorení 3x vyššia ako v bežnej populácii, a vedie k obmedzenej mobilite, k strate energie, k väčšej závislosti od druhých, k zníženej miere vlastnej aktivity a k dlhším pobytom v nemocnici (NHS, 2010).

Reumatoidná artritída

U osôb trpiacich reumatoidnou artritídou je zvýšená pravdepodobnosť vzniku depresie (Department of Health, 2008).

Mozgová príhoda (mŕtvica)

Rozvoj depresie u ľudí po mŕtvici sa odhaduje na 61 %. Podľa výskumu May (2002 In Department of Health, 2008) sa zistilo, že muži v strednom veku, ktorí trpia depresiou je trojnásobne vyššia pravdepodobnosť, že dostanú mozgovú príhodu.

Diagnostika

Klasifikácia MKCH-10, MKCH-11 poskytuje lekárom diagnostické usmernenia, pomocou ktorých je možné spoľahlivo identifikovať spektrum somatických ochorení spadajúcich pod tzv. LTC (long time condition - dlhodobé/chronické ochorenie), ako aj sprievodných depresívnych a úzkostných porúch. Depresia je približne 2x až 3x častejšia u pacientov s chronickým somatickým ochorením ako u ľudí s dobrým fyzickým zdravím, a vyskytuje sa približne u 20 % ľudí so somatickým zdravotným problémom (NICE, 2009). Somatické symptómy depresie sa môžu podobať na organickú poruchu a maskovať tak psychické symptómy. Neodhalená depresia pacienta zaťažuje, znižuje jeho kvalitu života a vystavuje ho ďalším nepriaznivým zdravotným a sociálnym dopadom. U pacientov s depresiou sa môžu objaviť somatické príznaky, ktoré sú manifestáciou závažných telesných ochorení (Forgáčová, 2008).

Vyšetrenie u všeobecného lekára

Pokiaľ lekár zaznamená u pacienta správanie, ktoré vedie k rozpoznaní úzkostnej alebo depresívnej poruchy, mal by sa na to zamerať špecifickejšie. Pretrváva totiž mylný názor, že táto psychická odchýlka je iba logickým sprievodom hlavnej somatickej diagnózy, a po odstránení somatických problémov depresívne správanie pacienta samovoľne pomíne.

Tieto dva javy nemôžeme lineárne kauzalizovať, od telesných symptómov po psychické ťažkosti, pretože veľmi často ide o cirkulárnu kauzalitu, teda tzv. bludný kruh, kedy telesné príznaky vyvolávajú psychické poruchy a naopak (Chromý, 2005).

Na základe preskúmania príznakov určí praktický lekár, či je u pacienta podozrenie na súbežné psychické ochorenie, napr. depresívnu alebo úzkostnú poruchu, ktoré môže ovplyvňovať somatické ochorenie. V takomto prípade stačí ľahkú/strednú formu depresie–diagnostikovať v ambulancii praktického lekára alebo odoslať pacienta ku klinickému psychológovi a psychiatrovi, ktorý presne stanoví diagnózu (Chvála, 2015).

NICE (2009) uvádza štandardný postup pri liečbe úzkosti a depresie pri somatických ochoreniach, ktorý sa osvedčil v Anglicku (pozri v kapitole Zabezpečenie a organizácia starostlivosti). Obsahuje podrobný návrh identifikácie a hodnotenia komorbídnych porúch úzkosti a depresie u pacientov s LTC.

Stanovenie súbežnej diagnózy v kombinácii s depresiou alebo úzkostnou poruchou, môže byť užitočné pokiaľ:

- sú somatické ťažkosti vyjadrené viac ako je typické pre depresívnu a úzkostnú poruchu,
- sa somatický symptóm objavil skôr ako sa začala úzkostná alebo depresívna porucha,
- obe diagnózy majú takú závažnosť, ktorá si vyžaduje samostatnú liečbu (Chvála, 2015).

Klinicko - psychologické vyšetrenie

Psychologické vyšetrenie je potrebné začať podrobnou anamnézou pacienta. Pre objektivizáciu depresívnych symptómov je možné použiť napr. škály BDI-II - Beckova sebaopisujúca škála depresie, validizovaná škála HAMD - Hamiltonova škála pre depresiou, Zungova sebaopisovacia škála depresie, PHQ-9. Pre objektivizáciu úzkostných symptómov môžeme použiť skriningovú škálu GAD-7, Beckov dotazník úzkosti.

Diferenciálna diagnostika

Podľa Forgáčovej (2008) je potrebné v rámci diferenciálnej diagnostiky starostlivo posúdiť, či ide o reakciu na chorobu (adaptačnú poruchu), alebo ide o začiatkové štádium inej závažnejšej duševnej poruchy (napr. depresie).

Prípady, pri ktorých sa depresívny stav rozvíja v súvislosti s negatívnymi životnými udalosťami (záťažami, stresormi) sa v nových klasifikáciách zaraďujú medzi poruchy prispôsobenia - *adaptačné poruchy* (F43.2). Ide o emočnú poruchu, ktorá vzniká v období adaptácie na významnú životnú zmenu alebo v dôsledku stresujúcej životnej udalosti (napr. telesnej choroby). V klinickom obraze sa najčastejšie vyskytuje depresívna nálada, úzkosť, obavy, pocit bezmocnosti a neschopnosti vysporiadať sa s aktuálnou situáciou. V niektorých prípadoch sa môže objaviť agresivita a disociálne správanie (napr. excesívny konzum alkoholu, odmietanie spolupráce, simulácia, agravácia) aj suicidálne tendencie. Na základe primárneho telesného ochorenia sa u jedinca rozvíja reakcia, ktorá odráža jeho postoje, úzkosť, strach z ochorenia (zákroku), povahové vlastnosti a kompenzačné schopnosti, predchádzajúce skúsenosti, sklon k bagatelizácii, či naopak k zveličovaniu príznakov (Forgáčová, 2008).

Liečba

Cieľom liečby je vytvorenie terapeutického vzťahu medzi lekárom a pacientom, pričom tento vzťah by mal byť založený na vzájomnej dôvere. Dôležité je pacientovi podať diagnózu vhodným spôsobom, pokúsiť sa obmedziť vzniknutú úzkosť a diskomfort z pretrvávajúcich

symptómov pomocou edukácie, a zamerať sa na zlepšovanie stavu pacienta po telesnej, kognitívnej, emocionálnej, behaviorálnej a sociálnej stránke (Chvála a kol., 2015).

Model liečby chronických somatických ochorení podľa Chválu a kol. (2015):

1. stupeň liečby: vypracuje praktický lekár:

- vyšetrenie ťažkostí pacienta a diagnostika, diskusia o faktoroch, ktoré môžu prekážať v liečbe,
- poučenie o ochorení a poskytnutie poradenstva (napr. ohľadom užívania liekov),
- stanovenie realistických cieľov liečby,
- naplánovanie a načasovanie liečby, ktoré vytvorí lekár spoločne s pacientom,
- naplánovanie pravidelných kontrol v ambulancii, počas ktorých bude lekár kontrolovať dodržiavanie liečebného plánu a fungovanie pacienta v bežnom živote.

Pacient chodí na kontrolu raz za týždeň, neskôr raz za 2-4 týždne, pokiaľ symptómy naďalej pretrvávajú. Cieľom liečby je postupné zvyšovanie aktivity v závislosti od času, a nie od úrovne rozvoja symptómov (napr. pohyb až keď to bolesť dovolí alebo obnovenie bežných činností až keď zmizne únava). Je potrebné sledovať výskyt a kolísanie symptómov pomocou sebahodnotiacich škál, do ktorých pacient denne zaznamenáva symptómy a iné pozorovania. Výhodnejšie, než sledovať zhoršovanie symptómu, je zamerať pozornosť na jeho zlepšovanie. Pacientove záznamy by sa mali prebrať s lekárom.

2. stupeň liečby: vypracuje praktický lekár + ďalší odborníci (psychológ, psychiater, psychoterapeut,...).

Ak prvý stupeň neprináša výsledky, alebo ak sa pacient cíti limitovaný vo vlastnej funkčnosti, je potrebné pristúpiť k druhému stupňu liečby (napr. keď pracovná neschopnosť trvá dlhšie ako 4-6 týždňov, a ak sú príznaky početnejšie a majú dlhšie trvanie). Liečba spočíva v pokračovaní postupov prvého stupňa - praktickým lekárom, pričom lekár zapája do starostlivosti o pacienta psychológa, fyzioterapeuta, sociálnych pracovníkov, psychiatra či psychoterapeuta a pod. Spolupracujúci odborníci by mali mať skúsenosti so somatickými pacientmi a mali by byť schopní nadviazať s pacientom bezpečný a podporný vzťah. Najúčinnějšíu liečbou pre pacientov so somatickými ochoreniami je kognitívno-behaviorálna terapia. S liečbou u odporúčaných odborníkov by mal pacient súhlasiť a podieľať sa na nej, aby táto spolupráca zodpovedala aj jeho priraniam, momentálnym potrebám a schopnostiam. Pacienti často lepšie akceptujú, ak sú odosielaní k psychológovi na podpornú psychoterapiu či poradenstvo, než by mali ísť k psychiatrovi (Chvála a kol., 2015).

3. stupeň liečby: vypracuje lekár + špecializované centrá

Liečbu zintenzívňime kontaktovaním vhodného pracoviska, najlepšie multidisciplinárneho centra zaoberajúceho sa starostlivosťou o pacientov so somatickým ochorením (pre pacientov v liečbe s trvaním dlhšie ako 3 mesiace, prípadne s pracovnou neschopnosťou, ktorá je dlhšia ako 3 mesiace). Pravidelné kontroly u praktického lekára by potom mali byť raz za 4-6 týždňov. V prípade, že dysfunkcia je trvalá a neprebíha aktívna liečba, sa odporúča zhodnotenie situácie najmenej raz za rok a podáva sa návrh na ďalšie liečebné možnosti (Chvála a kol., 2015).

Psychologická intervencia

Posúdenie psychických potrieb a poskytovanie psychologických intervencií sa uskutočňujú prostredníctvom procesu plánovania starostlivosti. Zohľadňuje sa zdravie, duševné zdravie, osobnosť, vzdelanie, sociálne, ekonomické, etnické a kultúrne pozadie. Plánovanie starostlivosti berie do úvahy aj iné otázky, vrátane psychickej pohody, osobných záujmov a sociálnych kontaktov, ktoré majú okrem liečebných účelov vplyv aj na celkové zdravie a pohodu človeka (Griffiths, 2012).

Psychologická starostlivosť zahŕňa:

- motivačný rozhovor, zvládanie bežných problémov duševného zdravia, stratégie a programy svojpomoci,
- psychologické intervencie na rozhraní primárnej a sekundárnej starostlivosti, vrátane integrovanej, stupňovitej, kolaboratívnej starostlivosti,
- vstup psychologickéj starostlivosti do konziliárnych tímov v nemocnici,
- rozvoj styčných psychiatrických služieb v nemocniciach s cieľom poskytovať hodnotenie, liečbu, poradenstvo, konzultácie a riadenie zložitých prípadov (Griffiths, 2012).

Psychoterapeutické stratégie pri liečbe somatických ochorení:

Ciele terapie sa týkajú zníženia frekvencie a intenzity negatívnej nálady, zlepšenia jednotlivých prvkov starostlivosti. Úspech závisí od viacerých faktorov, napr.:

- vytvorenia vzťahu medzi pacientom a psychológom,
- pomôcť pacientovi zvýšiť vlastné sebauvedomenie a sebamonitorovanie,
- učiť ich relaxovať, aby sa znížilo jeho fyziologické napätie,
- pomôcť pacientovi identifikovať vzťahy medzi udalosťami, automatickými myšlienkami, afektívnymi, behaviorálnymi a fyziologickými odpoveďami,
- podporovať viac schopnosť odpovedať ako reagovať na stresujúce situácie,
- pomôcť pacientovi pri vytváraní integrovaných, realistických a adaptovaných postojov,
- podporovať zlepšenie zdravia a preventívne stratégie,
- podnecovať efektívne stratégie riešenia problémov a iné behaviorálne zručnosti, ktoré zlepšia pacientovo sebaovládanie (Budinská, 2003).

Kognitívne techniky

Existuje celá škála techník, ktoré sa využívajú pri identifikácii a modifikácii automatických myšlienok pacienta, ovplyvňujúcich zdravie a zvládanie chronických ochorení.

Zaraďujeme medzi ne:

- objasnenie cieľov liečby,
- identifikáciu automatických myšlienok,
- úpravu kognitívnych skreslení,
- náučný výklad,
- imaginatívne a vizuálne techniky,
- hranie rolí a kognitívne nácviky,
- zmeny schém,
- sebamonitorujúce techniky,
- skupinovú terapiu homogénneho typu (Budinská, 2003).

Behaviorálne techniky

Pacienti dokážu identifikovať maladaptívne správanie, ktoré im prekáža v liečbe. Objavujú sa u nich nedostatky v určitých aktivitách, prehnané správanie a neefektívne interpersonálne správanie. Patria sem techniky:

- behaviorálna analýza,
- plánovanie aktivít,
- sebamonitorovanie,
- techniky vysvetlenia,
- behaviorálna skúška,
- nácvik zručností,
- tvorba plánu,
- tréning asertivity a komunikácie,
- tréning efektívneho využívania času,
- tréning riešenia problémov,
- tréning zručností (Budinská,2003).

Relaxačné techniky :

- progresívna svalová relaxácia,
- autogénny tréning,
- biofeedback,
- bránicové dýchanie (Budinská, 2003).

Kognitívno-behaviorálna terapia pri liečbe srdcových ochorení podľa Elliota a kol. (2014):

Postup zahŕňa štyri stupne starostlivosti o pacientov, ktorí majú napr. rôzne kardiologické diagnózy, ako infarkt myokardu, arytmiu, srdcové zlyhávanie a pacientov, ktorí sa podrobili chirurgickému zákroku alebo majú implantáty. Psychologickou liečbou vo všetkých stupňoch starostlivosti je KBT na liečbu úzkostných porúch a depresie. Cieľom liečby je vytvorenie vzťahu medzi terapeutom a pacientom a sformulovanie liečebného plánu.

Intervencia v stupni 1

Tento stupeň zahŕňa vyšetrenie úzkosti, depresie a KBT psychoedukáciu, ktoré robia psychológovia a sestry z kardiologického oddelenia. Psychoedukačné sedenia prebiehajú v nemocnici v rámci komunitných stretnutí. Sedenia obsahujú edukáciu o bežných psychologických reakciách na kardiologické udalosti, o normálnom procese adaptácie na zdravotné zmeny, o tom, ako rozpoznať symptómy úzkosti, a tiež ako ich odlišiť od kardiologických problémov. Taktiež sú pacientom poskytnuté techniky na prekonanie úzkosti/depresie a informácie, kedy a ako vyhľadať pomoc. Tieto stretnutia umožňujú pacientom a ich opatrovateľom diskutovať o svojich obavách a možnostiach liečby (Elliot a kol., 2014).

Bez ohľadu na to, či sa pacient nachádza v stupni 2, 3 alebo 4, robí sa počiatkové psychologické vyšetrenie. V stupni 2 prebieha diagnostika osobne alebo telefonickou konzultáciou, v trvaní cca 45 min. V stupňoch 3 a 4 prebieha vyšetrenie osobne, v trvaní cca 1 hodiny. Ak je pacient vhodný pre tento stupeň starostlivosti, zostaví sa liečebný plán. Ak pacient nie je vhodný, odkáže sa na inú službu (Elliot a kol., 2014).

Intervencia v stupni 2

Ide o intervenciu s nízkou intenzitou (pozn. nízka intenzita v zmysle limitovaného priameho osobného kontaktu so psychológom), ktorú poskytuje psychológ osobám s miernou až strednou depresiou alebo úzkosťou. Po počiatočnom vyšetrení sa nasledujúce stretnutia uskutočnia telefonicky, v trvaní cca 30 minút. Celkový počet stretnutí je 6. Liečebný režim spočíva v poskytovaní psychoedukácie a aktivácie správania prostredníctvom svojpomocného materiálu a telefonických konzultácií. Inými formami liečby sú počítačová KBT a skupinová KBT zameraná na insomniu.

Intervencia v stupni 3

Ide o vysoko intenzívnu intervenciu zameranú na ľudí so strednou až ťažkou depresiou alebo úzkosťou. Intervencie poskytujú terapeuti KBT a obsahujú 20 sedení, formou osobných konzultácií. Sedenia prebiehajú na pracovisku kardiologickej rehabilitácie, v ordináciách lekára alebo u pacienta doma. K dispozícii je tiež skupinová KBT.

Intervencia v stupni 4

Je určená pre tých ľudí, ktorí trpia ťažkou formou depresie, úzkosti alebo iným psychologickým problémom. Terapiu poskytuje klinický psychológ s výcvikom v KBT. Terapie obsahujú 30 sedení, v trvaní cca každé 1 hodinu.

Terapeuti ponúkajú raz za 3 mesiace kontrolu s opakovaným posúdením nálady, úzkosti a kvality života (Elliot a kol., 2014).

Prehľad podporných výskumných dôkazov je uvedený v prílohe tohto ŠDTP

Pri odporúčaní liečby je potrebné uprednostniť pri výbere postupy podložené EBM, v prípade potreby je možné v individuálnych prípadoch použiť aj iné postupy a brať do úvahy aj preferenciu pacienta a možnosti, či dostupnosť terapie. Pacient má byť upozornený na to, že existujú prístupy so známou účinnosťou.

Prognóza

Pri chronických somatických ochoreniach so zlou prognózou, ako aj pri ďalších závažných ochoreniach, zohráva svoju úlohu psychika. To, v akom štádiu ochorenia sa pacient dozvie svoju „diagnózu“, je dôležité nielen z medicínskeho hľadiska, ale aj z psychologického hľadiska.

Dlhodobé telesné ochorenia predstavujú komplexnosť problémov, tzv. bludný kruh, ktorý zahŕňa dyspnoe, imobilitu, nedostatok fyzickej kondície, úzkostné stavy, depresiou, a z toho vyplývajúcu sociálnu izoláciu (Kubincová a kol., 2011).

Podľa Forgáčovej (2008) je depresia pri somatických ochoreniach nepriaznivým prognostickým ukazovateľom, ktorý významne ovplyvňuje morbiditu, mortalitu aj funkčnú obnovu telesného ochorenia. Zhoršuje terapeutickú odpoveď a priebeh ochorenia, sťažuje uzdravovanie a rehabilitáciu, predlžuje hospitalizáciu, oslabuje schopnosť chorého jedinca zabezpečiť svoje potreby, predstavuje riziko suicidálneho správania a v konečnom dôsledku zvyšuje náklady na liečbu a nároky na zdravotnú starostlivosť (Forgáčová, 2008). Včasné diagnostikovanie klinickej depresie a jej adekvátna liečba sú mimoriadne dôležité. Napomáha to hlavne tomu, aby emócie nezhoršovali prognózu daného ochorenia nezávisle od typických rizikových faktorov (Ištoňová, Babinčák, Palát, 2003).

Podľa Ištoňovej a kol. (2009) ak príznaky depresie nie sú adekvátne a včas liečené, môžu prejsť do chronického štádia, ktoré v konečnom dôsledku znižujú u pacienta sebavedomie, predurčujú samovražedné myšlienky a zvyšujú riziko hospitalizácie. Nezistené a neliečené príznaky depresie a úzkosti majú negatívny dopad nielen na fyzické fungovanie a spoločenské pôsobenie, ale tiež zvyšujú únavu a nároky na zdravotnú starostlivosť u chronicky chorých pacientov (Ištoňová a kol., 2009).

Nôtová (2016) uvádza, že ak pacienti so somatickými ochoreniami odmietajú spoluprácu s lekármi, tak to vedie k nepriaznivej prognóze. Negatívne to vplyva na ich kvalitu života, a môže to viesť k opätovným návratom chorobného stavu aj po prechodnom zlepšení. Dochádza aj k narušeniu efektivity celkovej liečby a k zvýšeným nákladom na zdravotnú starostlivosť.

Významné a najčastejšie používané indikátory pre meranie zdravia a choroby v populáciách sú indikátory výskytu ochorenia, a to mortalita, incidencia a prevalencia. Mortalitu možno charakterizovať ako jednu zo základných nenahraditeľných informácií o výskyte choroby, a súčasne o zdravotnom stave populácie. V roku 2008 došlo na celom svete k 57 miliónom úmrtí, z toho 36 miliónov (= 63%) v dôsledku chronických ochorení, a to najmä v dôsledku kardiovaskulárnych ochorení, diabetes mellitus, rakoviny a chronických respiračných ochorení. Podľa prognóz WHO, chronické ochorenia budú zodpovedné za signifikantné zvýšenie celkového počtu úmrtí. Medzi rokmi 2010 a 2020 by sa mal počet úmrtí zvýšiť o 15% na celom svete, čo predstavuje 44 miliónov úmrtí (WHO, 2011; WHO, 2005).

Stanovisko expertov

Somatické ochorenia môžu byť u časti pacientov rezistentné na psychologickú a farmakologickú liečbu, a môžu mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy somatických ochorení môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a často vedú ku komorbiditám s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Chronické/dlhodobé ochorenie môže spôsobiť, ale aj prehĺbiť psychické ťažkosti. Bolesť, funkčné poškodenie, zdravotné postihnutie výrazne zvyšujú riziko vzniku depresie u ľudí so somatickým ochorením. Depresia môže zhoršovať bolesť a úzkosť, a tak nepriaznivo ovplyvniť výsledky, či skrátiť priemernú dĺžku života somatického pacienta.

Depresia je preto rizikovým faktorom pri vývoji celého spektra somatických ochorení, ako napr. kardiovaskulárne ochorenia. Ak má osoba depresiou aj somatické ochorenie, funkčné poškodenie bude väčšie ako v prípade samotnej depresie alebo samotného somatického ochorenia. Depresia má remitujúci a relapsový priebeh, a medzi jej epizódami môžu symptómy pretrvávajúť (NICE, 2009).

Liečba chronického ochorenia s komorbidným psychickým ochorením (depresiou, úzkosťou) má prebiehať súčasne. Hlavným cieľom liečby depresie by malo byť vymiznutie symptómov (remisia), čo je spojené s lepším fungovaním a s nižšou pravdepodobnosťou relapsu ako aj s potenciálne lepšími zdravotnými výsledkami.


Chronické ochorenia spôsobujú zmeny v živote pacienta a menia jeho kvalitu. Komorbidita chronických ochorení a depresívnych/úzkostných porúch zvyšuje požiadavky a náklady na zdravotníctvo. Z týchto dôvodov je veľmi dôležité zaistiť efektívnu starostlivosť o telesné

aj duševné zdravie somatických pacientov (National Collaborating Centre for Mental Health, 2018).

Pacienti a zdravotníci majú tendenciu normalizovať psychosociálne ťažkosti ako „logický“ dôsledok chronického ochorenia. Môže to však viesť k nedostatočnej diagnostike a nedostatočnej liečbe psychologických ťažkostí.

Všeobecný lekár a lekár špecialista, ktorí liečia somatického pacienta, by mali pacientovi položiť skriningové otázky, ktorými zistia, či pacient trpí súbežnými psychickými problémami.

Tabuľka č. 1

Skriningové otázky na zistenie súbežných psychických problémov	
	
<ol style="list-style-type: none">1. Cítili ste sa nervóznym, úzkostným alebo ste mali všetkého dost?2. Nevedeli ste zastaviť obavy?3. Cítili ste sa mizerne, depresívne alebo beznádejne?4. Stratili ste záujem o dianie alebo radosť z aktivít?	

Ak pacient odpovie „áno“, tak mu lekár dá odporúčanie ku klinickému psychológovi, ktorý sa špecializuje na liečbu psychických porúch. Taktiež je dôležité, že ak je somatický pacient hospitalizovaný v nemocnici a jeho ošetrojúci lekár odhalí, že pacient pravdepodobne má komorbiditu psychickej poruchy, tak by mal pri liečbe spolupracovať s klinickým psychológom. Po ukončení hospitalizácie by mal lekár odporučiť pokračovanie v ambulantnej starostlivosti klinického psychológa.

Holandská štúdia poukazuje nato, že skriningové dotazníky je možné vyplniť aj on-line. Tento proces sa preukázal ako efektívnejší v porovnaní s formou ceruzka, papier. Pacienti hodnotili on-line skrining veľmi pozitívne, pretože obdržali priamu vizuálnu spätnú väzbu, ktorá im okamžite poskytla náhľad na ich stav (Cardol a kol., 2021).

Starostlivosť o duševné zdravie sa zameriava hlavne na liečbu symptómov psychickej tiesne a na jej interakciu s chronickými somatickými ochoreniami. V medicínskom prostredí sa nevenuje dostatočná pozornosť psychickej záťaži, ktorá môže brániť lepšej spolupráci pri liečbe.

Povinnosťou všeobecného lekára, lekára špecialistu a klinického psychológa je konzultovať priebeh liečby s inými odborníkmi. Liečba by mala byť kolaborujúca a interdisciplinárna.

Postup pri liečbe somatického pacienta:

1. stupeň liečby: vypracuje všeobecný lekár (vyšetrenie ťažkostí pacienta, diagnostika a naplánovanie, načasovanie liečby).

Ak prvý stupeň neprináša výsledky, alebo ak sa pacient cíti obmedzený vo vlastnej funkčnosti, je potrebné pristúpiť k druhému stupňu liečby.

2. stupeň liečby: vypracuje praktický lekár + ďalší odborníci (klinický psychológ, psychiater, psychoterapeut).


Spolupracujúci odborníci by mali mať skúsenosti so somatickými pacientmi a mali by byť schopní nadviazať s pacientom bezpečný a podporný vzťah. Najúčinnjšou liečbou

pre pacientov so somatickými ochoreniami sú terapeutické EBM postupy napr. KBT (Moulding a kol. 2007).

3. stupeň liečby: vypracuje lekár + špecializované centrá.

Liečbu zintenzívňime kontaktovaním vhodného pracoviska, najlepšie multidisciplinárneho centra zaoberajúceho sa starostlivosťou o pacientov so somatickým ochorením (pre pacientov v liečbe s trvaním dlhšie ako 3 mesiace, prípadne s pracovnou neschopnosťou, ktorá je dlhšia ako 3 mesiace) (Chvála a kol., 2015).

Tabuľka č. 2

 Postupná starostlivosť NICE - indikovaná pri liečbe depresie a úzkostných porúch u somatických pacientov (NICE, 2009):		
Zameranie intervencie	Charakter intervencie	Liečba
Stupeň 1: Primárna starostlivosť	Rozpoznať problém, diagnostika stredne ťažkej až ťažkej depresie s chronickými zdravotnými problémami	Aktívne monitorovanie, psychoedukácia ochorenia, spánková hygiena
Stupeň 2: Nízko intenzívne intervencie	Sociálna fóbia Depresia Panická porucha PTSP GAD OCD	KBT iKBT Behaviorálna aktivácia Svojpomocná liečba založená na KBT Manažovaná svojpomocná liečba založená na KBT
Stupeň 3: Vysoko intenzívne intervencie	Depresia stredne ťažká až ťažká Depresia mierna až stredne ťažká ak liečba v stupni 2 nezaberá Panická porucha PTSP GAD OCD	KBT, IPT, s liekmi Behaviorálna aktivácia KBT alebo EMDR

Všeobecní lekári sú významnou súčasťou v oblasti starostlivosti o duševné zdravie, a poskytovanie starostlivosti o duševné zdravie všeobecnými lekármi má viacero výhod. Všeobecný lekár je pre pacienta ľahko dostupný, môže poskytovať starostlivosť takmer nepretržite, vie o fyzických komorbiditách pacienta, koordinuje jeho liečbu, farmakologické ošetrovanie, posudzuje nediferencované ochorenia, somatizáciu a zneužívanie návykových látok.

Psychologická liečba dopĺňa liečbu v primárnej starostlivosti, napr. v rozšírení poskytovaných služieb, v ich zintenzívnení v prípade potreby, a umožní poskytovanie starostlivosti bez výrazného časového obmedzenia. Psychologické intervencie je možné kategorizovať podľa kontinua komplexnosti - od špecifického zvládania stresu cez cielené psychologické stratégie, až po poradenské a psychoterapeutické postupy. Stratégie zvládania stresu sa zameriavajú na zníženie rozrušenia a úzkosti, zahŕňajú relaxáciu a imaginácie. Cielené psychologické stratégie zahŕňajú psychoedukáciu, KBT, IPT, relaxačné stratégie a nácvik sociálnych zručností. Nevyžadujú rozsiahle formálne školenie, sú dobre adaptované na prostredie primárnej starostlivosti, a používajú sa aj v kombinácii s inými terapeutickými intervenciami.

Existujú rozsiahle dôkazy o účinnosti formálnych psychoterapií (najmä KBT a IPT), ktoré poskytujú dobre vyškolení klinickí psychológovia v sekundárnej starostlivosti, a podobné výsledky sa zistili aj v prípade intervencií a spolupráce v primárnej starostlivosti. Na celom svete bolo do primárnej starostlivosti začlenených množstvo odborníkov v oblasti zdravia s rôznym počtom školení, najmä vo Veľkej Británii, kde sú napr. poradcovia súčasťou pracovných tímov (Moulding a kol., 2007).

Psychologické služby sú užitočné v rôznych zariadeniach (napr. psychiatrické oddelenia, nemocnice, primárna a sekundárna zdravotná starostlivosť, špecializované liečebné ústavy alebo rehabilitačné centrá). Psychológ pomáha pacientom a ich rodinám prispôbiť sa akútnym, chronickým diagnózam, či život ohrozujúcim ochoreniam. Pomáha im tiež rozhodovať sa o spôsobe liečby, pripraviť pacienta na invazívne postupy, zvýšiť jeho spoluprácu a akceptovať náročné liečebné alebo rehabilitačné postupy, či pomôcť pacientom a poskytovateľom starostlivosti pri manažmente, ako zhodnotiť vhodnosť pacienta pre chirurgické zákroky alebo transplantáciu. Pomáha tiež pri vytváraní zdravých životných návykov, ako je ukončenie fajčenia, dodržiavanie diétnych odporúčaní a pravidelného cvičenia. Psychológ je nápomocný lekárom pri efektívnej komunikácii s pacientom a jeho rodinou. Vykonáva tiež všetky potrebné psychologické vyšetrenia a hodnotenie efektívnosti liečby (APA, 2010).

NICE (2009) odporúča dodržiavať tieto zásady pri práci so somatickými pacientmi s depresiou ako aj s ich rodinami alebo opatrovateľmi:

- budovať dôverný vzťah, komunikovať otvorene a nesúdiť,
- preskúmať možnosti liečby v atmosfére optimizmu a nádeje, vysvetliť diagnózu depresie a možnosti jej liečby,
- vziať do úvahy sprevádzajúcu stigmú spojenú s diagnózou depresie, aký má vplyv na somatického pacienta,
- zabezpečiť, aby sa rozhovory uskutočnili v dôvernom, bezpečnom prostredí,
- poskytovať informácie o povahe depresie a rozsahu dostupných liečebných postupov jazykom pacienta (vyhnúť sa klinickému jazyku bez primeraného vysvetlenia),
- zabezpečiť, aby boli informácie dostupné v materinskom jazyku pacienta, prípadne písomne a vo formáte audio, ak je to potrebné aj v spolupráci s tlmočníkmi.

Somatických pacientov s depresiou je potrebné informovať o fungujúcich miestnych svojpomocných skupinách, podporných skupinách či o iných zdrojoch pre pomoc ľuďom s depresiou.

Ak sa rodina alebo opatrovatelia podieľajú na podpore pacienta, je dôležité zväžiť:

- poskytovanie informácií o depresii a jej manažmente (aj písomne), vrátane informácií o tom, ako môžu rodiny alebo opatrovatelia podporovať pacienta,
- v prípade potreby ponúknuť opatrovateľovi zhodnotenie jeho potrieb týkajúcich sa starostlivosti o pacienta, fyzického a duševného zdravia,
- poskytovanie informácií o miestnych podporných skupinách rodín alebo opatrovateľov, pomoci a dobrovoľníckych organizáciách.

Pri posudzovaní pacienta s chronickým ochorením je okrem poškodenia a symptómov potrebné zohľadniť, ako by mohli nasledujúce faktory ovplyvniť vývoj, priebeh a závažnosť depresie (NICE, 2009):

- anamnéza epizód depresie a iných psychických komorbidít alebo somatických porúch,
- história nálady v minulosti (na zistenie, či depresia nie je súčasťou bipolárnej poruchy),
- minulé skúsenosti a reakcie na liečbu,
- kvalita medziľudských vzťahov,
- životné podmienky a sociálna izolácia.


Pri hodnotení somatického pacienta s podozrením na depresiú je potrebné brať do úvahy špecifické poruchy učenia (dyslexia, dysgrafia ap.), kognitívne poruchy, a v prípade potreby zväžiť konzultáciu s príslušným špecialistom pre návrh liečebných stratégií. Ak je to potrebné, upraviť spôsob intervencie, aby sa tieto poruchy zohľadnili.

U somatických pacientov s depresiou je potrebné zistiť samovražedné myšlienky, posúdiť, či má pacient primeranú sociálnu podporu, a aké má zdroje pomoci. Zabezpečiť mu pomoc primeranú úrovni suicidálneho rizika, a ak sa stav zhorší, odporučiť pacientovi, aby vyhľadal ďalšiu pomoc. Intervencie pri liečbe depresie by mali byť vykonávané kompetentnými odborníkmi. Psychologické a psychosociálne intervencie by mali vychádzať z príslušného ŠDTP, ktorý upravuje ich štruktúru a trvanie.

Lekár, ktorý lieči somatické ochorenie, je zodpovedný za manažment pacienta medzi primárnou a sekundárnou starostlivosťou, monitorovanie a liečbu pacienta. Liečebný plán by mal konzultovať s pacientom, prípadne aj s jeho rodinou alebo opatrovateľom.

Ak chronické ochorenie pacienta obmedzuje v možnosti zapojiť sa do preferovanej psychosociálnej alebo psychologickkej liečby depresie, v diskusii s pacientom lekár zvažuje alternatívy, ako napr. predpísanie antidepresív, poskytovanie psychosociálnych alebo psychologických intervencií telefonicky (v prípade imobility pacienta) (NICE, 2009).

Tabuľka č. 3

 Postupná starostlivosť pri liečbe depresie u somatických pacientov	
Zameranie intervencie	Charakter intervencie
Stupeň 1: Všetky známe prejavy depresie a podozrenia na depresiu	Identifikácia a hodnotenie, podpora, psychoedukácia o depresii a možnostiach liečby, aktívne monitorovanie a odporúčanie pacienta na ďalšie vyšetrenia a intervencie
Stupeň 2: Pretrvávajúce subklinické depresívne symptómy; mierna až stredná depresia	Nízko intenzívne psychosociálne intervencie, psychologické intervencie, špecifické psychoterapeutické intervencie, medikácia a odporúčania na ďalšie vyšetrenia a intervencie
Stupeň 3: Pretrvávajúce subklinické depresívne symptómy alebo mierna až stredná depresia s nedostatočnou odpoveďou na predchádzajúce intervencie; stredná a ťažká depresia	Medikácia, psychologické intervencie vysokej intenzity, kombinovaná liečba, kolaboratívna starostlivosť a odporúčanie na ďalšie vyšetrenia a intervencie
Stupeň 4: Ťažká depresia; ohrozenie života; vážne zanedbávanie	Medikácia, psychologické intervencie vysokej intenzity, elektrokonvulzívna terapia, krízová intervencia, kombinovaná liečba, viacnásobná starostlivosť a hospitalizácia

STUPEŇ 1: Princípy identifikácie a hodnotenia, počiatočná koordinácia zdravotnej starostlivosti v primárnej starostlivosti a v nemocničných zariadeniach

Odporúčanie v tejto časti je určené predovšetkým lekárom v primárnej starostlivosti a v nemocničných zariadeniach. Lekári by si mali byť vedomí toho, že pacienti s chronickým, resp. dlhodobým ochorením čelia vysokému riziku depresie a úzkostných porúch, najmä v prípade funkčného poškodenia.

Identifikácia prípadu

Je potrebné zistiť výskyt depresie (najmä u pacientov s anamnézou epizódy depresie alebo depresie so somatickým ochorením). Položte 2 otázky:

- Obťažovali vás posledný mesiac pocity smútku, depresie alebo beznádeje?
- Obťažoval vás posledný mesiac malý záujem o aktivity alebo radosť z nich?

Ak somatický pacient odpovie „áno“ na niektorú z otázok týkajúcich sa depresie a lekár nie je spôsobilý vyšetriť psychický stav, mal by pacienta odporučiť na psychologické vyšetrenie.

Ak lekár nie je všeobecným lekárom pacienta, informuje príslušného všeobecného lekára o odporúčaní.

Ak lekár je spôsobilý vyšetriť psychický stav, mal by položiť ďalšie tri otázky na spresnenie hodnotenia depresie za posledný mesiac:

- Trápil vás opakovane pocit bezcennosti?
- Obávali ste sa zhoršeného sústredenia?
- Obťažovali vás myšlienky o samovražde?
-

Lekár by mal prehodnotiť psychický stav pacienta a s ním súvisiace funkčné, medziľudské a sociálne problémy, zvážiť úlohu somatického ochorenia a predpísaných liekov pri rozvoji alebo udržiavaní depresie. Tiež by sa mal uistiť, že sa poskytuje a dodržiava optimálna liečba somatického ochorenia, a v prípade potreby sa obrátiť na ďalších odborníkov (NICE, 2009).

Hodnotenie a monitorovanie rizika

Ak somatický pacient s depresiou predstavuje bezprostredné riziko pre seba alebo pre ľudí okolo seba, je potrebné ho neodkladne odoslať do špecializovaných zariadení, ktoré sa zaoberajú duševným zdravím.

Informovať pacientov, že v prípade zhoršenia príznakov (psychický nepokoj, úzkosť či výskyt samovražedných myšlienok) v počiatočnom štádiu liečby depresie je nutné okamžite vyhľadať pomoc.

Ak sa u pacienta počas liečby objaví výrazný alebo dlhšie pretrvávajúci nepokoj, zmeny nálad, negativita, beznádej a samovražedné myšlienky, je potrebné odporučiť jemu, rodine prípadne opatrovateľom, pomoc lekára. Je to zvlášť dôležité počas rizikových období, ako je napr. začiatok alebo zmena liečby a v čase zvýšeného stresu.

Ak je u somatického pacienta s depresiou suicidálne riziko, vtedy je potrebné:

- brať do úvahy otravu predávkovaním (ak je predpísané antidepresívum alebo ak pacient užíva iné lieky), v prípade potreby obmedziť množstvo dostupného lieku,
- zvýšiť úroveň podpory, napr. častejšie kontroly alebo telefonické kontakty
- zvážiť odporúčanie špecializovaných služieb duševného zdravia (psychológia, psychiatria) (NICE, 2009).

STUPEŇ 2: Rozpoznaná depresia v primárnej starostlivosti a v nemocničných zariadeniach - pretrvávajúce subklinické depresívne symptómy alebo mierna až stredná depresia

Depresia s úzkosťou

Ak je depresia sprevádzaná symptómami úzkosti, prioritou by mala byť liečba depresie. Ak má pacient úzkostnú poruchu a komorbídnu depresiou alebo depresívne príznaky, je potrebné zvážiť uprednostnenie liečby úzkostnej poruchy (nakoľko účinná liečba úzkostnej poruchy môže zmierniť prejavy depresie alebo depresívne príznaky).

Spánková hygiena

V prípade potreby edukujte somatických pacientov s depresiou o spánkovej hygiene, ktorá zahŕňa:

- pravidelný spánkový režim,

- obmedzenie prejedania sa, fajčenia alebo pitia alkoholu pred spánkom,
- vytvorenie optimálnych podmienok pre spánok,
- pravidelné fyzické cvičenie, ak je to u pacienta so somatickým ochorením možné.

Aktívne monitorovanie

S pacientmi, ktorí sa podľa usúdenia praktického lekára môžu zotaviť aj bez psychosociálnych intervencií, alebo s pacientmi s miernou depresiou, ktorí odmietnu psychologickú intervenciu, prípadne s pacientmi so subklinickými príznakmi depresie, ktorí si žiadajú intervenciu:

- diskutujte o probléme (problémoch) a o akýchkoľvek obavách, ktoré s nimi súvisia,
- poskytnite informácie o povahe a priebehu depresie,
- dohodnite si ďalší termín stretnutia do 2 týždňov,
- dohodnite si spôsob, ako nadviazať s pacientom kontakt v prípade, že sa nezúčastní kontrolného stretnutia.

Psychosociálne intervencie s nízkou intenzitou

U somatických pacientov s pretrvávajúcimi depresívnymi príznakmi s nižšou prahovou hodnotou (subklinická depresia) alebo s miernou až strednou depresiou a u somatických pacientov so symptómami s nižšou prahovou hodnotou, ktoré bránia v liečbe somatického ochorenia, navrhnete na základe preferencií pacienta jednu alebo viaceré z nasledovných intervencií (NICE, 2009):

- štruktúrovaný skupinový program fyzickej aktivity,
- skupinový program vzájomnej podpory (svojpomoc),
- individuálna svojpomocná liečba na základe princípov kognitívno - behaviorálnej terapie (KBT),
- počítačová KBT založená na ŠPI.

Realizácia psychosociálnych intervencií s nízkou intenzitou

Programy fyzickej aktivity pre somatických pacientov s pretrvávajúcimi symptómami depresie alebo s miernou až strednou depresiou a pre somatických pacientov so symptómami depresie, ktoré bránia v efektívnej liečbe somatického ochorenia, by mali:

- byť upravené v spolupráci s tímom, ktorý sa stará o somatické ochorenia (v rámci trvania programu, frekvencie a dĺžku stretnutí) pre rôzne úrovne fyzických schopností jednotlivých somatických ochorení, mal by byť poskytovaný v skupinách s podporou kompetentného lekára,
- zvyčajne pozostávajú z 2 alebo 3 sedení týždenne s miernym trvaním (45 minút až 1 hodina), počas 10 až 14 týždňov (priemerne 12 týždňov),
- byť koordinované alebo integrované do všetkých rehabilitačných programov pre chronické ochorenia.

Realizácia skupinových programov vzájomnej podpory

Skupinové programy vzájomnej podpory (svojpomoc) pre somatických pacientov s pretrvávajúcimi symptómami depresie alebo s miernou až strednou depresiou, a pre somatických pacientov so symptómami depresie, ktoré môžu brániť v liečbe somatického ochorenia, by mali:

- byť homogénne, určené skupinám pacientov s rovnakým somatickým ochorením,

- zamerať sa na zdieľanie skúseností a pocitov spojených so somatickým ochorením.

Skupinové programy by mali byť poskytované odborníkmi, ktorí uľahčujú pacientom účasť na stretnutiach, poznajú somatické ochorenie pacientov a ich vzťah k depresii, a preverujú výsledky intervencie u jednotlivých pacientov. Program zvyčajne pozostáva z jedného stretnutia týždenne, v trvaní 8 až 12 týždňov.

Realizácia individuálnej svojpomocnej liečby na základe princípov KBT

Individuálne riadené svojpomocné programy založené na princípoch KBT (vrátane techník aktivácie správania a riešenia problémov) pre somatických pacientov s pretrvávajúcimi symptómami depresie alebo miernou až strednou depresiou a pre somatických pacientov s príznakmi subklinickej depresie, ktoré bránia v efektívnej liečbe somatického ochorenia, by mali:

- zahŕňať aj poskytovanie materiálov v písomnej podobe (prípadne prostredníctvom iných médií),
- prebiehať pod dohľadom vyškoleného odborníka, ktorý zvyčajne uľahčuje svojpomocný program a kontroluje pokrok a výsledky,
- pozostáva zo 6 až 8 stretnutí (osobne alebo telefonicky), ktoré sa zvyčajne konajú v priebehu 9 až 12 týždňov.

Realizácia počítačovej KBT, zahŕňa tieto princípy:

- má byť poskytovaná prostredníctvom samostatnej aplikácie alebo webovej stránky,
- zahŕňa vysvetlenie KBT princípov, obsahuje domáce úlohy medzi stretnutiami a využíva aktívne sledovanie správania, myslenia a výsledkov,
- prebieha pod dohľadom vyškoleného odborníka, ktorý nahrádza limitované možnosti programu a zároveň kontroluje pokrok a výsledky,
- zvyčajne prebieha 9 až 12 týždňov, vrátane následných opatrení.

Farmakologická liečba

Na liečbu subklinických depresívnych symptómov alebo miernej depresie u somatických pacientov sa neodporúča používať antidepresíva, ale je potrebné zvážiť medikamenty ak:

- má pacient v anamnéze minimálne jednu epizódu strednej alebo ťažkej depresie,
- ide o miernu depresiu, ktorá bráni v liečbe somatického ochorenia,
- je prítomná subklinická depresia trvajúca aspoň 2 roky,
- má pacient subklinické depresívne symptómy alebo miernu depresiu, ktorá pretrváva aj napriek intervenciám (NICE, 2009).

Odporúčanie farmakoterapie je v kompetencii príslušného ošetrojúceho lekára.

STUPEŇ 3: Rozpoznaná depresia v primárnej starostlivosti a v nemocničných zariadeniach - pretrvávajúce subklinické depresívne príznaky alebo mierna až stredná depresia s nedostatočnou odpoveďou na počiatkové intervencie, stredná a ťažká depresia
Pokiaľ somatickí pacienti s pretrvávajúcimi symptómami depresie alebo s miernou až strednou depresiou, alebo somatickí pacienti so začínajúcimi prejavmi strednej depresie a ťažkej depresie nereagujú na ŠPI s nízkou intenzitou, tak NICE (2009) odporúča kombináciu

farmakologickej (antidepresívum obvykle SSRI) a psychologickej intervencie s vysokou intenzitou:

- skupinová KBT,
- individuálna KBT u pacientov, ktorí odmietnu skupinovú KBT, alebo u ktorých to nie je vhodné, prípadne ak žiadna skupina práve nie je k dispozícii,
- párová terapia u ľudí, ktorí majú partnera, a tento vzťah môže prispievať k rozvoju alebo udržiavaniu depresie, alebo ak sa účasť partnera považuje za potenciálnu terapeutickú výhodu.

Pri výbere intervencie treba dôsledne zvážiť trvanie epizódy depresie a jej priebeh, predchádzajúci priebeh depresie a reakcie na liečbu, pravdepodobnosť dodržiavania liečby a akékoľvek nežiaduce účinky, priebeh a liečbu súbežného chronického ochorenia, ako aj preferencie a priority liečby pacienta.

Pri predpisovaní antidepresív u pacienta s depresiou a somatickým ochorením treba brať do úvahy:

- prítomnosť ďalších somatických ochorení,
- vedľajšie účinky antidepresív, ktoré môžu mať vplyv na základné somatické ochorenie (najmä SSRI môžu spôsobiť alebo zhoršiť hyponatrémiu, hlavne u starších ľudí),
- skutočnosť, že zatiaľ nie je dostupný dôkaz, ktorý by podporoval použitie špecifických antidepresív u pacientov s osobitými chronickými somatickými ochoreniami,
- interakcie s inými liekmi.

Ak lekár predpisuje antidepresívum, je dôležité brať do úvahy liekové interakcie, a v prípade nejasností sa obrátiť na odbornú pomoc. Ak je to potrebné, treba pacientovi odporučiť psychiatrické vyšetrenie.

Pri voľbe antidepresív u pacientov s vysokým rizikom samovraždy je potrebné brať do úvahy otravu predávkovaním.

Poskytovanie psychologických intervencií vysokej intenzity

Pri všetkých psychologických intervenciách s vysokou intenzitou by trvanie liečby nemalo presiahnuť stanovené limity. Keďže cieľom liečby je dosiahnuť významné zlepšenie alebo remisiu, trvanie liečby môže byť skrátené, ak dôjde k remisii, alebo predĺžené, ak sa síce dosiahne pokrok, ale lekár sa s pacientom dohodne, že ďalšie sedenia by boli prospešné (napr. ak má pacient aj komorbídnu poruchu osobnosti alebo psychosociálne faktory, ktoré majú vplyv na schopnosť pacienta ťažiť z liečby).

Skupinová KBT u somatických pacientov s depresiou by mala byť poskytovaná v homogénnych skupinách (po 6 až 8 pacientov) pre pacientov s rovnakou diagnózou v trvaní 6 až 8 týždňov.

Individuálna KBT u somatických pacientov so strednou depresiou by mali byť poskytované až do zmiernenia príznakov depresie (od zvyčajne 6 - 8 týždňov po 16 - 18 týždňov). Po 6 mesiacoch od ukončenia liečby nasledujú ďalšie dve kontrolné sedenia.

Individuálna KBT u somatických pacientov s ťažkou depresiou by mala byť:

- poskytovaná do zmiernenia príznakov depresie (16 - 18 týždňov),
- zamerané na počiatočné sedenia (ktoré by sa zvyčajne mali konať 2x týždenne počas prvých 2 - 3 týždňov) a na aktiváciu správania,
- v priebehu 12 mesiacov od ukončenia liečby by mali nasledovať ďalšie 2 - 3 sedenia.

Behaviorálna liečba depresívnych pacientov by mala byť založená na behaviorálnych princípoch a primeraná dĺžka liečby by mala byť 15 - 20 sedení počas 5 - 6 mesiacov (NICE, 2009).

Spolupráca

Spolupráca zdravotníckych pracovníkov v rámci primárnej a sekundárnej starostlivosti je základom rozvinutého programu postupnej starostlivosti. Intervencie, ktoré sa týkajú všetkých sektorov starostlivosti, si vyžadujú koordináciu prístupu k starostlivosti o duševné a telesné zdravie, ako aj špecializovaného koordinátora začleneného v profesionálnom tíme.

Starostlivosť o somatických pacientov s depresiou by mala zahŕňať:

- manažment starostlivosti o pacientov, ktoré sú pod dohľadom odborníka v oblasti duševného zdravia,
- spoluprácu medzi službami primárnej a sekundárnej starostlivosti telesného zdravia a špecializovanými službami duševného zdravia (psychológia, psychiatria),
- edukáciu pacientov, psychologické a farmakologické intervencie (NICE, 2009).

STUPEŇ 4: Ťažká depresia

Praktickí lekári poskytujúci liečbu v špecializovaných službách pre duševné zdravie pre somatických pacientov s ťažkou depresiou by si mali byť vedomí liekových interakcií, ktoré by sa mohli vyskytnúť pri liečbe pacientov s depresiou a somatickým ochorením, a mali by úzko spolupracovať so službami poskytujúcimi starostlivosť o telesné a duševné zdravie (NICE, 2009).

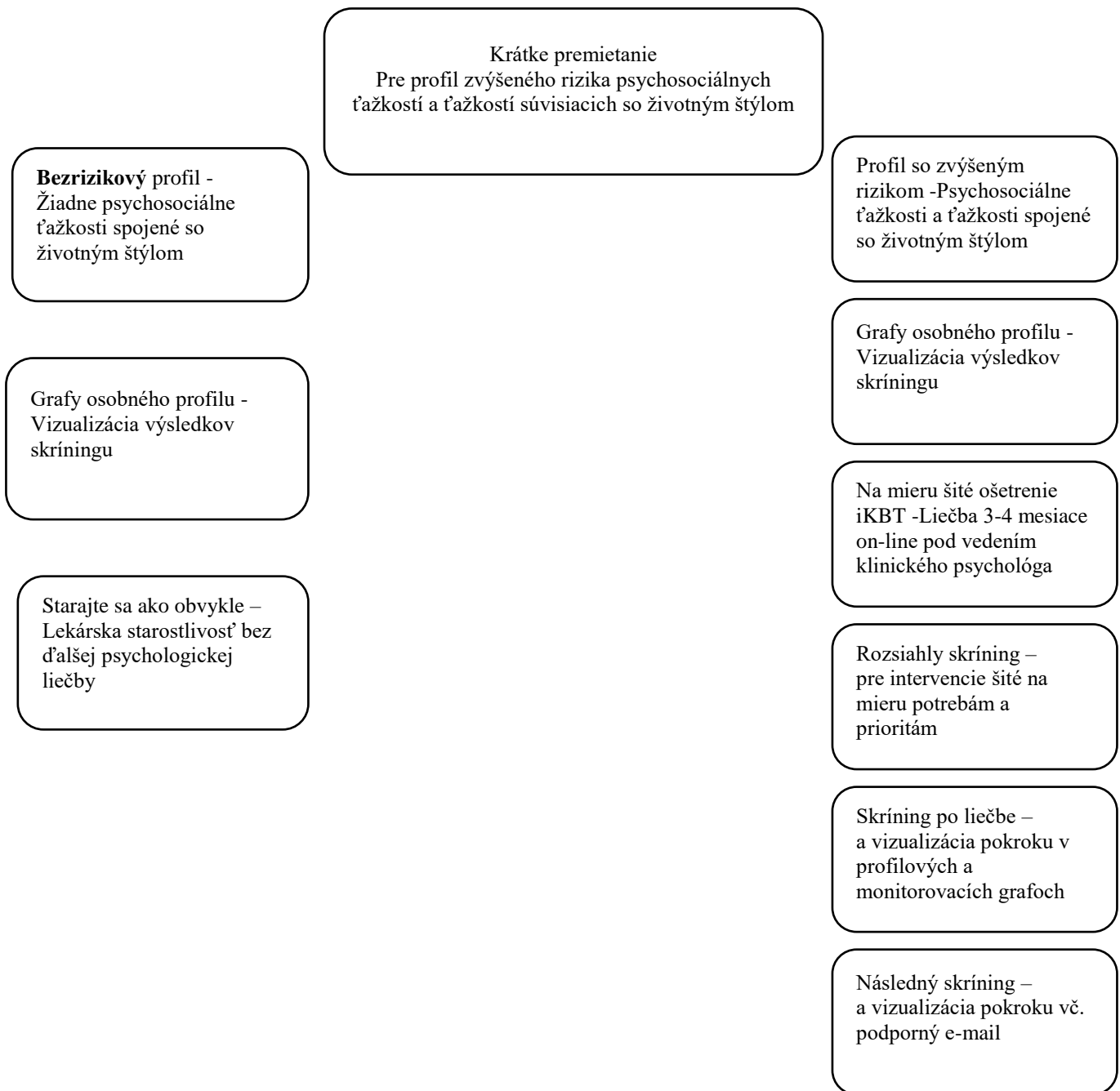
Chronické ochorenia sú úzko prepojené so životným štýlom - napr. diabetes 2. typu, rakovina a kardiovaskulárne ochorenia, ochorenia obličiek a chronické respiračné ochorenia. Aj keď sa uvedené ochorenia do značnej miery v rámci liečebných režimov líšia, usmernenia pre liečbu týchto ochorení majú jeden spoločný predpoklad, že mortalita by sa mohla výrazne znížiť, ak by pacienti dodržiavali súbor kľúčových spôsobov správania zdravého životného štýlu (zapojenie sa do pravidelnej fyzickej aktivity, udržiavanie hmotnosti a zdravej stravy, ukončenie fajčenia, dodržiavanie lekárskych odporúčaní). Zapojenie sa do tohto programu by mohlo zredukovať kardiovaskulárne komplikácie, hospitalizácie, komorbidity, fyzickú záťaž, ako aj psychologickú záťaž z ochorenia (Cardol a kol., 2021).

Systematické prehľady ukázali, že depresívne symptómy u pacientov s diabetom 2. typu sa asociovali s nižšou fyzickou aktivitou a s nedodržiavaním diéty, ako aj to, že sprievodné depresívne aj úzkostné symptómy u príjemcov transplantovanej obličky súviseli s nedodržiavaním pravidelného užívania liekov. Ďalej sa preukázalo, že veľa pacientov s pľúcnymi a srdcovými ochoreniami sa snaží vyhýbať fyzickej aktivite kvôli obavám zo zhoršenia fyzických symptómov, ako aj z toho, že sa nebudú môcť nadýchnuť alebo,

že dostanú srdcovú príhodu. Adekvátne psychosociálna intervencia zameraná na chronické ochorenie môže byť predpokladom dodržiavania zdravého životného štýlu (Cardol a kol., 2021).

Možným spôsobom zdravotnej starostlivosti o týchto pacientov sú moderné spôsoby komunikácie prostredníctvom e-zdravia zamerané na odhaľovanie a liečbu psychosociálnych problémov a nezdravého životného štýlu, ktoré by zodpovedali individuálnym potrebám aj preferenciám pacientov v súvislosti s ich životným štýlom pri chronických ochoreniach. V e-zdraví by mali pacienti vyplniť on-line krátke skriningové dotazníky na zisťovanie psychosociálnych ťažkostí súvisiacich so životným štýlom. Skrining pozostáva zo skriningových dotazníkov na identifikáciu pacientov s profilom zvýšeného rizika - t. j., ktorí majú psychosociálne ťažkosti a ťažkosti spojené so životným štýlom, ako aj dotazníky na prispôbenie intervencie a vizuálne mapy osobného profilu na základe výsledkov skriningu (Cardol a kol., 2021).

Tabuľka č. 4 **E-Health - Cesta starostlivosti o pacientov s chronickými ochoreniami súvisiacimi s ich životným štýlom (Cardol a kol., 2021)**



Tento dokument načrtáva dôkazový a systematický rozvoj cesty elektronickej starostlivosti o pacientoch s chronickými chorobami súvisiacimi s ich životným štýlom, s cieľom identifikovať a liečiť psychosociálne ťažkosti a ťažkosti spojené so životným štýlom. V súčasnosti sa vykonávajú randomizované kontrolované štúdie medzi populáciami s chronickým ochorením obličiek a terminálnym ochorením obličiek (t. j. Štúdie E-GOAL a E-HELD) (Cardol a kol., 2021).

Ďalšie odporúčania

Pacienti, ktorí trpia somatickým ochorením s komorbiditou depresívnej alebo úzkostnej poruchy zriedkavo navštevujú pracoviská psychiatrov a psychologov. Najčastejšie sa u nich objavuje problém akceptovať psychickú zložku svojich ťažkostí, čo spôsobuje ďalšie komplikácie. Pacienti so somatickým ochorením prichádzajú na liečbu do týchto pracovísk neskoro, často po dlhšej neefektívnej liečbe na iných pracoviskách. Preto je potrebné vzdelávať praktických lekárov a iných špecialistov o liečbe tejto poruchy, aby sa postihnutým dostala starostlivosť čo najskôr. V procese liečby cestu pacienta ku klinickému psychológovi urýchľuje zrušenie výmenných lístkov/žiadaniek ku klinickému psychológovi (v platnosti od 1. januára 2021).

V terapii je dôležité zohľadniť špecifiká tejto poruchy, postupovať citlivo a vytvoriť kvalitný terapeutický vzťah s pacientom a jeho následné psychoterapeutické vedenie podľa EBM. Okrem liečby základnej poruchy pacienti mnohokrát riešia svoje vzťahové či pracovné problémy, a v dnešnej dobe aj sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom, ako aj v postgraduálnom vzdelávaní a vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠDTP.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné prepojiť primárnu starostlivosť a zdravotnú starostlivosť v psychiatrických ambulanciách a pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe somatických ochorení s komorbiditou depresívnej alebo úzkostnej poruchy sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Na EBM založená psychologická liečba predstavuje účinnú liečbu depresívnych a úzkostných porúch a odporúča sa ako liečba prvej línie, ktorá má prednosť pred farmakologickou liečbou. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je poskytovať alebo odporučiť najefektívnejšie liečebné postupy v rámci postupnej starostlivosti podľa tohto ŠDTP.

Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe somatických ochorení je odporúčanie zásad zdravej životosprávy čiže dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, pravidelné cvičenia (joga, prechádzky, dychová gymnastika a pod.), vyvážená strava, absencia fajčenia. Dôležité sú aj pravidelné lekárske vyšetrenia, posilnenie kompliance s lekárom, psychoterapia a relaxačná terapia. Zamestnávateľia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Dôležitá je aj edukácia o duševných poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti duševného zdravia. Taktiež by mohli poukázať aj na význam dodržiavania psychohygieny.

Špeciálny doplnok štandardu

Dotazníky PHQ-9 a GAD-7 určené na meranie efektivity liečby.

PHQ-9-SK Zoznam deviatich symptómov (Kroenke, Spitze, Williams 2001)

Meno priezvisko _____ dátum _____

	Ako často Vás v poslednom týždni tráпил niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec	Niekoľko dní	Viac ako polovicu dní	Skoro každý deň
		0	1	2	3
1.	Malý záujem o aktivity alebo radosť z nich.	0	1	2	3
2.	Cítil/a som sa bez nálady, depresívne alebo beznádejne.	0	1	2	3
3.	Problém so zaspávaním, prebúdzanie sa v noci, alebo nadmerná spavosť.	0	1	2	3
4.	Pocit únavy alebo nedostatku energie.	0	1	2	3
5.	Nechutenstvo alebo prejedanie sa.	0	1	2	3
6.	Zlý pocit zo seba, že som zlyhal/a alebo sklamal/a seba, či svoju rodinu.	0	1	2	3
7.	Problém sústrediť sa na rozličné činnosti ako napr. čítanie novín, alebo pozeranie televízie.	0	1	2	3
8.	Spomalenie pohybov alebo reči, ktoré si všimlo aj moje okolie. Alebo naopak nepokoj a nervozita, ktoré ma nútili pohybovať sa viac ako obvykle.	0	1	2	3
9.	Myšlienky, že by bolo lepšie zomrieť, alebo si nejako ublížiť.	0	1	2	3
	Spolu				

Sedem položková škála generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7 Sk) (Spitze et al. 2006)

	Ako často Vás v poslednom týždni tráпил niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec	Niekoľko dní	Viac ako polovicu dní	Skoro každý deň
		0	1	2	3
1.	Pocity nervozity, úzkosti alebo pocit pred zrútením.	0	1	2	3
2.	Nemožnosť zastaviť alebo kontrolovať obavy.	0	1	2	3
3.	Prílišné obavy z rôznych vecí.	0	1	2	3
4.	Problémy uvoľniť sa .	0	1	2	3
5.	Tak výrazný nepokoj, že bolo ťažké ostať pokojne sedieť.	0	1	2	3
6.	Ľahko ste sa znechutili alebo nahnevali .	0	1	2	3
7.	Pocit strachu, ako keby sa mohlo stať niečo hrozné.	0	1	2	3
	Spolu				

Ak ste zaznamenali akékoľvek problémy v dotazníkoch PHQ-9 alebo GAD-7, nakoľko tieto problémy narúšali Vašu prácu, domáce povinnosti alebo vzťahy s inými ľuďmi? Prosím vyznačte v tejto tabuľke.

	Vôbec	Niekedy	Veľmi	Extrémne
PHQ-9				
GAD-7				

HAI. Health Anxiety Inventory - Dotazník úzkosti týkajúcej sa zdravia, (Salkovskis a kol. 2002)

Každá otázka pozostáva zo štyroch tvrdení. Prosím, pozorne si prečítajte každú odpoveď, a potom vyberte tú, ktorá najlepšie vystihuje vaše pocity za posledný týždeň. Ak sa domnievate, že odpoveď (a) je správna, tak zakrúžkujte (a). Je možné, že pre Vás platí viac odpovedí súčasne, v takom prípade prosím zakrúžkujte všetky odpovede, ktoré vystihujú vaše pocity.

- Nemám strach o svoje zdravie.
 - Občas sa obávam o svoje zdravie.
 - Väčšinu času trávim starosťou o svoje zdravie.
 - Po celý čas sa obávam o svoje zdravie.
- Bolesť pociťujem menej ako väčšina ostatných ľudí (môjho veku).
 - Bolesť pociťujem rovnako ako väčšina ostatných ľudí (môjho veku).
 - Bolesť pociťujem viac ako väčšina ostatných ľudí (môjho veku).
 - Stále mám bolesti.

3.
 - a. Nemávam telesné pocity alebo zmeny na tele.
 - b. Niekedy si uvedomujem telesné pocity alebo zmeny na tele.
 - c. Často si uvedomujem telesné pocity alebo zmeny na tele.
 - d. Neustále si uvedomujem telesné pocity alebo zmeny na tele.

4.
 - a. Nemyslím na chorobu.
 - b. Väčšinu času odolávam myšlienkam na chorobu.
 - c. Snažím sa odolávať myšlienkam na chorobu, ale často to nedokážem.
 - d. Myšlienky na choroby sú také silné, že sa im už ani nesnažím vzdorovať.

5.
 - a. Nebojím sa, že trpím vážnym ochorením.
 - b. Niekedy sa obávam, že mám vážne ochorenie.
 - c. Často sa obávam, že mám vážne ochorenie.
 - d. Neustále sa obávam, že mám vážne ochorenie.

6.
 - a. Nemám predstavy o chorobe.
 - b. Niekedy si predstavujem, že som chorý.
 - c. Často si predstavujem, že som chorý.
 - d. Neustále si predstavujem, že som chorý.

7.
 - a. Nemám problém zbaviť sa myšlienok o svojom zdraví.
 - b. Niekedy mám problém zbaviť sa myšlienok o svojom zdraví.
 - c. Často mám problém zbaviť sa myšlienok o svojom zdraví.
 - d. Nič ma nedokáže odpútať od myšlienok o vlastnom zdraví.

8.
 - a. Uľavilo sa mi, keď mi lekár povedal, že mi nič nie je.
 - b. Spočiatku sa mi uľavilo, ale obavy sa občas vracajú.
 - c. Spočiatku ma uľavilo, ale obavy sa vždy vrátia.
 - d. Neuľavilo sa mi, keď mi lekár povedal, že mi nič nie je.

9.
 - a. Ak počujem o chorobe, nikdy si nemyslím, že ju mám.
 - b. Ak počujem o chorobe, niekedy si myslím, že ju mám aj ja.
 - c. Ak počujem o chorobe, väčšinou si myslím, že ju mám aj ja.
 - d. Ak počujem o chorobe, vždy si myslím, že ňou trpím aj ja.

10.
 - a. Ak mám telesný pocit alebo si všimnem zmenu v tele, zriedka skúmam, čo to znamená.
 - b. Ak mám telesný pocit alebo si všimnem zmenu v tele, často skúmam, čo to znamená.
 - c. Ak mám telesný pocit alebo si všimnem zmenu v tele, vždy skúmam, čo to znamená.
 - d. Ak mám telesný pocit alebo si všimnem zmenu v tele, potrebujem vedieť čo to znamená.

11. a. Zvyčajne pociťujem veľmi nízke riziko vzniku vážnej choroby.
b. Zvyčajne pociťujem celkom nízke riziko vzniku vážnej choroby.
c. Zvyčajne pociťujem mierne riziko vzniku vážnej choroby.
d. Zvyčajne pociťujem vysoké riziko vzniku vážnej choroby.
12. a. Nikdy si nemyslím, že trpím vážnym ochorením.
b. Niekedy si myslím, že trpím vážnym ochorením.
c. Často si myslím, že trpím vážnym ochorením.
d. Zvyčajne si myslím, že mám vážne ochorenie.
13. a. Ak si všimnem nevysvetlený telesný pocit, nie je pre mňa ťažké myslieť na iné veci.
b. Ak si všimnem nevysvetlený telesný pocit, niekedy je pre mňa ťažké myslieť na iné veci.
c. Ak si všimnem nevysvetlený telesný pocit, často je pre mňa ťažké myslieť na iné veci.
d. Ak si všimnem nevysvetlený telesný pocit, vždy je pre mňa ťažké myslieť na iné veci.
14. a. Moja rodina/priatelia by povedali, že sa nemusím báť o svoje zdravie.
b. Moja rodina/ priatelia by povedali, že mám normálny prístup k svojmu zdraviu.
c. Moja rodina/ priatelia by povedali, že sa príliš obávam o svoje zdravie.
d. Moja rodina/ priatelia by povedali, že som hypochonder.

V nasledujúcich otázkach sa zamyslite, aké by to pre Vás bolo, keby ste trpeli závažným ochorením (ako napr. srdcové ochorenia, rakovina, roztrúsená skleróza atď.). Je jasné, že to nemôžete celkom vedieť, no prosím, uveďte svoj najlepší odhad, čo si myslíte, keby sa to stalo Vám. Svoj odhad založte na tom, čo viete o sebe a o danej vážnej chorobe.

15. a. Keby som mal vážnu chorobu, stále by som si mohol v živote užívať dost' vecí.
b. Keby som mal vážnu chorobu, stále by som si mohol trochu v živote užívať.
c. Keby som mal vážnu chorobu, takmer by som si nemohol vo svojom živote užívať.
d. Keby som mal vážnu chorobu, vôbec by som si svoj život nemohol užívať.
16. a. Keby sa u mňa rozvinula vážna choroba, existuje veľká šanca, že ma moderná medicína by ju dokázala vyliečiť.
b. Keby sa u mňa rozvinula vážna choroba, existuje šanca, že by ma moderná medicína dokázala vyliečiť.
c. Keby sa u mňa rozvinula vážna choroba, existuje veľmi malá šanca, že by ma moderná medicína dokázala vyliečiť.
d. Keby sa u mňa rozvinula vážna choroba, nie je šanca, že by ma moderná medicína mohla vyliečiť.
17. a. Vážna choroba by zničila niektoré aspekty môjho života.
b. Vážna choroba by zničila mnoho aspektov môjho života.
c. Vážna choroba by zničila takmer všetky aspekty môjho života.

d. Vážna choroba by zničila všetky aspekty môjho života.

18. a. Keby som trpel vážnym ochorením, vôbec by som nemal pocit, že som stratil svoju dôstojnosť.
b. Keby som trpel vážnym ochorením, cítil by som, že som tak trochu stratil svoju dôstojnosť.
c. Keby som trpel vážnym ochorením, cítil by som, že som stratil mnoho zo svojej dôstojnosti.
d. Keby som trpel vážnym ochorením, cítil by som, že som úplne stratil svoju dôstojnosť.

Vyberte číslo zo škály nižšie a naznačte, nakoľko by ste sa vyhli každej z uvedených situácií kvôli strachu alebo iným nepríjemným pocitom. Potom číslo, ktoré ste si vybrali, zadajte do príslušnej kolónky.

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8
Tomu by ste sa nevyhli	Zamedzíte tomu	Určíte sa tomu vyhnete	Zaiste sa tomu vyhnete	Zakaždým sa tomu vyhnete				
1. Konzultácia s vaším rodinným lekárom	_____							
2. Návšteva priateľa v nemocnici	_____							
3. Návšteva príbuzného v nemocnici	_____							
4. Ísť do nemocnice na ošetrovanie	_____							
5. Hovoriť o chorobe	_____							
6. Čítať si o chorobe	_____							
7. Návšteva nemocnice z iných dôvodov (napr. doručenie správy)	_____							
8. Sledovanie televíznych programov o chorobe	_____							
9. Počúvanie rozhlasových programov o chorobe	_____							
10. Premýšľanie o chorobe	_____							

Vyberte si číslo z nižšie uvedenej stupnice, ktoré Vás najlepšie vystihuje v tom, ako často vyhľadáвате ubezpečenie ohľadom svojho zdravotného stavu u nižšie opísaných zdrojov. Do uvedeného priestoru napíšte číslo, ktoré ste si vybrali.

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8
Nikdy	Zriedka	Niekedy	Často	Denne				
1. Priatelia	_____							
2. Rodina	_____							
3. V knihách	_____							
4. Kontrolný orgán pre zmeny v zdravotnom stave	_____							
5. Rodinný lekár	_____							
6. Sestry	_____							
7. Ambulancia v nemocnici	_____							
8. Pohotovosť	_____							
9. Iné (uved'te)	_____							

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Ďalšiu revíziu štandardu odporúčame po piatich rokoch.

Literatúra

1. AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIÁCIA, 2010. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 3rd ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2010. 152 p.
2. AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIÁCIA, 2015. DSM-5. Diagnostický a štatistický manuál duševných poruch. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. 1032 p. ISBN 978-80-86471-52-5.
3. A CARDIAC REHABILITATION. 2002. Scottish national clinical guideline. Inter collegiate Guidelines Network, January 2002, supported by British Association for Cardiac Rehabilitation (BACR). p. 32. ISBN 1–899893–92-X.
4. ANDERSON R., FREEDLAND K., CLOUSE R., LUSTMAN P. 2001. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. A meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24 (6): 1069–1078.
5. BAUDIŠ P., A KOL., 1986. Psychiatrická nemocnosť v praxi obvodného lekára. Kroměříž : vydala Psychiatrická léčebna, 1986.
6. BOEHM, G., RACOOSIN, J., LAUGHREN, T. AND KATE, R. (2004) Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes: Response to consensusstatement. *Diabetes Care*, 27 (8), 2088.
7. BOSWELL E., ANFINSON T., NEMEROFF C., 1997. Depression associated with endocrine disorders. In: *Depression and Physical Illness*. Robertson MM, Katona CLE . 1997 John Wiley & Sons Ltd: 255–292.
8. BUDINSKÁ, K., 2003. Kognitívno-behaviorálna terapia pri diabete II. Typu. In *Psychosomatika v teórii a praxi*, 2003. Č. 4, st. 213-2020.
9. CARDOL, C.K., et al. 2021. Detecting and Treating Psychosocial and Lifestyle- related difficulties in chronic disease: Development and Treatment Protocol of the E-Goal eHealth care Pathway. 2021. Dostupné online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33>
10. DAVIDSON K., KUPFER D., BIGGER J. et al. 2006. Assessment and treatment of depression in patients with cardiovascular disease: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Report, *Psychosomatic Medicine*. 2006; 68: 645–50. DEPARTMENT OF HEALTH, 2005. Supporting people with long-term conditions. Department of Health Gateway Reference 4230.
11. DEPARTMENT OF HEALTH, 2008. Long-term condition positive practice guide. Dostupné online: <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11991919/longterm-conditions-positive-practice-guide.pdf/f9e2b540-2061-4950-a428-b2c9c3ddb35d>
12. DEPARTMENT OF HEALTH, 2011. Ten things you need to know about long-term conditions. Dostupné na internete: www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/tenthingsyouneedtoknow/index.htm
13. DEPARTMENT OF HEALTH, 2014. Medically Unexplained Symptoms/ Functional Symptoms. Positive Practice Guide, P. 5. Dostupné online: <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11991919/medically-unexplained-symptoms-positive-practice-guide.pdf/ac806084-4058-4a2f-89f9-17d04eff6a3b>
14. ELLIOT M. ET AL., 2014. Heart2Heart: An integrated approach to cardiac rehabilitation and CBT. IN *British Journal of Cardiac Nursing*, 2014, Vol 9, No 10, s.501-506.
15. FINK, P., et al. 1999. Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics*. 40 , 1999, Sv. 4, s 330-338.
16. FORGÁČOVÁ LUBICA, 2008. Diagnostika a liečba depresie pri diabete mellitus. In *Ambulantná terapia*, 2008, roč. 6, č.3, s. 158 – 162.
17. GRIFFITHS, H., 2012. Investing in emotional and psychological well being for patients with long-term conditions, In *Investing in emotional and psychological well being*, 2012. Dostupné na internete: <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11991919/Emotional+and+Psychological+Wellbeing+-+LTC.pdf/8ad4c49d-5aad-40ad-9ebc-1b6662cc9668>
18. HM GOVERNMENT. 2010. Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England. Dostupné na internete: www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/
19. HOBEN, M., HENINGER, A., HOLROYD-LEDUC, J. et al. 2019. Depressive symptoms in long term care facilities In *Western Canada: a cross-sectional study*. *BMC Geriatr* 19, 335 2019. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1298-5>.
20. CHVÁLA A KOL., 2015. Psychosomatické poruchy a lekárske nevysvetliteľné príznaky. In *Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře*, 2015, vyd.1, s. 1-17.
21. ISCHAEMIC HEART DISEASE RCGP, 2010. Primary care guidance: coronary heart disease (CHD) and depression – a body and mind approach. Dostupné na internete: www.rcgp.org.uk/mental_health.aspx
22. IŠTOŇOVÁ M., BABINČÁK P., PALÁT M., 2009. Rehabilitačná starostlivosť o pacientov s kardiovaskulárnym ochorením s prídruženou depresiou. Dostupné na internete: <https://www.unipo.sk/public/media/16593/1%20C5%A1to%20C5%88ov%20C3%A1.%20M.%20%20%20Babin%20C4%8D%20C3%A1k.%20P.%20Pal%20C3%A1t.%20M.pdf>
23. IŠTOŇOVÁ, M., PALÁT, M., KOCIOVÁ, K. 2009. Psychosociálne rizikové faktory v rehabilitácii kardiakov. In *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2009. ISSN 1803-6597. roč. 16, č. 1., s. 26 – 32
24. KAZUTAKA Y., ET AL., 2018. Association between insomnia and coping style in Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2018, 14, s.1803- 1809. Dostupné na internete: <https://www.dovepress.com/association-between-insomnia-and-coping-style-in-japanese-patients-wit-peer-reviewed-article-NDT>
25. KROENKE, K., SPITZER R.L., WILLIAMS, J.B.W. The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606–13.
26. KUBINCOVÁ, A. – TAKÁČ, P. – LEGÁTH, L. 2011. Analýza klinických problémov v rámci pľúcej rehabilitácie s využitím medzinárodnej ICF klasifikácie. In *Rehabilitačná medicína & Fyzioterapia*. 2011, č. 1, s. 11–17. ISSN 1338- 4759.
27. KURIPLACHOVÁ G., KENDROVÁ L., HUDÁKOVÁ A., MAJERNÍKOVÁ E., CIBRÍKOVÁ S. 2018. Vplyv chronickej obštrukčnej choroby pľúc na výskyt depresie u seniorov. In *Zdravotnícke listy, Ročník 6, Číslo 1*, 2018 s.27-32 ISSN 1339-3022

27. LUSIGNAN S ET AL., 2013. IAPT LTC/MUS Pathfinder Evaluation Project. In University of Surrey, 2013. Dostupné na internete: https://www.academia.edu/36476694/IAPT_LTC_MUS_Pathfinder_Evaluation_Project_Interim_report
28. MAIER W., FALKAI P., 1999. The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1999; 14 (suppl 2): 1–6.
29. MOULDING R. et al., 2007. Optimising the primary mental health care workforce: How can effective psychological treatments for common mental disorders best be delivered in primary care? In Australian Primary Health Care Research Institute. 2007.
30. MOUSSAVI S., CHATTERJI S., VERDES E., TANDON A., PATEL V., USTUN B. 2007. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys, *Lancet*, 370; 9590; 851–58.
31. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2018. The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Pathway for People with Long-term Physical Health Conditions and Medically Unexplained Symptoms. Full implementation guidance. London: National Collaborating Centre for Mental Health. 2018. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/iapt/nccmh-iapt-ltc-full-implementation-guidance.pdf?sfvrsn=de824ea4_4
32. NAYLOR Ch., et al., 2012. Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health, 2012, s.32. ISBN 978-1-85717-633-9.
33. NHS, 2010: Emotional and Psychological Support and Care in Diabetes. Diabetes UK. Dostupné na internete: [https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2017-10/Emotional_and_Psychological_Support_and_Care_in_Diabetes_2010%20\(DUK\).pdf](https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2017-10/Emotional_and_Psychological_Support_and_Care_in_Diabetes_2010%20(DUK).pdf)
34. NHS, 2018. Pathway for People with Long-term Physical Health Conditions and Medically Unexplained Symptoms, Dostupné na internete: https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/IAPT-LTC_short_guide.pdf
35. NICE, 2009. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. Published date: October 2009. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
36. NICE, 2011. Common mental health problems: identification and pathways to care (Clinical guideline 123), London: National Institute for Health and Care Excellence. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/chapter/1-guidance>
37. NÔTOVÁ P., 2016. Pohľad psychológa na pľúcne ochorenie. Chronická obštrukčná choroba pľúc je nevyliciteľná, ale liečiteľná. In *Humanita Plus*, 2016, č. 3, s. 8, ISSN 1336-2208.
38. NÔTOVÁ, P., 2007. Depresia u pacientov so srdcovým zlyhávaním často prehliadaná? In *Súčasná klinická prax*. 2007, s. 30-32. **ISSN 1804-9427.**
39. OKRUHLICA, L., 2010. Kardiovaskulárne ochorenia - keď prevencia je už liečbou. In: *Zdravotnícke noviny* č. 4/2010, str. 8. Dostupné na internete: http://mia.sk/vseobecne_inf/denna_tlac/m_clanok.php?hop=4&dbr=7115
40. PIRDMAN, V. 2004. Léčba deprese u kardiálně nemocných. In *Psychiatria pre prax*. 2004. ISSN 1336-8745. č. 1. s. 28 – 30. Dostupné na: www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1851&magazine_id=2
41. ROSENDAL, M. 2013. Functional disorders. Clinical guideline for general practice. SAM's clinical guidelines, 2013.
42. ŘIHÁČEK, T., PAVLENKO, P., FRANKE, H., 2017. Účinnost psychoterapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýz a přehledových studií. In *Československá psychologie*, 2017, 61(4), 350-362.
43. SALKOVSKIS, P. M., RIMES, K. A., WARWICK, H. M. C., CLARK, D. M., 2002, The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis, *Psychological Medicine*, Volume 32, Issue 5, pp. 843 – 853, DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
44. SLOVENSKÁ ALIANCIA PRE CHRONICKÉ OCHORENIA. 2013. Analýza trendov chronických ochorení a monitorovanie zdravotných indikátorov v kontexte 9 cieľov globálneho monitorovacieho rámca do roku 2025. Dostupné na internete: http://www.hpi.sk/cdata/Documents/Analiza_trendov_CHO_a_monitorovanie_RF.pdf
45. SPITZER, R.L, KROENKE K, WILLIAMS J.B, Love B., A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder, *The GAD 7 Arch Intern Med.* 2006;166:1092-1097
46. ŠIMON, J. 2000. Deprese a úzkostné stavy zvyšujú riziko kardiovaskulárných a interných chorôb. In *Kapitoly z kardiologie*, 2000. č. 3, sv.2, s. 86–88. Dostupné na internete: www.kapitoly.cz/clanek.php?num=17
47. WHO, 2005. Chronic diseases in low and middle income countries. 2005.
48. WHO, 2007. Prevention of cardiovascular disease. Genava, WHO. 2007. ISBN 978 92 4 154726 0.
49. WHO, 2010. Global recommendations on physical activity for health. Genava, WHO. 2010. ISBN 978 92 4 159 997 9.
50. WHO, 2013. Action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. 2013. ISBN 978 92 4 150623 6.
51. WORLD ECONOMIC FORUM, 2011. The global economic burden of non-communicable diseases. Genava. 2011.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. decembra 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva

Príloha

Prehľad podporných výskumných dôkazov

Randomizované kontrolované štúdie preukázali účinnosť KBT pri chronickej únave (Chalder a kol., 1997 In Lusignan a kol., 2013) a pri syndróme dráždivého čreva (Moss-Morris a kol., 2010 In Lusignan a kol., 2013). Štúdia CHAMP (Tyner a kol., 2013 In Lusignan a kol., 2013) testovala intervenciu KBT na úzkosť na základe modelu Salkovskis-Warwick (1986) (In Lusignan a kol., 2013) oproti obvyklej starostlivosti. Popri konvenčnom KBT existujú aj ďalšie doplnky terapeutického repertoáru IAPT (bližšie uvedené v kapitole Zabezpečenie a organizácia starostlivosti), ktoré môžu byť prospešné u ľudí s chronickými somatickými ochoreniami. Kabat-Zinn si všimol, že mnohí pacienti s chronickými symptómami boli zanedbávaní zdravotníckym systémom, a preto vyvinul metódu znižovania stresu založenú na vedomí, ktorá sa ukázala ako účinná. K ďalším kognitívnym a behaviorálnym metódam patrí kognitívna terapia založená na vedomí, akceptačná a angažovaná terapia, behaviorálna aktivačná terapia a tréning mysle. Psychologické intervencie môžu byť doplnené odstupňovanou cvičebnou terapiou, ktorá zahŕňa krátke cvičenia, po ktorých nasleduje odpočinok. Cieľom je zvyšovanie energie a znižovanie náchylnosti k únave, čím sa zvyšuje sebakontrola a dôvera. Empirické testovanie intervencií v dlhodobej starostlivosti zostáva v počiatočnom štádiu vývoja (Lusignan a kol., 2013).