

# **Psychologické intervence určené ke snížení stresu z přemístění u starších lidí přecházejících do trvalé rezidenční péče pro seniory: systematický přehled rozsahu**

Fealy, S., McLaren, S., Nott, M., Seaman, CE, Cash, B., & Rose, L. (2024). Psychologické intervence určené ke snížení stresu z přemístění u starších lidí přecházejících do trvalé rezidenční péče: systematický přehled rozsahu. *Stárnutí a duševní zdraví*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2340731>

## **Cíle**

Cílem této studie bylo identifikovat a vyhodnotit psychologické intervence nebo strategie určené ke snížení stresu z přemístění u starších lidí, kteří přecházejí do rezidenční péče.

## **Metoda**

Byla provedena revize rozsahu podle metodiky institutu Joanna Briggs pro hodnocení rozsahu a rozšíření Preferred Reporting Items for Systematic Reviews a Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). V prosinci 2022 bylo dokončeno elektronické vyhledávání devíti databází a vyhledávače google scholar. Screening článků a hodnocení kvality nezávisle na sobě provedli nejméně dva recenzenti.

## **Výsledek**

Ke kontrole bylo zahrnuto osm plnotextových článků, z nichž byly identifikovány čtyři psychologické intervence: 1) Rezidentní peer podpora; 2) Life review; 3) Služby duševního zdraví pro starší dospělé; 4) Program pro zlepšení přizpůsobení rezidenčnímu bydlení. Před přechodem do péče nebyly provedeny žádné intervence; všechny byly realizovány do tří měsíců od přemístění obyvatel do zařízení pro seniory.

## **Závěr**

Přechod do rezidenční péče o seniory je ze své podstaty stresující zkušeností. Absence intervencí realizovaných během pre a střední přechodové fáze představuje mezeru v literatuře a naznačuje příležitost pro včasnou intervenci. Vzhledem k tomu, že populace stále stárne, existuje naléhavá potřeba vyvinout a zavést intervence zaměřené na snížení příznaků deprese a úzkosti u starších lidí, kteří procházejí touto významnou životní změnou.

**Klíčová slova:** rezidenční péče o seniory, pečovatelský dům, přechod, deprese, úzkost, stěhovací stres.

## Úvod

Celosvětově populace rychle stárne (OSN,2022). Předpokládá se, že podíl lidí ve věku 65 let a více se do roku 2050 zvýší na 16 %. To bude představovat každého šestého člověka, přičemž podíl lidí ve věku 80 let a více se ztrojnásobí na 426 milionů (OSN,2022). Očekává se, že tato změna v demografické populaci bude jednou z nejvýznamnějších transformací 21. století (Kasai,2021; Spojené národy,2022). S rostoucím podílem starších lidí roste i poptávka po pečovatelských službách. Ačkoli většina starších lidí dává přednost stárnutí v domácím prostředí a zůstává v komunitě, bude s tím spojen nárůst počtu lidí s měnícími se fyzickými, psychologickými a psychosociálními okolnostmi, kteří nutně přejdou do trvalé rezidenční péče pro seniory (Costlow & Parmelee,2020; Henning-Smith a kol.,2023).

Přechod do rezidenční péče pro seniory (také označované jako pečovatelská péče) je mezinárodně uznáván jako významná životní událost a je pro mnoho starších lidí charakterizován psychickým utrpením (Brownie et al.,2014; Polacsek & Woolford,2022; Yong a spol.,2021). Groenvynck a kol. (2022) popisují cestu přechodu tak, že zahrnuje předpřechodovou fázi (kdy se poprvé diskutuje o potřebě rezidenční péče), střední přechodovou fázi (kde se osoba připravuje na přestěhování) a popřechodovou nebo popřemístění (když osoba žije v ústavní péči). Relokační stres, uznávaná ošetrovatelská diagnóza, se stále častěji používá k popisu psychického stresu, který zažívají starší lidé během přechodu do rezidenční péče, včetně příznaků zmatenosti, úzkosti, deprese, ztráty a osamělosti (Brownie et al.,2014; Costlow & Parmelee,2020; Polacsek & Woolford,2022).

### Pre a střední přechodové faktory

Předchozí události a rozhodovací procesy předcházející přechodové cestě hrají klíčovou roli při utváření duševního zdraví starší osoby. (Brownie a spol.,2014; Davison a kol.,2022; O'Neill a kol.,2020; Polacsek & Woolford,2022). Kvalitativní systematický přehled Brownieho et al. (2014) vysvětluje, že starší lidé, kteří svůj přechod do péče vnímali jako nedobrovolný, často pociťovali příznaky deprese, osamělosti, smutku a hněvu. To bylo do značné míry přičítáno ztrátě osobní nezávislosti a kontroly nad rozhodováním během před a střední fáze přechodu. Naproti tomu starší lidé, kteří zažili dobrovolný přechod, kteří měli možnost zapojit se do informovaného rozhodování, přípravy a plánování, vnímali tuto zkušenost jako pozitivnější vzhledem ke své individuální situaci (Brownie et al.,2014). Polacsek a Woolford (2022) dále zdůrazňují roli rozhodovacího procesu jako určujícího faktoru. Obyvatelé, kteří před přechodem zaznamenali fyzický nebo kognitivní pokles zdraví, se cítili v rozhodovacím procesu marginalizováni a občas si nebyli vědomi, že přechod bude trvalý (Polacsek & Woolford,2022).

## Faktory po přemístění

Po přemístění má přizpůsobení se pečovatelskému prostředí také kritický dopad na výsledky duševního zdraví starších dospělých (Brownie et al.,2014 ; Davison a kol.,2022 ; Polacsek & Woolford,2022 ; Yong a spol.,2021 ). Nové prostředí s sebou přináší nové každodenní zážitky a sociální interakce, na které nemusí být obyvatelé zvyklí. Starší lidé během tohoto období vyjadřovali pocity ztráty, připisované ztrátě smysluplného majetku, domácího pohodlí a blízkých vztahů (Brownie et al.,2014 ; Polacsek & Woolford,2022 ; Yong a spol.,2021 ). Costlow a Parmelee (2020 ) kvantifikovali dopad stresu z přemístění na skóre deprese a úzkosti u kohorty starších klientů péče (  $N = 568$  ). Obyvatelé, kteří uvedli stres z přemístění během prvních 12 měsíců v zařízení (  $N = 107$  ), vykazovali významně vyšší příznaky deprese a úzkosti ve srovnání s těmi, kteří stres z přemístění nehlásili, bez ohledu na kognitivní stav (Costlow & Parmelee,2020 ).

Znepokojující je, že úzkost, kterou zažívají starší dospělí během přechodu, může mít dlouhodobé nepříznivé důsledky na kvalitu života rezidenta po přestěhování. Patří mezi ně sociální izolace (Lapane et al.,2022 ), pocit osamělosti (Gardiner et al.,2020 ; Lapane a kol.,2022 ) a dokonce předčasná úmrtí (Lapane et al.,2022 ).

## Pozadí

Deprese a úzkost jsou běžnými problémy v oblasti duševního zdraví u starších dospělých, kteří přecházejí do péče o seniory. Zatímco deprese postihuje asi 7 % všech lidí ve věku nad 60 let (Lotfaliany et al.,2019 ; Světová zdravotnická organizace,2017 ), některé studie naznačují, že tento podíl může být mnohem vyšší mezi těmi, kteří nově využívají rezidenční péči pro seniory. Velká populační kohortová studie starších lidí (  $N = 430\ 862$  ) vstupujících do péče o seniory v Austrálii zjistila, že 46 % mělo depresi (Amare et al.,2020 ). Vyšší míra deprese až o 58 % byla hlášena u těch, kteří zažili zhoršení fyzického zdraví při vstupu do péče pro seniory (Amare et al.,2020 ). Další rozsáhlá studie provedená v Americe (  $N = 272\ 311$  ) identifikovala depresi u 36 % nově přijatých klientů, přičemž úzkost se současně vyskytla až u 25 % kohorty (Ulbricht et al.,2019 ).

Tato vysoká míra deprese a úzkosti evidentní u lidí přecházejících do rezidenční péče pro seniory přetrvává i po počáteční fázi po přemístění (Alexopoulos,2005 ; Borza a spol.,2022 ; Creighton a kol.,2016 ; Davison a kol.,2022 ; Yuan a spol.,2021 ). Yuan a kol. (2021 ) studovali velkou kohortu starších, nově přijatých amerických klientů s depresivními symptomy (  $N = 88\ 532$  ). Zjistili, že 95 % těchto obyvatel nadále pociťovalo přetrvávající depresivní příznaky po 90 dnech v péči, přičemž nejčastějšími příznaky byly poruchy nálady a únava. Sekundární analýza dat z australské randomizované kontrolované studie hodnotící krátkou psychologickou intervenci (  $N = 203$  ) uváděla vysoké úrovně deprese (45 %) a úzkosti (22 %) mezi nově přijatými klienty. Tyto hladiny zůstaly nezměněny při hodnocení 1 měsíc a 8 měsíců po

přemístění (Davison et al.,2022 ). Borza a kol. (2022 ) zkoumali depresivní symptomy u nově přijatých norských rezidentů (  $N = 691$  ). Zjištění ukázala, že většina rezidentů vykazovala mírné (  $N = 225$ , 32,56 %) až středně těžké (  $N = 351$ , 50,80 %) depresivní příznaky, které přetrvávaly až 36 měsíců po přestěhování (Borza et al.,2022 ).

Vysoká prevalence a přetrvávání symptomů deprese a úzkosti, které pociťují nově přijatí klienti péče o seniory, zdůrazňuje kritickou potřebu intervence. Existuje potenciál pro provádění preventivních psychologických zdravotních intervencí před a v průběhu přechodové fáze a během fáze po přemístění, což by mohlo pomoci snížit stres z přemístění a zlepšit kvalitu života rezidentů. Groenvynck a kol. (2022 ) provedla přezkum rozsahu, který zkoumal intervence určené ke zlepšení zkušeností s přechodnou péčí s důrazem na kontinuitu péče. Tyto intervence byly zaměřeny na „triádu péče“; jednotlivce, jejich rodiny a pečovatele a jejich zdravotníky. Přehled identifikoval především intervence zaměřené na podporu neformálních pečovatелů. Je pozoruhodné, že pouze pět studií se přímo zabývalo přechodem starší osoby z domova do péče, z nichž dvě se zaměřily na populaci s demencí, přičemž pouze jeden protokol studie navrhoval zkoušku psychologické intervence zaměřené na starší lidi nově přemístěné do zařízení pro seniory (Groenvynck a spol.,2022 ).

Zásadní význam mají intervence určené na podporu starších lidí a jejich neformálních pečovatелů pomocí navigačních a koordinačních služeb v průběhu přechodu. Skutečností však je, že podstatná část starších lidí přechází do péče o seniory pod vnímaným nátlakem. Často jsou přijímáni z nemocnice nebo jiného zařízení akutní péče a po krizi související s fyzickým nebo duševním zdravím, která se projevuje jako stres z přemístění (Brownie et al.,2014 ; Davison a kol.,2022 ; Groenvynck a kol.,2022 ; O'Neill a kol.,2020 ; Polacsek & Woolford,2022 ). Literatura uvádí, že tito starší dospělí jsou nejzranitelnější vůči dlouhodobému psychickému stresu z přechodu. Pro tyto lidi jsou nejvíce potřebné intervence založené na důkazech, které se konkrétně zaměřují na zmírnění příznaků deprese a úzkosti během této náročné životní události.

Cílem tohoto přehledu rozsahu bylo proto systematicky vyhodnocovat publikovanou literaturu (včetně protokolů a pokynů), aby bylo možné konkrétně identifikovat a vyhodnotit psychologické intervence nebo strategie určené ke snížení stresu z přemísťování u starších lidí při trvalém přechodu do rezidenční péče. Cílem bylo identifikovat intervence prováděné během před a střední přechodové fáze a až 3 měsíce (90 dní) po přemístění, ať už z prostředí domova, nemocnice nebo rehabilitační péče. Identifikací těchto intervencí a poskytnutím narativní syntézy zjištění přispěje studie novými poznatky k základně důkazů. Kromě toho tato studie poskytne vodítko pro návrh, vývoj a implementaci budoucích intervencí, jejichž cílem je snížit stres z přemístění a zlepšit kvalitu života starších lidí přecházejících do trvalé rezidenční péče.

## **Materiály a metody**

Přehled se řídil metodologií institutu Joanna Briggs pro stanovení rozsahu přehledů (Peters et al.,2020 ) a posílena dodržováním preferovaných položek vykazování pro systematické kontroly a rozšíření metaanalýzy pro hodnocení rozsahu (PRISMA-ScR) (Tricco et al.,2018 ). Počáteční *protokol a priori* kontroly a kritéria způsobilosti byly navrženy s ohledem na širokou výzkumnou otázku na základě prvků populace, koncepce a kontextu (PCC) (Peters et al.,2020 ) a registrovaná na figshare ( <https://figshare.com> ) před provedením primární strategie vyhledávání literatury (Fealy et al.,2023 ).

## **Strategie vyhledávání**

Předběžné prohledávání databází revizních protokolů registrů (Cochrane Library, Prospero, figshare, Open Science Framework a Joanna Briggs Institute), lékařských a přidružených zdravotnických databází (Medline a kumulativní index ošetřovatelské a spojenecké zdravotnické literatury – [CINAHL]), politických databází (Evidence for Policy & Practice – EPPI Center (DoPHER & TRoPHI)) a vyhledávač Google scholar byl proveden v listopadu 2022 za asistence výzkumného knihovníka (LR). Účelem předběžné prohlídky bylo upřesnit vyhledávací termíny a vyhnout se replikaci existujících důkazů. Nebyly identifikovány žádné přehledové články specificky zaměřené na identifikaci psychologických intervencí zaměřených na snížení relokčního stresu, který zažívají starší lidé během trvalého přechodu do rezidenční péče o seniory.

Primární elektronické vyhledávání devíti databází bylo provedeno výzkumným knihovníkem (LR) dne 15. 12. 2022. Mezi prohledávané databáze patřily: Medline, Emcare, CINAHL, PsychInfo, Scopus, Analysis and Policy Observatory, Turning Research to Practice, Evidence for Policy & Praxe – centrum EPPI (DoPHER & TRoPHI) a Epistemonikos. Bylo také provedeno vyhledávání šedé literatury ve službě Google Scholar. Kde to bylo možné, byla klíčová slova mapována na předmětová hesla databáze. Všechny strategie prohledávání databází byly z pragmatických důvodů omezeny na anglický jazyk a lidské studie bez omezení data. Výsledky vyhledávání ze všech databází byly importovány do Endnote **TM** verze 20 pro první úroveň (název a abstrakt) a úroveň dvě (úplný text). Duplicitní záznamy byly odstraněny před prověřováním pomocí funkce hledání duplikátů Endnote.


## **Výběr studia**

Před provedením screeningu první úrovně bylo prvních 50 záznamů zkontrolováno nezávisle dvěma recenzenty (SF a SM) podle kritérií způsobilosti. Hodnotitelé se pak sešli, aby porovnali schémata kódování, aby zajistili konzistentní aplikaci kritérií ve všech záznamech. To umožnilo konzistentní přístup k definování „přechodného



období“, který byl poté aplikován na proces screeningu předmětů. S vědomím složitosti přechodného období jsme se snažili zachytit komplexní škálu psychologických intervencí, včetně intervencí realizovaných před přestěhováním starší osoby do péče. Proto jsme přijali definici přechodové dráhy od Groenvyncka et al. (2022), zahrnující předpřechodovou fázi (kdy se poprvé diskutuje o potřebě péče) a prodlužující se až na 3 měsíce (90 dní) po přemístění (tabulka 1).

**Tabulka 1.** Kritéria pro zařazení/vyřazení.

<u>Kritéria pro zařazení</u>	<u>Kritéria vyloučení</u>
<p><b>Obyvatelstvo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Starší lidé přecházející do stálé rezidenční péče pro seniory (RAC) <math>\geq</math> 65 let.</li> <li>Buď před přemístěním (tj. čekající na přemístění), nebo nově přemístění, kteří v zařízení pobývají <math>\leq</math> 3 měsíce (90 dní).</li> </ul> <p><b>Koncept</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Psychologické intervence (v oblasti duševního zdraví) NEBO strategie určené k zavedení nebo provádění za účelem řešení psychických potíží spojených s p ř e c h o d e m na RAC.</li> </ul> <p><b>Kontext</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Starší lidé přecházející do trvalého RAC <math>\geq</math> 65 let, poprvé z domácí nebo nemocniční péče nebo rehabilitace.</li> <li>Články publikované v angličtině nebo přeložené do angličtiny.</li> <li>Články - publikované studie ( RCT, observační studie, přehledové články, případové studie, protokoly studií), publikované politické dokumenty a pokyny.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ostatní dospělé populace &lt; 65 let.</li> <li>Osoby pobývající v RAC &gt; 3 měsíce.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nepsychologické ( p s y c h o l o g i c k é ) intervence NEBO strategie, které nejsou určeny k řešení tísně spojené s přechodem na RAC.</li> <li>Psychologické (psychologické) intervence určené pro obyvatele, kteří již jsou v péči &gt; 3 měsíce.</li> </ul> <p>STARNUTI A DUSEVNI ZDRAVÍ  3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Starší lidé, kteří poprvé nepřecházejí do trvalé péče, t j . mezi přemístěním do jiného zařízení a/nebo krátkodobým přechodem na náhradní péči.</li> <li>Články publikované v jiném než anglickém jazyce. Studie na zvířatech, názorové články, abstrakty z konferencí nebo články, které nelze vyhledat v institucionální knihovně. databáze.</li> </ul>

## Hodnocení kvality

Po prověřování druhé úrovně byly fulltextové články záznamů považovaných za způsobilé k zařazení podrobeny hodnocení kvality. Recenzenti (MN, BC & CS) nezávisle hodnotili metodologickou kvalitu článků pomocí nástroje hodnocení kvality vyvinutého Hawkerem et al. (2002). Tento nástroj byl vybrán pro svou použitelnost v

různých výzkumných člancích, které jsou obvykle zahrnuty do hodnocení rozsahu. Ačkoli to není nutný krok v metodologii revize rozsahu, hodnotitelé se shodli, že tento proces posílí podávání zpráv o zjištěních přezkoumání. Hodnotící nástroj obsahuje sadu explicitních kritérií pro hodnocení studijních cílů, designu, etického chování, odběru vzorků, analýzy dat a vykazování výsledků (Hawker et al.,2002 ). Třetí posuzovatel (SM) byl požádán, aby rozhodoval během hodnocení kvality s dosaženým konsensem. Z tohoto přehledu nebyly vyloučeny žádné studie z důvodu hodnocení kvality.

### **Extrakce dat**

Charakteristiky studie byly nezávisle extrahovány recenzenty (MN, BC & CS) a kontrolovány recenzenty (SF a MN). Extrahované informace zahrnovaly: název publikace, autory, rok, zemi, typ článku, typ a design intervence a informace o studii (populaci, měření výsledků, výsledky), pokud jsou k dispozici a s použitím účelové tabulky extrakce dat.

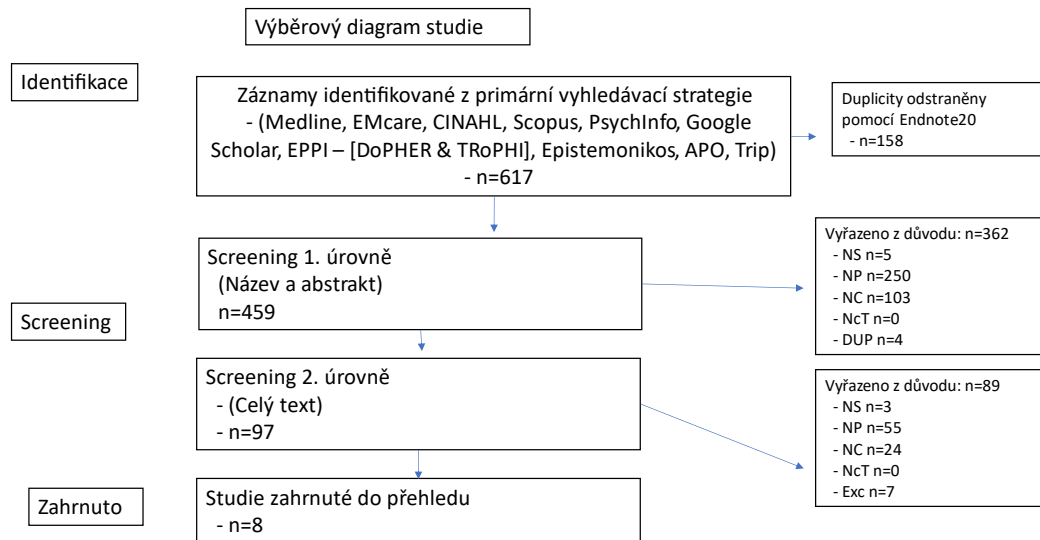
### **Výsledek**

Podle vývojového diagramu, uvedeného v Obrázek 1, primární strategie elektronického vyhledávání identifikovala 459 neduplikovaných záznamů pro screening první úrovně. Devadesát sedm záznamů vyžadovalo další vyšetřování. Z toho bylo 90 záznamů získáno v plném znění a podrobeno prověřování úrovně 2. Sedm článků se nepodařilo najít a byly z kontroly vyloučeny. Po druhém kole screeningu bylo k posouzení zařazeno celkem osm článků v plném znění (dva protokoly a šest studií) (Davison et al.,2020 ,2021 ,2022 ; Haight a spol.,1998 ; Kelly a spol.,2022 ; Kotynia-English a kol.,2005 ; Ryden a spol.,1999 ; Scharlach,1988 ). Data publikování článků trvala přes čtyři desetiletí (1988-2022) a byly provedeny buď v Americe nebo v Austrálii. Byly identifikovány celkem čtyři psychologické intervence. Během před nebo střední přechodové fáze nebyly realizovány žádné intervence. Všechny identifikované intervence byly zaměřeny na snížení psychické tísně během fáze po přesídlení mezi populacemi nově přesídlených obyvatel, kteří byli jednou v zařízení pro seniory.

Obrázek 1. Vývojový diagram výběru studie.

\*NS = není zájmová studie, NP = není populace, NC = není koncept, NcT = není kontext, DUP = duplicitní článek, Exc = vyloučeno, že nelze získat plný text článku.

Převzato z: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Prohlášení PRISMA 2020: aktualizované pokyny pro podávání zpráv o systematických přehledech. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n7



## Metodologická kvalita

Podle Tabulky 2, se kvalita zahrnutých článků lišila od dobré po špatnou. Ti, kteří byli hodnoceni jako spravedliví nebo špatní, byli považováni za osoby postrádající transparentnost ve vykazování metodologie studie, intervence, analýzy a vykazování výsledků (Kotynia-English et al.,2005 ; Scharlach,1988 ). Kromě toho tři ze čtyř intervenčních studií poskytly minimální až žádné informace týkající se etického provádění studií (Haight et al.,1998 ; Kotynia-English a kol.,2005 ; Scharlach,1988 ).



## Tabulka 2. Hodnocení kvality.

**Tabulka 2.** Hodnocení kvality.

Otázky k hodnocení kvality	Scharlach (1988)	Haight a další. (1998)	Ryden a další. (1999)	Kotynia- Angličtina a další. (2005)	Davison a další. (2020)	Davison a další. (2021)	Davison a další. (2022)	Kelly a další. (2022)
1. Abstrakt a název: Je uveden jasný popis studie?	P	G	F	G	G	G	G	G
2. Úvod a cíle: Bylo k dispozici dobré zázemí a jasné vyjádření cílů výzkumu?	F	G	G	F	G	G	G	G
3. Metoda a údaje: Je metoda vhodná a jasná? vysvětleno?	P	G	G	F	G	G	G	G
4. Odběr vzorků: Byla strategie výběru vzorků vhodná pro řešení cíle?	P	G	NEUPLATŇ UJE SE	F	G	G	G	P
5. Byl popis analýzy dat dostatečně důkladný?	P	G	NEUPLATŇ UJE SE	G	G	G	G	NEUPLATŇ UJE SE
6. Etika a předpojatost: Byly řešeny etické otázky a zda byly řešeny potřebné etické schválení? Byl vztah mezi výzkumnými pracovníky a účastníky byly dostatečně zohledněny?	VP	VP	NEUPLATŇ UJE SE	P	G	G	G	VP
7. Výsledky: Jsou výsledky jasně formulovány?	P	F	NEUPLATŇ UJE SE	G	NEUPLATŇ JE SE	G	G	G
8. Přenositelnost nebo zobecnitelnost: Zda jsou zjištění této studie přenositelná (zobecnitelná) na širší populaci?	P	G	F	F	G	G	G	P
9. Důsledky a užitečnost: Jak důležitá jsou tato zjištění pro politiku a praxi?	P	G	G	F	NEUPLATŇ JE SE	G	G	G
<b>Celkové hodnocení</b>	<b>POOR</b>	<b>DOBRÝ</b>	<b>DOBRÝ</b>	<b>FAIR</b>	<b>DOBRÝ</b>	<b>DOBRÝ</b>	<b>DOBRÝ</b>	<b>DOBRÝ</b>

\*Ohodnoceno jako dobré (G), dobré (F), špatné (P), velmi špatné (VP)

## Charakteristika článku

Charakteristiky zahrnutých článků jsou uvedeny v Tabulka 3. Jeden protokol studie a tři studijní články popisovaly různé aspekty stejné intervence, Programu pro zlepšení přizpůsobení se rezidenčnímu bydlení (PEARL) (Davison et al.,2020 ,2021 ,2022 ; Kelly a spol.,2022 ). Druhý protokol popisuje protokol ošetrovatelské péče založený na důkazech pro sestry z pokročilé praxe pracující v zařízeních péče o seniory (Ryden et al.,1999 ). Zbývající články hodnotily tři různé psychologické intervence: Rezidentní peer poradenství (Scharlach,1988 ); Life Review (Haight et al.,1998 ); a služba duševního zdraví pro starší dospělé (MHSA) (Kotynia-English et al.,2005 ).

Tabulka 3. Charakteristika studie, popis intervencí a výsledků.

Citace	Země	Studovat design	Účastníci	Zásah	Co-design	Frekvence/Doba trvání	Měření výsledku/načasování (T)	Analýza / Výsledky
<u>Scharlach (Citace 1988)</u>	USA	Nerandomizovaná kontrolní studie.	$N = 30$ nově přijatých obyvatel.  Kritéria pro zařazení:  Neuvedeno	Peer podpora a poradenství poskytované stávajícími rezidenty RAC, kteří absolvovali školení o vzájemném poradenství.  Kontrola: Obvyklá péče, žádná zvláštní pozornost.	Ne	Jednotné konzultace do 3 dnů od přijetí.	Observační škála sester pro hodnocení hospitalizovaných pacientů (NOSIE-30)  Lawton-Brody škála fyzických aktivit každodenního života.  T: přijetí + 2 měsíce později.	Skóre NOSIE-30 se zlepšilo u 79 % účastníků intervenční skupiny ve srovnání se 17 % v kontrolní skupině. Žádné rozdíly mezi skupinami ve výsledcích studie.
<u>Haight a kol. (Citace 1998)</u>	USA	Randomizovaná kontrolovaná zkouška	$N = 256$ nově přijatých rezidentů  (do 6 týdnů od přijetí).  Průměrný věk = 80 let	Life Review  Strukturovaná reminiscenční terapie vedená vyškoleným terapeutem Life Review.  Intervence Life Review vedená Eriksonovým rámcem věku člověka.	Ne	1 hodinová sezení Life Review prováděná týdně po dobu 6 týdnů.	Beck Inventář deprese  Škála beznaděje  Beck Škála sebevražedných představ Škála	Významný čas x skupinová interakce po 8 týdnech deprese (zvýhodňující intervenční skupina). Významné rozdíly mezi skupinami po 12 měsících pro deprese, beznaděje a psychickou pohodu ( $p < 0.05$ ; ve prospěch intervenční skupiny). 20% ztráta při sledování po 8 týdnech po testu ( $n = 201$ ), 50% ztráta při sledování po 12 měsících ( $n = 122$ ).

			<p>Kritéria pro zařazení: Bez deprese, měřeno podle plánu diagnostického rozhovoru.</p> <p>Orientováno na osobu, čas, místo podle dotazníku o duševním stavu.</p>	<p>Kontrola: Během období studie obdržel 1 hodinu přátelské návštěvy od terapeutů pro hodnocení života.</p> <p>Přátelští návštěvníci hovořili o zdraví, počasí, televizních pořadech a aktuálním dění.</p>			<p>psychologické pohody</p> <p>Index životní spokojenosti-A</p> <p>Škála sebeúcty</p> <p>T: před intervencí, 8 týdnů a 12 měsíců po intervenci.</p>	
<p><u>Ryden a kol. (Citace1999)</u></p>	USA	Popis případové studie <b>Ošetrovatelský protokol</b>	Nenahlášeno.	<p>Ošetrovatelský protokol zahrnující screening, rozhovor + aktivity na míru vedené pokročilou praktickou sestrou.</p> <p>Protokoly byly upraveny z pokynů pro deprese od Agentury pro výzkum politiky zdravotní péče.</p>	Úkolem rodiny je přizpůsobit aktivity a přizpůsobit místnosti.	Ošetrovatelský protokol administrovaný při přijetí s doporučeným přehodnocením po 3 měsících v péči.	<p>Škála geriatrické deprese</p> <p>Škála morálky geriatrického centra</p> <p>Stupnice hodnocení zjevných emocí</p> <p>T: krátce po přijetí + 3měsíční revize.</p>	Neprovedeno.
<p><u>Kotynia-English a kol. (Citace2005)</u></p>	Austrálie	Randomizovaná kontrolovaná zkouška	N = 106	Včasný screening psychiatrické morbidity a doporučení k externí službě duševního zdraví pro starší dospělé	Ne	Všichni, kteří obdrželi intervenci, byli sledováni až do vyřešení stávající stížnosti, obvykle do 3 měsíců.	Škála geriatrické deprese -15	Žádné významné rozdíly mezi skupinami po 12 měsících pro všechna výsledná měření.

			<p>nově přijatých rezidentů</p> <p>(do 2 týdnů od přijetí).</p> <p>Průměrný věk = 83 let</p> <p>Kritéria pro zařazení: Přítomnost psychiatrické morbidity.</p> <p>Škála geriatrické deprese – 15 skóre &gt; 5.</p> <p>Skóre škály neuropsychiatrického inventáře &gt; 0.</p>	Kontrola: Obdržel standardní péči.		<p>Škála výsledků Health of the Nation pro starší dospělé</p> <p>Mini-mentální vyšetření</p> <p>Neuropsychiatrický inventář</p> <p>T: Výchozí stav (do 2 týdnů od přijetí) + 12měsíční sledování.</p>	22% ztráta do sledování po 12 měsících ( $n = 83$ ).	
<p><u>Davison a kol. (Citace 2020)</u></p>	Austrálie	Protokol klastrové randomizované kontrolované studie	<p><math>N = 308</math> projektovaný vzorek</p> <p>nově přijatých rezidentů</p> <p>(do 4 týdnů od přijetí).</p> <p>Kritéria pro zařazení:</p> <p>Všechny úrovně deprese a osoby bez příznaků deprese.</p> <p>Mírná kognitivní porucha - Mini-Mental State Examination &gt;15,</p>	<p>Program pro zlepšení přizpůsobení bydlení (PEARL);</p> <p>Stručná strukturovaná psychologická intervence založená na teorii sebeurčení.</p> <p>Navrženo tak, aby je dodávali různí vyškolení lékaři.</p> <p>Kontrola: Obvyklá péče nabízená zařízením.</p>	Ne	<p>45 až 60 minutová sezení</p> <p>prováděná týdně.</p> <p>3týdenní</p> <p>„posilovací“ sezení ve 2 a 4 týdnech po poslední relaci PEARL.</p> <p>Celková doba zásahu = 7 týdnů.</p>	<p>Cornellova škála pro depresi u demence</p> <p>Strukturovaný klinický rozhovor pro poruchy DSM-5 – klinická verze (SCID-5-CD) pro velké depresivní poruchy</p> <p>Škála geriatrické úzkosti</p> <p>Kvalita života u Alzheimerovy choroby</p> <p>Škála deprese, úzkosti a stresu-21</p> <p>Index stupnice přizpůsobení přemístění</p>	Neprovedeno.

			anglicky mluvící.				Škála instrumentálních činností každodenního života  Základní potřeby spokojenost v životní škále  Škála důležitosti základních potřeb Škála  smysluplné činnosti v rezidenční péči  Pohled na Škálu relokace  T: Výchozí stav (do 4 týdnů od přijetí) + 1 týden + 2 měsíce + 6 měsíců následovat - nahoru.	
<u>Davison a kol. (Citace2021)</u>	Austrálie	Dvouramenná, paralelní, klastrová randomizovaná kontrolní studie	N = 216  nově přijatých rezidentů  (do 4 týdnů od přijetí).  Průměrný věk = 85 let  Kritéria pro zařazení:	Program pro zlepšení přizpůsobení bydlení (PEARL);  Stručná strukturovaná psychologická intervence založená na teorii sebeurčení.  Navrženo tak, aby je dodávali různí vyškolení lékaři.  Kontrola: Obvyklá péče nabízená zařízením.	Ne	45 až 60 minutová sezení  prováděná týdně.  3týdenní  „posilovací“ sezení ve 2 a 4 týdnech po poslední relaci PEARL. Celková doba zásahu = 7 týdnů.	Cornellova škála pro depresi u demence  T: Výchozí stav (do 4 týdnů od přijetí) + 2 měsíce + 6měsíční sledování.	Významné rozdíly mezi skupinami po 2 měsících pro depresi ( $p < 0,05$ ; ve prospěch intervenční skupiny). Žádné rozdíly po 6 měsících.  26% ztráta na sledování po 6 měsících ( $n = 159$ )

			<p>Všechny úrovně deprese a osoby bez příznaků deprese.</p> <p>Mírná kognitivní porucha - Mini-Mental State Examination &gt;15,</p> <p>anglicky mluvící,</p> <p>Bez předchozího bydliště v pečovatelském domě.</p>					
<p><u>Davison a kol. (Citace 2022)</u></p>	<p>Austrálie</p>	<p>Dvouramenná, paralelní, klastrová randomizovaná kontrolní studie</p>	<p><math>N = 216</math></p> <p>nově přijatých rezidentů</p>	<p>Program pro zlepšení přizpůsobení bydlení (PEARL);</p> <p>Stručná strukturovaná psychologická intervence založená na teorii sebeurčení.</p>	<p>Ne</p>	<p>45 až 60 minutová sezení</p> <p>prováděná týdně.</p>	<p>Geriatric Anxiety Inventory</p> <p>Quality of Life (QOL) in Alzheimer's Disease</p>	<p>Významná interakce čas x skupina po 2 měsících (skupina zvýhodňující intervence) na přizpůsobení a QOL. Žádné významné rozdíly mezi skupinami pro úzkost po 6 měsících. Významný čas x skupinová interakce po 6 měsících (upřednostňující intervenční skupina) na úzkosti a QOL.</p>



			(do 4 týdnů od přijetí).	Navrženo tak, aby je dodávali různí vyškolení lékaři.	3týdenní	Index of Relocation Adjustment Scale	V žádném časovém bodě nebyly pozorovány žádné rozdíly ve skóre stresu. V analýzách podskupin se výsledky intervence významně změnily během sledovaného období pro skóre přizpůsobení ( $p < 0,001$ ), úzkost ( $p < 0,001$ ) a kvalitu života ( $p = 0,006$ ); v kontrolní skupině nebyly v průběhu času pozorovány žádné rozdíly ve skóre stupnice.
			Průměrný věk = 85 let	Kontrola: Obvyklá péče nabízená zařízením.	„posilovací“ sezení ve 2 a 4 týdnech po poslední relaci PEARL.	Depression, Anxiety and Stress Scale-21	
			Kritéria pro zařazení:		Celková doba zásahu = 7 týdnů.	T: Baseline (do 4 týdnů od přijetí) + 2 měsíce + 6měsíční sledování.	
			Všechny úrovně deprese a osoby bez příznaků deprese.				
			Mírná kognitivní porucha - Mini-Mental State Examination >15,				
			anglicky mluvící,				
			Bez předchozího bydliště v pečovatelském domě.				

<p>Kelly a kol. (Citace2022)</p>	<p>Austrálie</p>	<p>Popisná případová studie</p>	<p>N = 3 nově přijatí rezidenti  (do 5 týdnů od přijetí).  Kritéria pro zařazení:  Všechny úrovně deprese a osoby bez příznaků deprese.  Mírná kognitivní porucha - Mini-Mental State Examination &gt;15,  anglicky mluvící,  Bez předchozího bydliště v pečovatelském domě.</p>	<p>Program pro zlepšení přizpůsobení rezidenčnímu bydlení (PEARL).  Dodává vyškolený klinický duševního zdraví s použitím klinické příručky. Sezení strukturovaná kolem teorie seburčení.</p>	<p>Ne</p>	<p>Sekce 1: Zaměření na psychologickou potřebu sociální příbuznosti; Seminář 2: Zaměření na kompetence prostřednictvím smysluplných činností; Sekce 3: Posílení autonomie obyvatel.  Booster 1: Role klíčového zaměstnance při podpoře cílů; Booster 2: zkontrolujte a oslavte úspěchy.</p>	<p>Nenahlášeno.</p>	<p>Pečovatelský personál oceňoval psychologický přínos a vzdělávání týkající se duševního zdraví starších dospělých, ale zvláště oceňoval intervence, které byly praktické a mohly být dlouhodobě podporovány.</p>
----------------------------------	------------------	---------------------------------	--	---	-----------	---	---------------------	--

Návrhy studií používané k hodnocení intervencí se pohybovaly od velkých multicentrických randomizovaných kontrolovaných studií (Davison et al.,2021 ,2022 ; Haight a spol.,1998 ; Kotynia-English a kol.,2005 ) k návrhům malých nerandomizovaných studií s jedním centrem (Scharlach,1988 ). Protokol ošetrovatelské péče od Rydena et al. (1999 ) byl teoretický a nebyl hodnocen z hlediska proveditelnosti nebo účinnosti. Mezi pěti články, které hodnotily účinnost intervence, se velikost vzorku pohybovala od 30 do 216 účastníků; zahrnovaly účastníky s různou úrovní poznání; a uvedly průměrné věkové rozmezí účastníků mezi 79 a 84 lety.

Načasování implementace intervence se pohybovalo mezi třemi dny až šesti týdny po přemístění s následným sledováním mezi jedním až osmi týdny v krátkodobém horizontu a šesti až 12 měsíci v dlouhodobém horizontu (Davison et al.,2021 ,2022 ; Haight a spol.,1998 ; Kotynia-English a kol.,2005 ; Scharlach,1988 ). Pokud jde o měření příznaků psychické tísně, byly k měření účinnosti intervence nejčastěji používány heterogenní škály deprese (pre-test/post-test) nebo byly zahrnuty jako součást screeningu jako součást plánu péče klienta (Davison et al.,2021 ; Haight a spol.,1998 ; Kotynia-English a kol., 2005 ; Ryden a spol.,1999 ).

### **Charakteristiky zásahu**

Všechny intervence byly nefarmakologické povahy, zahrnovaly spíše individuální než skupinové interakce a byly zaměřeny na podporu psychického přizpůsobení klienta životu v zařízení pro seniory. Pokud jde o návrh intervencí, dvě (PEARL a Life Review) byly podloženy teoretickými rámci (Davison et al.,2021 ; Haight a spol.,1998 ). Žádné intervence nebyly výslovně popsány jako společně navržené se vstupy starších lidí nebo personálu zařízení pro seniory.

Intervence PEARL navržená Davisonem a kolegy zahrnovala pět (45–60 minut) diskuzí s psychologem (Davison et al.,2020 , 2021 , 2022 ; Kelly a spol., 2022 ). Strukturované diskuse zaměřené na posílení autonomie, kompetence a sociálních vztahů jednotlivých rezidentů. Krátká intervence zahrnovala diskuse po dobu tří po sobě jdoucích týdnů, přičemž dva navazující „posilující“ diskusní sezení proběhly dva a čtyři týdny po třetím sezení (Davison et al.,2020 ; Kelly a spol.,2022 ). Deprese, měřená pomocí Cornellovy škály pro depresi u demence, poklesla dva měsíce po intervenci, přičemž pokles byl významně větší v léčené skupině ve srovnání s kontrolní skupinou (Davison et al.,2021 ). Tento rozdíl nebyl patrný mezi výchozí hodnotou a sledováním čtyři měsíce po intervenci; při čtyřměsíčním sledování však léčebná skupina dosáhla signifikantně nižšího skóre než kontrolní skupina, pokud jde o úzkost, hodnocenou pomocí inventáře geriatrické úzkosti. Výsledky ukázaly, že kvalita života a přizpůsobení se zařízení péče o seniory se v průběhu času významně zvýšily u intervenční skupiny, ale nikoli u kontrolní skupiny (Davison et al.,2022 ).

Kotynia-English a kol. (2005 ) hodnotili vliv včasného doporučení rezidenta (prověřeného do dvou týdnů od přijetí) do externí služby duševního zdraví pro starší dospělé (MHSA) na výsledky duševního zdraví hodnocené po 12 měsících. Noví obyvatelé byli vyšetřeni na psychiatrickou morbiditu pomocí škály geriatrické deprese, škály výsledků zdraví národa pro starší dospělé, mini-mentálního vyšetření a neuropsychiatrického inventáře. Účastníci, u nichž se mělo za to, že mají psychiatrickou morbiditu a byli randomizováni do intervenční skupiny, byli odesláni do MHSA k dalšímu přezkoumání a sledování. Nebyly poskytnuty žádné další informace týkající se intervence MHSA, pokud jde o použité terapie nebo načasování a trvání implementovaných terapií. Nebyly pozorovány žádné významné rozdíly mezi těmi, kteří dostávali intervenci MHSA a těmi, kteří dostávali obvyklou péči

založenou na zařízení, u všech ukazatelů výsledku po 12 měsících (Kotynia-English et al.,2005 ).

Intervence Life Review, zkoušená Haightem a kol. (1998 ), byla popsána jako forma strukturované reminiscenční terapie zaměřené na prevenci zoufalství a podporu integrity (měřené životní spokojeností, sebeúctou a psychickou pohodou) mezi nově přestěhovanými seniory, kteří byli do šesti týdnů od přemístění. Life Review je založeno na předpokladu, že přechod k péči o seniory je u mnoha starších lidí vnímán jako krize a může je přimět k tomu, aby znovu přezkoumali svůj život, přičemž implementace strukturované intervence life review může podporovat psychickou pohodu a pomáhat rezidentům. Úprava po přemístění (Haight et al.,1998 ). Intervence byla provedena individuálně vyškolenými terapeutky a podávána v 60minutových sezeních po dobu šesti týdnů. Pomocí strukturovaného formátu provede Life Review účastníky dětstvím, dospíváním a dospělostí, aby zhodnotili život, který žili, aby přijali současné okolnosti a zabránili špatnému přizpůsobení se životu v rezidenční péči pro seniory. Účastníci intervenční skupiny prokázali významný pokles symptomů deprese (měřeno pomocí Beck Depression Inventory) po osmitýdenním a 12měsíčním sledování. Kontrolní skupina také prokázala pokles symptomů deprese po 12 měsících. Průměrné skóre deprese bylo významně vyšší u pacientů v léčené skupině ve srovnání s kontrolní skupinou. Účastníci, kteří obdrželi intervenci Life Review, uváděli významně vyšší úroveň životní spokojenosti a psychické pohody a významně nižší úroveň beznaděje než kontrolní skupina po 12 měsících sledování (Haight et al.,1998 ).

Scharlach (1988 ) provedli malou pilotní studii k vyhodnocení intervence peer poradenství navrženou ke zlepšení sociálního přizpůsobení a fyzického fungování nově přijatým rezidentům. Peer poradci byli zainteresovaní obyvatelé zařízení, kteří absolvovali osmitýdenní školení strukturovaného peer poradenství. Každého druhého nově přijatého rezidenta ( $n = 14$ ) v průběhu dvou měsíců navštívil peer poradce, který se pokusil zapojit do rozhovoru a do tří dnů po přesídlení poskytl nový list s informacemi o rezidentovi (Scharlach,1988 ). Nebyly poskytnuty žádné informace o následných návštěvách. Výsledky naznačují, že sociální přizpůsobení (měřené pomocí škály Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation-30) se po intervenci zlepšilo skóre u 79 % účastníků v intervenční skupině ve srovnání s pouhými 17 % v kontrolní skupině (Scharlach,1988 ).

Konečně, Ryden a kol. (1999 ) popsali pokročilý praktický ošetrovatelský protokol určený k prevenci deprese u nově přijatých rezidentů a k poskytnutí včasné intervence novým rezidentům se stávající diagnózou deprese. Protokol byl upraven z pokynů pro depresi Agenturou pro výzkum politiky zdravotní péče v Americe. Protokol byl ilustrován pomocí vývojového diagramu, který zahrnoval počáteční screening deprese ke stanovení rizika, po kterém následoval komplexní přijímací pohovor, aby se zjistilo, jak nový klient osobně vnímá vstup do rezidenční péče pro seniory. Pro ty, kteří byli vyšetřeni jako „v riziku“ deprese, byly po rozhovoru vypracovány individuální plány

péče, aby se podpořilo sebevědomí rezidentů prostřednictvím přizpůsobených aktivit a interakcí mezi personálem a rezidentem. Před implementací plánu péče byly rodiny (pokud byly k dispozici) vyzvány, aby přizpůsobily pokoje seniorovým majetkem a poskytly další biografické informace. U pacientů s existující depresí byla konzultace vedena s jejich rodinou, poskytovatelem primární péče a poskytovatelem psychiatrické péče, s ohledem na režimy farmakologické léčby, aby byl klient před implementací informován o plánu péče na míru. Nebylo provedeno žádné hodnocení protokolu, nicméně byla poskytnuta teoretická případová studie ilustrující protokol (Ryden et al.,1999 ).

## Diskuse

Pokud je nám známo, jedná se o první systematické hodnocení rozsahu provedené za účelem identifikování psychologických intervencí určených ke snížení stresu z přemístění u starších osob při přechodu do trvalé rezidenční péče pro seniory. Navzdory důkladnému prohledávání literatury tento přehled nenašel žádné intervence prováděné během pre nebo střední přechodové fáze (tj. předtím, než se starší osoba přesune do rezidenční péče pro seniory). Všechny identifikované intervence byly realizovány během prvních tří měsíců po přemístění, z nichž čtyři byly vyhodnoceny. S ohledem na to, že proces přechodu do rezidenční péče o seniory je uznáván jako stresující zkušenost a významná životní událost; je překvapující zjištění absence intervencí usilujících o zmírnění stresu z přemísťování před přechodem člověka. To představuje významnou mezeru v literatuře a představuje příležitost pro návrh a vývoj intervencí, které by mohly být implementovány dříve v přechodové cestě. Vzhledem k tomu, že problémy s duševním zdravím neúměrně ovlivňují starší lidi, kteří pobývají v rezidenční péči pro seniory (Amare et al.,2020 ; Kationty a spol.,2022 ) by zvýšená podpora během období před a uprostřed přechodu mohla potenciálně přispět ke snížení psychického stresu u této populace, což by ovlivnilo celkový úspěch procesu přechodu. Zasahováním v rané fázi existuje potenciál pro hladší a adaptivnější přizpůsobení se pobytu v péči o seniory, což vede ke zlepšení kvality života a potenciálnímu snížení příznaků deprese a úzkosti u starších lidí, jakmile se přemístí.

Ze čtyř hodnocených intervencí jsme pozorovali různé úrovně účinnosti intervence pro snížení psychického stresu. Výsledky intervence měly tendenci být přínosné v krátkodobém horizontu, s dlouhodobými přínosy neprůkaznými. Například intervence PEARL od Davisona a spol. (2021 ) prokázala účinnost při snižování symptomů deprese po dvou měsících, ale ne po šesti měsících. Na rozdíl od toho bylo zjištěno, že intervence byla účinná při snižování symptomů úzkosti po šesti měsících (Davison et al.,2022 ). Kotynia-English a kol. (2005 ) nezjistili při 12měsíčním sledování žádný přínos jejich intervence v žádném případě, včetně depresivních symptomů. Haight a kol. (1998 ) našli výhody své intervence u několika výsledků včetně

depresivních symptomů po 12 měsících, ale to platilo pro pacienty v léčebné a kontrolní skupině.

Tato zjištění naznačují, že zatímco včasné intervence po přemístění mohou být přínosné, pro dlouhodobější redukci symptomů může být nutné zvážit další strategie. To může zahrnovat potřebu intervencí delšího trvání nebo nových intervencí provedených po počáteční tříměsíční fázi po přemístění. Je potřeba vyvinout a implementovat intervence zaměřené na snížení psychického utrpení, zejména depresivních symptomů, u klientů, kteří jsou v péči 6 měsíců nebo déle. Takové intervence se budou muset zaměřit na faktory po přemístění, které vstupují do hry, jakmile je starší dospělý nějakou dobu v rezidenční péči pro seniory. Fáze po přechodu se může skládat z dílčích fází, počáteční fáze přemístění a alespoň jedné další fáze, která začíná po počátečním období usazování. Je pravděpodobné, že intervence budou muset být naladěny na tyto odlišné fáze procesu po přechodu, aby se změnil pocit ztráty rezidentů a vytvořily se nové, smysluplné vztahy, jakmile se usadí v rezidenční péči.

Souhrnně recenzované články nabízejí užitečné poznatky pro budoucí návrh intervence a implementaci pokusů, zejména v prostředí rezidenční péče o seniory. Jak intervence PEARL, tak Life Review využívaly individualizované přístupy před skupinovými přístupy, poskytované kvalifikovanými odborníky (Davison et al.,2022 ; Haight a spol.,1998 ). I když jsou takoví kvalifikovaní odborníci zběhlí v poskytování těchto typů intervencí, jejich dlouhodobá proveditelnost a udržitelnost v prostředí péče vyžaduje pečlivé zvážení. K dnešnímu dni byly identifikovány významné překážky s poskytováním profesionálních služeb duševního zdraví v rezidenčních zařízeních péče o seniory, včetně nedostatku profesionálně kvalifikovaného personálu, vyškoleného k identifikaci a léčbě stavů duševního zdraví (Cations et al.,2022 ). Kromě problémy s pracovní silou, včetně vysokého pracovního zatížení zaměstnanců a vysoké fluktuace zaměstnanců, jak uvádí Davison et al. (2022 ) zvyšuje se složitost provádění udržitelné intervence. V reakci na tyto organizační bariéry se intervence Life Review ukazuje jako slibné řešení.

Life Review, forma strukturované reminiscenční terapie, hodnocená Haightem a kol. (1998 ) prokázal přínos pro snížení symptomů deprese. Reminiscence je forma psychoterapie využívaná k vybavování si minulých vzpomínek, pocitů a myšlenek, aby se usnadnilo potěšení a přizpůsobení se současným okolnostem (Liu et al.,2021 ). Systematický přehled randomizovaných kontrolovaných studií od Liu et al. (2021 ) zkoumal účinnost reminiscenční terapie (skupinové nebo individuální) pro zmírnění symptomů deprese u starších dospělých. Z metaanalýzy deseti zahrnutých studií bylo pozorováno, že reminiscenční terapie ve srovnání s obvyklou péčí významně snižuje příznaky deprese. Zajímavé je, že osm z recenzovaných studií využívalo skupinovou reminiscenční terapii a pouze dvě studie využívaly individuální terapii. Zatímco analýza podskupin prokázala statisticky významné snížení deprese u skupinové a individuální terapie, skupinová terapie byla navržena jako méně náročná na zdroje a



nákladově efektivnější než individuální terapie (Liu et al.,2021 ). Vzhledem k současnému nedostatku personálu pečovatelského zařízení vyškoleného k řízení komplexních potřeb duševního zdraví starších lidí by se ke zmírnění těchto problémů pracovní síly mohly použít skupinové terapie, které by přitom měly pozitivní vliv na duševní zdraví rezidentů.

Jednou intervencí, která by mohla být provedena ke snížení příznaků úzkosti, která nevyžaduje trvalou profesionální psychologickou podporu, je peer poradenství (Pfeiffer et al.,2011 ; Seeley a kol.,2017 ). Zatímco studie vzájemného poradenství od Scharlacha (1988 ) nebyla schopna prokázat zobecnitelné výsledky, intervence s nízkou intenzitou, jako je podpora vrstevníků, se objevují jako neformální přístupy kognitivně behaviorální terapie, které jsou slibné pro snížení deprese u starších dospělých, zejména tam, kde je přístup k profesionálním službám duševního zdraví vzácný nebo nákladný (Pfeiffer et spol.,2011 ; Seeley a kol.,2017 ).

Peer podpora je popsána jako jednosměrná podpora poskytovaná mentorem nebo zkušenějším peerem začínajícímu vrstevníkovi a může být poskytována ve skupinách nebo párech, osobně, po telefonu nebo *prostřednictvím* internetových videokonferencí (Pfeiffer et al.,2011 ; Seeley a kol.,2017 ). Mechanismy intervencí kolegiální podpory jsou v tomto kontextu zaměřeny na snížení izolace, kterou zažívají lidé s problémy v oblasti duševního zdraví, snížení dopadu stresorů, sdílení informací o zdraví a sebeřízení a pozitivní modelování rolí (Seeley et al.,2017 ). Jak ukázal Scharlach (1988 ), když je peer podpora implementována v prostředí péče o seniory, může mít pozitivní psychologické účinky jak na peer poradce, tak na nově přestěhované obyvatele. K jeho potenciálu přispěla metaanalýza sedmi intervenčních studií peer support mezi dospělou populací s depresí, která identifikovala střední účinek na snížení symptomů deprese u těch, kteří dostávají peer podporu, ve srovnání s obvyklou péčí (Pfeiffer et al.,2011 ). Zatímco nízké náklady a snadná implementace navrhovaná intervencemi kolegiální podpory činí tyto strategie proveditelné v prostředí péče o seniory, je třeba zvážit určité problémy. V souladu se zjištěními z implementace peer poradců Scharlachem (1988 ), přítomnost rezidentního kognitivního poškození může bránit jejich schopnosti zapojit se do zamýšlené intervence.

Vzhledem k mnohostranným výzvám spojeným s řešením stresu z přemísťování během přechodné cesty roste podpora metod společného navrhování při vývoji a provádění intervencí. Metodologie společného návrhu zahrnuje spolupráci různorodé skupiny zúčastněných stran (Bate & Robert,2007 ). V kontextu tohoto přehledu to může zahrnovat starší lidi, kteří přecházejí do rezidenční péče pro seniory nebo v ní pobývají, rodinné příslušníky, personál pečovatelských zařízení a výzkumníky, kteří se spojí, aby navrhli, provedli a vyhodnotili intervenci. Ačkoli žádné studie zahrnuté v tomto přehledu neaplikovaly metodiky společného navrhování, přelomový průzkum (Královská komise) týkající se kvality a bezpečnosti péče o seniory v Austrálii, zdůraznil potřebu transformace v celém odvětví a obhajoval upřednostňování přístupů společného navrhování pro hodnocení nových a

inovativních modelů péče a řešení (Australské společenství,2021 ). Nedávný přehled o rozsahu metodologií používaných se staršími lidmi od Cowdella a kol. (2022 ) zdůraznilo 48 intervencí, z nichž pět zahrnovalo účast starších lidí žijících v zařízeních rezidenční péče pro seniory. Metodologie, jako je spoludesign založený na participativní zkušenosti (Bate & Robert,2007 ; Mulvale a kol.,2016 ), jsou výzkumné metodiky zaměřené na uživatele, které poskytují rámec pro podporu aktivní účasti mnoha různých zúčastněných stran při navrhování a hodnocení intervencí. Tyto metody zajišťují, že intervence jsou navrženy s těmi, kteří jsou nejvíce ovlivněni jejich prováděním, a nejsou jim vnucovány (Bate & Robert,2007 ; Mulvale a kol.,2016 ).

## Omezení

Všechny studie zahrnuté v tomto přehledu byly provedeny buď v Austrálii nebo ve Spojených státech amerických, potenciálně ovlivněné omezením, které zahrnuje použití pouze publikací v anglickém jazyce. I když byly poskytnuty některé informace popisující neurokulturní a jazykovou rozmanitost zkoumaných vzorků, nenašli jsme žádný odkaz na použití přizpůsobených nástrojů nebo procesů na podporu začlenění osob s omezenou anglickou gramotností. Tato omezení souvisejí s metodologickými problémy velikosti vzorku a opotřebení, protože hodnocení účinnosti intervence u heterogenních podskupin bylo hodnoceno jen omezeně. Pozoruhodné je, že zjištění ze studie PEARL naznačovala různou účinnost mezi podskupinami, přičemž intervence se ukázala jako účinnější u jedinců bez kognitivních poruch. Kromě toho, zatímco výchozí hlavní depresivní porucha byla hodnocena deskriptivně, komplexní posouzení přizpůsobené účinnosti pro různé podskupiny zůstává nepolapitelné (Davison et al.,2021 ). Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na uplatnění přístupů společného návrhu, které využívají smíšené metody sběru dat k posouzení relevance a účinnosti intervence napříč různými demografickými skupinami. To je zvláště důležité, protože spoléhání se na randomizované kontrolní studie, které vyžadují značné multiinstitucionální zapojení k dosažení adekvátní velikosti vzorku, nemusí zachytit nuance dopadu intervence a existující rozdíly. Zejména ve světle značné míry opotřebení, se kterou se setkáváme při hodnocení dlouhodobých výsledků.

## Závěr

Tato studie provedla komplexní přehled publikované literatury s cílem identifikovat intervence zaměřené na snížení psychické tísně u starších dospělých přecházejících do rezidenční péče. Přehled nenalezl žádné intervence zaměřené na podporu starších lidí před přestěhováním do rezidenční péče. Všechny identifikované intervence byly realizovány během prvních tří měsíců po přemístění. Absence intervencí realizovaných během před a střední přechodové fáze představuje mezeru v literatuře a naznačuje příležitost pro dřívější intervenci. Z mála identifikovaných intervencí, které byly přezkoumány, některé přinesly krátkodobé psychologické přínosy, přičemž dlouhodobé přínosy implementace v rané fázi po přemístění byly neprůkazné.

Upřednostnění společného navrhování a hodnocení budoucích psychologických intervencí naladěných na různé fáze přechodové cesty může být určitým způsobem, jak překonat mnohostranné problémy spojené s přechodem na rezidenční péči o seniory, a může snížit stres z přemísťování a zlepšit kvalitu života starších lidí.

Zpracovala: Jana Nováčková, K 18