

Ošetrovateľská kazuistika u pacienta s geriatrickým maladaptáčným syndrómom (GMS)

Andrea Šuličová¹
Tatiana Šantová²
Lubomíra Lizáková³
Zuzana Novotná⁴
Jana Cinová⁵
Lubica Derňarová⁶
Andrea Obročníková⁷

- ¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Partizánska 1, 08001 Prešov, andrea.sulicova@unipo.sk
² Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Partizánska 1, 08001 Prešov, tatiana.santova@unipo.sk
³ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Partizánska 1, 08001 Prešov, lubomira.lizakova@unipo.sk
⁴ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Partizánska 1, 08001, Prešov zuzana.novotna@unipo.sk
⁵ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Partizánska 1, 08001 Prešov, jana.cinova@unipo.sk
⁶ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Partizánska 1, 08001 Prešov, lubica.dernarova@unipo.sk
⁷ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Partizánska 1, 08001 Prešov, andrea.obrocnikova@unipo.sk

Grant: K-19-108-201-01

Název grantu: Multimediálny simulátor plánovania a overovania ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom ošetrovateľských kazuistík

Projekt č. 031PU-4/2019

Oborové zamčrenie: FQ - Veřejné zdravotníctví, sociální lékařství

© GRANT Journal, MAGNANIMITAS Assn.

Abstrakt Geriatrický maladaptáčný syndróm je klinický prejav zlyhania adaptácie vo vyššom veku. Etiológiou adaptáčného zlyhania je chronický stres, pričom stresory môžu byť biologické, psychické a sociálne, napr. zhoršenie zdravotného stavu, ovdovenie, presťahovanie do zariadenia pre seniorov. Prejavuje sa patologickými zmenami v somatickej a psychickej oblasti. Na príklade konkrétneho pacienta popisujeme priebeh a komplikácie adaptácie seniora v ústavnej starostlivosti.

Kľúčová slova Geriatrický maladaptáčný syndróm, adaptácia, senior, kazuistika

1. CHRAKTERISTIKA GERIATRICKÉHO MALADAPTAČNÉHO SYNDRÓMU (GMS)

Osoba v ošetrovateľskom chápaní je biopsychosociálna bytosť s nepretržitými vzťahmi a meniacim sa prostredím. Podľa Royovej je osoba ako prijímateľ ošetrovateľskej starostlivosti adaptáčný systém s vnútornými procesmi. Zdravie pokladá za stav a proces, odraz adaptácie s prostredím, t.j.interakcie s prostredím. Meniace sa prostredie stimuluje adaptáčné reakcie človeka (1). Na základe vysoko vyvinutého nervového systému a intelektu môže človek využívať zvyčajne niekoľko alternatívnych adaptačných mechanizmov. Zvlášť významné sú rozdiely medzi reakciami organizmu na udalosť, ktoré ohrozujú fyzickú integritu jedinca a tými, ktoré ohrozujú jeho psychosociálnu integritu. Narušenie psychologických procesov nie je regulované s rovnakým stupňom špecifity a spätnoväzobnej kontroly. Preto výsledok pôsobenia psychologických stresorov môže byť neprimeraný a maladaptáčný

(2). Podľa pôvodnej Selyeho teórie sa môžu neprimerané adaptačné reakcie podieľať na vzniku viacerých chorôb (3). Adaptácia umožňuje organizmu vytvoriť novú rovnováhu aj keď naň pôsobí stresor, ktorý túto rovnováhu narušuje. Prostriedky použité na dosiahnutie tejto rovnováhy sa označujú ako vyrovnávacie stratégie (coping strategies) alebo vyrovnávacie adaptačné mechanizmy. Adaptačné mechanizmy sú behaviorálne a emočné reakcie, využívané na zvládnutie ohrozenia fyziologických a psychologických aspektov homeostázy. Fyziologická rezerva, čas, genetická výbava, vek, zdravotný stav, cyklus spánok-bdenie, vnútorná odolnosť a psychosociálne faktory ovplyvňujú to, ako jedinec stresor posudzuje a tiež aký mechanizmus na zvládnutie použije v rámci adaptácie na pôsobiacu situáciu (2,3).

Prijatie seniora do zariadenia sociálnej starostlivosti predstavuje pre klienta výrazne záťažovú situáciu, ktorá mu radikálne mení súčasný zabehnutý životný štýl a núti ho k výraznej zmene doterajších zvykov. Veľkú úlohu tu má jeho adaptačná kapacita – „je to schopnosť jedinca vysporiadať sa s problémami, prispôbiť sa im, riešiť ich a zvládať nové situácie. Je individuálna, závisí od mnohých faktorov, vrátane genetickej výbavy, vývoja jedinca a jeho osobnostnej štruktúry“ (4).

V období staroby za prítomnosti rizikových faktorov môže vzniknúť klinický prejav zlyhania adaptácie, ide o tzv. „geriatrický maladaptáčný syndróm“. Pôvodcom vzniku geriatrického maladaptáčného syndrómu je chronický stres. Stresor syndrómu je obvykle psychosociálny, vznikajúci napríklad z hospitalizácie a zmeny bydliska, ktorý sa klinicky prejaví v kardiovaskulárnom systéme, imunitnom systéme, psychickou poruchou a môže sa prejavíť ohrozením zdravia a života seniora (5).

1.1 Príčiny vzniku a klinický priebeh GMS

Rizikovými faktormi geriatrického maladaptívneho syndrómu sú faktory psychické, sociálne alebo biologické.

Medzi psychické riziká patria: stavy zmätenosti, duševná choroba, pasívny postoj k životu, submisívny typ osobnosti.

Medzi sociálne riziká patria: strata sebestačnosti, hrozba vzniku odkázanosti, osamelosť, strata partnera, život v izolácii, nízky príjem, hrozba inštitucionalizácie, zmena bydliska, zmena životného štýlu, zrušenie platných hodnôt, strata programu.

Medzi biologické riziká patria: vysoký vek, ťažká choroba, imobilita, inkontinencia.

Klinický obraz a priebeh

Geriatrický maladaptívny syndróm sa manifestuje patologickými zmenami v somatickej a psychickej oblasti. Obvykle má nasledujúci klinický priebeh:

1. Fáza vzniku syndrómu - prebieha s úzkostnými stavmi, pithiatickými reakciami (ľahko ovplyvniteľné správanie), agraváciou somatických ťažkostí a orgánovou dekompenzáciou.
2. Fáza rozvoja syndrómu - sa prejavuje úzkostnými a depresívnymi reakciami, hostilitou, agresivitou, abúliou (príznak patologickej poruchy psychickej regulácie činnosti - prejavuje sa ako nedostatok podnetov k činnosti, ako neschopnosť až ľahostajnosť jedinca rozhodovať sa a správne konať napriek tomu, že si uvedomuje nevyhnutnosť tejto činnosti) a apatiou, samovražednými tendenciami, kardiovaskulárnym zlyhaním, infarktomyokardu, náhlou cievnou mozgovou príhodou, pneumóniou, uroinfekciou.
3. Následná fáza adaptačnej reakcie - pri priaznivom priebehu ide o doznievajúci stres s postupnou úpravou ťažkostí. Pri nepriaznivom priebehu dochádza k postupnému zlyhaniu adaptácie s rezignáciou, sociálnou dezintegráciou osobnosti, suicidálnymi tendenciami a orgánovej dekompenzáciou (6).

1.2 Diagnostika a liečba GMS

Funkčné geriatrické vyšetrenie je komplexné zhodnotenie zdravotného stavu seniora, ktoré je doplnené posudzovaním fyzickej výkonnosti a sebestačnosti, ale aj zhodnotenie psychických funkcií v súvislosti s jeho sociálnou situáciou. Zameriava sa na špecifické potreby rizikových seniorov, ktorí pre klinické postihnutie a stratenú alebo ohrozenú sebestačnosť vyžadujú individuálny prístup a starostlivosť. Cieľom geriatrického asesmentu je posúdiť zdravotný a funkčný stav seniora, zistiť možnosti jeho zlepšenia a možnosti jeho rodiny a následne vypracovať optimálny spôsob starostlivosti. Vhodné testy na zhodnotenie sebestačnosti sú: Test inštrumentálnych denných činností (I-ADL), hodnotíme komplexne celkový funkčný stav aj schopnosť vykonávať konkrétne činnosti v prostredí, v ktorom pacient žije. Test denných sebaobslužných činností (ADL), ktorý zahŕňa zhodnotenie schopnosti prevádzkať šesť bežných činností spojených so samoobsluhou a mobilitou. Pre zhodnotenie mentálnych funkcií seniora sa používajú najčastejšie testy: MMSE (Mini Mental State Exam) a GDS -Škála depresie pre geriatrických pacientov (7).

Súčasťou posudzovania je získať informácie o osobnosti seniora, jeho životnom štýle, postoj k životu a motivácii (8). Zaujíma sa o sociálnu anamnézu, ktorú v rozšírenej forme nazývame „perignóza“. V nej sa zameriavame na:

Sociálne vzťahy
Sociálnu patológiu

Sociálne úlohy

Životný program

Bývanie

Sebestačnosť

Čerpanie sociálnych dávok (9).

Liečba

Kauzálna terapia nie je možná, pretože nevieme ovplyvniť adaptačné mechanizmy.

Prevenencia

Spočíva v odstránení rizikových faktorov, včasnej diagnostike a liečbe prítomných chorôb, starostlivosti o psychické zdravie, napr. liečba depresie a v ovplyvnení negatívnych sociálnych faktorov. Geriatrický maladaptívny syndróm je typickým ochorením staršieho veku s výrazným zdravotno-sociálnym charakterom a dôsledkami. Znižuje kvalitu života, ovplyvňuje morbiditu a mortalitu a zvyšuje tým náklady na starostlivosť o starých ľudí. K prevencii a liečbe je potrebná tímová práca odborníkov a spolupráca príbuzných a okolia seniora.

2. OŠETROVATEĽSKÁ KAZUISTIKA U SENIORA S GMS

V uvedenej ošetrovateľskej kazuistike opisujeme prípad 78 - ročného pacienta, ktorý bol prijatý na oddelenie dlhodobých chorých dňa pre celkovú slabosť, nechutenstvo, sťaženie chôdzu a bolesti chrbta, zosťrené dýchanie a kašeľ. Pacient je vdovec, starobný dôchodca. Býva so svojou dcérou a jej rodinou v rodinnom dome, s ktorou má veľmi úzky citový vzťah. V roku 2010 bol u neho zistený diabetes mellitus, toho času odmietal aplikáciu inzulínu. V súčasnosti si už inzulín aplikuje bez odmietania. Od roku 2013 je dispenzarizovaný na onkologickej ambulancii. 31. 8. 2015 bola vykonaná operácia chrbtice v drierkovej oblasti, kde bol zistený histologicky verifikovaný malígny melanóm. V roku 2016 prekonal NCMP, v dôsledku čoho má problémy s chôdzou, típne mu pravá dolná končatina a nepostaví sa na pravú pätú. Následne bol diagnostikovaný vaskulárny Parkinsonov syndróm, ktorý sa prejavuje trasením horných končatín. Kvôli depresívnemu syndrómu užíva antidepresíva. V minulosti sa u neho neprejavil geriatrický maladaptívny syndróm, až počas hospitalizácie na oddelení dlhodobých chorých. Priebeh syndrómu opisujeme v katamnéze tejto kazuistiky, kde informácie boli získané z dokumentácie, pozorovania a rozhovoru s pacientom a jeho dcérou.

2.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Otec sa liečil 10 rokov na DM. Keď mal 56 rokov zomrel na infarkt myokardu. Matka pacienta zomrela ako 69-ročná na rakovinu prsníka. Ani u jedného z rodičov sa neprejavili psychiatrické problémy. Mal 2 bratov. Jeden zomrel ako 46-ročný po prekonaní náhlej cievnnej mozgovej príhody a druhý zomrel ako 43-ročný, nevie udať dôvod. Pacient má 1 dcéru, ktorá je zdravá, vydatá, má 2 deti a pracuje ako zdravotná sestra.

Osobná anamnéza

V roku 2010 bol u neho zistený diabetes mellitus, po ordinácii lekára odmietal aplikáciu inzulínu. V súčasnosti si inzulín aplikuje sám alebo s pomocou dcéry. Pacient je od roku 2013 sledovaný na onkologickej ambulancii. 31. 8. 2015 absolvoval operáciu chrbtice v drierkovej oblasti, kde bol zistený histologicky verifikovaný malígny melanóm. V roku 2016 prekonal náhlou cievnou mozgovú príhodu, od vtedy má problémy s chôdzou, típne mu pravá dolná končatina a nepostaví sa na pravú pätú. Má diagnostikovaný

vaskulárny parkinsonov syndróm, ktorý sa u neho prejavuje trasením horných končatín. Podávajú sa mu psychiatrické lieky pri liečbe depresívneho syndrómu. 6 rokov sa lieči na vysoký krvný tlak. Iné ochorenia a operácie okrem uvedených neudáva.

Farmakologická anamnéza

Pacient pravidelne užíva tieto lieky: Eliquis, Valzap, Aspirinprotekt, Cordarone, Famosan, Kventiax, Escitalopram, Atorvastatin, Enelbin, Korbylta, Asilect, Pirabene, Geroprostan a inzulíny: Novorapid a Levemir.

Alergologická anamnéza

Nie je alergický. Neguje alergiu na lieky, potraviny a iné alergény.

Sociálna anamnéza

2 roky vdovec, má 1 dcéru. S dcérou a jej rodinou býva v rodinnom dome. Má úzky citový vzťah s rodinou. Vyžaduje jej prítomnosť. O pacienta sa doma starajú, s hospitalizáciou súhlasia len v nevyhnutných prípadoch. O umiestnení do inštitucionálneho zariadenia zatiaľ neuvažovali. Od roku 2010 poberal invalidný dôchodok, nasledovne po dovŕšení veku pobera starobný dôchodok.

Psychologická anamnéza

U pacienta je diagnostikovaný depresívny syndróm, liečený antidepresívami. V prítomnosti dcéry je pacient kľudný a komunikatívny. Po odchode dcéry sa u neho prejavujú psychické problémy, ošetrojúci lekár konštatoval, že ide o geriatrický maladaptívny syndróm.

Spirituálna anamnéza

Pacient je katolík. Keď bol sebestačný, navštevoval kostol, teraz už k nemu raz za mesiac chodí kňaz.

Abúzy

Pacient nefajčí. Alkohol si dá príležitostne. Kofeín, drogy a iné omamné látky neguje.

Terajší stav: (stav pri prijíme na ODCH)

Prijatý na oddelenie dlhodobo chorých pre zhoršený zdravotný stav, slabosť nechutenstvo, sťaženie chôdzu, bolesti chrbtice, zostrené dýchanie a kašeľ. Pri prijíme pacienta prítomná dcéra. Namerané FF pri prijíme: TK: 150/75 mmHg, P: 59/min, TT:36,5°C, D:17/min. Podľa výpočtu BMI bola u pacienta diagnostikovaná obezita. Je liečený na psychiatrickej ambulancii pre depresívny syndróm.

Hlavná lekárska diagnóza: Následky mozgového infarktu s pravostrannou symptomatológiou

Vedľajšie lekárske diagnózy

Diabetes Mellitus 2. typu

Melanoma malignum reg. Lumbalis I.sin.

Diabetická nefropatia 3.št.

Primárna artériová hypertenzia

Obezita

Multiinfarktováencefalopatia. Vaskulárna demencia

VaskulárnyParkinsonov syndróm

Depresívny syndróm

Cystitída

2.2 Katamnéza

Pacient žijúci so svojou dcérou a jej rodinou v rodinnom dome prijatý na oddelenie dlhodobo chorých pre zhoršený zdravotný stav. Pacient je slabý, nechutí mu jesť, pociťuje bolesť chrbtice. V minulosti až doteraz sa u ňo geriatrický maladaptívny syndróm neprejavil. S dcérou majú úzky citový vzťah, čo vidieť v správaní

pacienta. Počas 14 - dňovej hospitalizácie sme sledovali jeho zdravotný stav a správanie, psychické a emocionálne prežívanie, vývoj a priebeh geriatrického maladaptívneho syndrómu.

Priebeh adaptácie

1. deň – na oddelenie dlhodobo chorých je prijatý 78 - ročný pacient, ktorého doprevádza jeho dcéra. Je umiestnený na jednolôžkovú izbu. Po odchode dcéry je pacient apatický. Komunikuje iba po výzve. Pred večerou sa pacientovi aplikoval inzulín Novorapid. Kľudne sa sám navečeral, užil lieky. O 20:00 sa bol podaný inzulín Levemir podľa ordinácie lekára. Večer je kľudný, spal celú noc.

2. – 3. deň – ráno pacient vstal v dobrom emocionálnom rozpoložení, orientovaný, komunikuje. S pomocou personálu vykonáva hygienu, používa absorpčné pomôcky pre inkontinenciu moču. Cez deň je kľudný, bez komplikácií. Stravu prijíma bez komplikácií sám.

4. deň – pacient z rána kľudný. Poobede, po odchode dcéry pacient bol nekludný. Večer odmietal stravu, pomočil celú plachtu na posteli. Po večernej hygiene uložený na spánok. O 3:00 ráno pacient nájdený na vedľajšej izbe s paplónom ležiaci na zemi. Pacient je pomočený a nevláda sa postaviť na nohy. Zdvihnutý zo zeme a uložený na vozík. Vykonaná hygiena, pacient za pomoci ošetrojúceho personálu prezlečený. Na posteľ pripevnené bočnice, kvôli riziku schádzania z postele a tým aj riziku pádu a úrazu. Pacient kľudne spal do rána. Ráno si nepamätal na nočné udalosti.

5. - 6. deň – pacient leží na posteli, má bočnice, aby nemohol zísť z postele a tiež ako opatrenie proti pádu a úrazu pacienta. Odmieta sa sám najesť. Strava podávaná personálom. Odmieta komunikovať. Počas návštevnych hodín prichádza dcéra, komunikuje s ňou, nechá sa osprchovať, prechádza sa s dcérou po izbe. S dcérou vykonáva všetko čo od neho žiada, k personálu má odmietavý postoj.

7. deň – pacient je nepokojný, roztrhal plachtu na zábrane, schádza z postele. Pred obedom pacient nájdený na izbe pomočený a pošpinený stolicou na zemi. Nevie sa sám postaviť na nohy. Preložený na posteľ, vykonaná celková hygiena na posteli, vysadený k stolu a za pomoci personálu zje obed. Podaný inzulín Novorapid. Poobede pacient znova nájdený na zemi, je agresívny, napáda personál. Je nutná fixácia končatín. Pred večerou podal inzulín Novorapid. Odmieta večeru, po dohovorení personálom trochu zjedol. Následne odmieta užitie ordinovaných liekov. Pacient znova inkontinentný, vykonaná hygiena a výmena postelnej a osobnej bielizne. Stále agresívny, nespôlpracuje, negativistický. Podarilo sa mu vyvliecť z popruhov, znova nájdený na zemi. Znova je uložený na posteľ a fixovaný na všetky končatiny. Je agresívny, vykrikuje, je sním sťažená komunikácia. Po premeraní tlaku krvi, nameraná hodnota: 190/90 mmHg. Privolany službukonajúci lekár z neurologického oddelenia. Podľa ordinácie lekára vysadené psychiatrické lieky (Kventiax) a podaný intravenózne Tiapridal. Znova agresívny, neskôr plakal. V noci nespál, ale po podaní ordinácie pacient kľudný. O 01:00 znova pacient nekludný, vyvliekol sa z popruhov, a chce schádzať z postele. Znova je fixovaný a podľa ordinácie podaný Tiapridal intravenózne. O 2:00 pacient spí a vykrikuje zo sna.

8. -13. deň – pacient tmený liekmi podľa ordinácie. Dcéra nechodí k pacientovi, pretože je odcestovaná. Pacient sa na ňu každý deň pýta. Je kľudný, no ťažko sa s ním komunikuje, nezrozumiteľne vyslovuje slová. Pacient z časti zje raňajky, obed a večeru. Fyziologické funkcie má už v norme.

14. deň – pacient je prepustený domov. Nevie sa dočkať svojej dcéry. Dcéra si ho berie domov. Pacient je nastavený na liečbu.

O 2 týždne neskôr – zistené od dcéry: pacient je kľudný, komunikatívny, prijíma stravu, spolupracuje. Prejde sa po izbe, nepomočuje sa. Je spokojný, že je so svojou rodinou. Pacient tvrdí, že si nespomína nato, čo sa dialo počas hospitalizácie, že bol agresívny a nespolupracoval (10).

2.3 Analýza a diskusia

Na tomto prípade je dobre vidieť ako geriatrickí pacienti umiestnení v inštitucionálnom zariadení môžu podľahnúť maladaptácii a aký nesmierny význam má prítomnosť rodinných príslušníkov. V prvých dňoch hospitalizácie bol pacient kľudný, komunikatívny. Po niekoľkých dňoch došlo u pacienta k zmenám správania. Bol agresívny, nespolupracoval, odmietal akúkoľvek liečbu, prechodne bol inkontinentný. Stále vykrikoval, že chce ísť domov. Pacient sa nechcel prispôbiť daným okolnostiam, hospitalizácii a liečebnému režimu. Náhla zmena situácie a vytrhnutie zo stereotypu bežného dňa sú pomerne často spúšťačmi geriatrického maladaptívneho syndrómu. U daného pacienta sa GMS rozvinul iba počas hospitalizácie na oddelení dlhodobých chorých, keď bol odlúčený od svojej rodiny, bol v novom a pre ňo neznámom prostredí. Každý deň sa ošetrovateľský personál menil, čo ešte znásobovalo prejavy zmätenosti. Mal odmietavý prístup k zdravotníckym pracovníkom a pri prítomnosti dcéry spolupracoval. Po prepustení z nemocnice, po príchode domov k svojej rodine, k známemu prostrediu, je pacient kľudný, komunikatívny, relatívne sebestačný. Prechodné stavy zmätenosti u pacienta môžeme pripísať aj k ďalším faktorom, ako sú nielen odlúčenie od rodiny a neznáme prostredie, ale aj dôsledkom multiinfarktovej encefalopatie a vaskulárnej demencie. Tu sa vyžaduje multiprofesionálna starostlivosť. Zgola (2003) uvádza praktické návrhy ako pristupovať k pacientom s demenciou. Pri tejto diagnóze dochádza k zmene vnímania a postupnému zhoršovaniu kognitívnych funkcií (11). Ďalšou zmenou je neprimeraná reakcia na okolie a množstvo podnetov, ktoré pacient nevie spracovať, čo sa prejavuje úzkosťou, zraniteľnosťou a neistotou. To často vedie k blúdeniu, agresii až bojovnosti. Pre zlepšenie orientácie seniora by sme mali dávať pokyny verbálne a neverbálne, ktoré zapájajú viac zmyslov a udržiavať nemenné a bezpečné prostredie. Pre zaistenie bezpečnosti a uľahčenie orientácie pacienta pomáha aj zaistenie kvalitného osvetlenia s plným spektrom a odstránenie ostrého svetla a tieňov. Po vylúčení všetkých somatických príčin, môžeme skonštatovať záver, že prechodné stavy zmätenosti až delirantné stavy a negativizmus mohlo spôsobiť odlúčenie od rodiny a známeho prostredia, strata pocitu bezpečia a istoty v neznámom prostredí s neznámymi ľuďmi a tiež pokles adaptácie vo vyššom veku.

Sestra má v prevencii geriatrického maladaptívneho syndrómu dôležitú, nezastupiteľnú úlohu, ktorú začína naplňať už od svojho prvého kontaktu so seniorom. Najčastejšie intervencie sestry spočívajú v eliminácii rizikových faktorov a v starostlivosti o psychický stav. U seniora s geriatrickým maladaptívным syndrómom v súvislosti s psychickými zmenami reflektujeme aj zmätenosť, ktorú charakterizujeme ako stav s náhlymi poruchami pozornosti, vnímania, kvality vedomia a cyklu spánku a bdenia. Etiologicky zmätenosť podmieňujú metabolické poruchy, demencia, silné bolesti, ale aj poruchy spánku a vplyv liekov, alebo abúzus alkoholu. Patologický stav sa u seniora prejavuje zrakovými a sluchovými halucináciami, intenzívnymi emotívnymi reakciami, dochádza k zmene cyklu spánku a bdenia, evidujeme zmeny vedomia, zvýšený nepokoj a agitáciu. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je dosiahnuť stav, v ktorom senior bude orientovaný v mieste, čase a osobe, bude preukazovať pravidelný cyklus spánku

a bdenia. Rodina seniora musí akceptovať jeho prejavy ochorenia a všetky opatrenia, ktoré si jeho stav vyžaduje. Rovnako k psychickým potrebám seniora s geriatrickým maladaptívным syndrómom patrí potreba bezpečia a istoty. Potreba bezpečia a istoty je základnou psychickou potrebou, ktorá je pre jedinca esenciálna a má pudový charakter v záujme prevencie nebezpečenstva. Medzi stavy absencie potreby bezpečia a istoty patria záťažové situácie, akými sú napr. strata životného partnera, choroba, bezvýhodisková, beznádejná situácia, ekonomická kríza a podobne. K prejavom nedostatočného uspokojenia potreby bezpečia a istoty patrí stres, strach, úzkosť a hnev. Medzi najčastejšie prediktory geriatrického maladaptívneho syndrómu u seniora v inštitucionálnom zariadení patrí: strata životných aktivít, pocity izolácie od najbližších osôb, zmeny vzhľadu vlastného tela, strach z bolesti, smrti a umierania, strach z liečebných postupov a prognózy ochorenia.

Eliminovať strach a úzkosť u seniora má byť prioritnou intervenciou sestry. To je možné dosiahnuť aj podporou spoločenských kontaktov. V opačnom prípade vzniká sociálna izolácia. Sociálna izolácia sa vníma ako stav osamelosti, ktorá sa považuje za nanútenú ostatnými alebo je dobrovoľná a je vnímaná ako škodlivá a ohrozujúca. Vzniká dôsledkom zhoršenej komunikácie spôsobenej zmyslovými poruchami, ale aj zmien telesného vzhľadu a duševného stavu. Keď dôjde k sociálnej izolácii senior si uvedomuje, že došlo k zmene v jeho vzťahoch, konštatuje svoju neschopnosť udržať stabilné vzťahy a nadviazať nové. Senior má pocit osamelosti, ale aj vyhľadáva samotu. Má neisté a impulzívne konanie, prejavy egocentrizmu, odkladá rozhodnutia, tiež jeho aktivity je znížená, nekomunikuje a uhýba sa pohľadom. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zistiť zdroj izolácie, skúsiť nájsť prijateľné riešenia novej situácie, nadviazať sociálne kontakty a predchádzať vzniku izolácie. K sociálnym zmenám patrí aj narušená adaptácia, keď senior nie je schopný prispôbiť svoje správanie zmenám zdravotného stavu alebo životnej situácii. Príčinami sú často chronické ochorenia, keď senior má poruchu adaptačných mechanizmov vo vyššom veku a nie je schopný zmeniť doterajší spôsob života, sú zmenené životné podmienky v starobe, býva zmenený funkčný stav organizmu seniora, poruchy zmyslových orgánov, nadmerná psychická záťaž, pocit menejcnosti, a nedostatočná podpora zo strany rodiny a priateľov. Porucha adaptácie sa u seniora prejavuje popieraním zmeny zdravotného stavu, odmietaním liečby a vylicieňania, je neschopný vyriešiť nejaký problém a prejavuje nezáujem o dosiahnutie pocitu kontroly nad samým sebou. Cieľ ošetrovateľskej starostlivosti o seniora spočíva v dosiahnutí zvýšeného záujmu seniora na starostlivosť o seba, o zvládanie stresových situácií a dosiahnutiu adaptácie (12).

3. ZÁVER

Geriatrický maladaptívny syndróm je typickým syndrómom vyššieho veku s výrazným zdravotno-sociálnym charakterom a dôsledkami. Znižuje kvalitu života, ovplyvňuje morbiditu a mortalitu a zvyšuje tým náklady na starostlivosť o starých ľudí. K prevencii a liečbe je potrebná tímová práca odborníkov a spolupráca príbuzných a okolia seniora.

Zdroje

1. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
2. PORTH, C. *Essentials of Pathophysiology: Concepts of Altered Health States*, Lippincott Williams & Wilkins, 2004. 915 s. ISBN 9780781746458.
3. MRAVEC, B. *Stres a adaptácia*. Bratislava: SAP, 2011. 332 s. ISBN978-80-8095-067-5. [online] [cit. 5.10.2019]. <https://www>

- w.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sluzby/akademicka_kniznica/PDF/Elektronicke_knihy_LF_UK/Stres_a_adaptacia_cb_web.pdf
4. STRIEŽENEC, Š. *Slovník sociálneho pracovníka*. 1. vyd. Trnava: AD, 1996. ISBN 80-967589-0-X. 255 s.
 5. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. *Geriatría*. 2. vyd. Bratislava: Herba. 2010. 597 s. ISBN 978-80-8917 1-736.
 6. KALVACH, z. et al. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
 7. NÉMETH, F. a kol. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
 8. KRAJČÍK, Š. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrii*. 1. vyd. Bratislava: Charis, 2008. 192s. ISBN 978-80-88743-72-9.
 9. BARTOŠOVIČ, I. Zdravotný stav obyvateľov zariadení sociálnych služieb. In *Geriatría*. Odborný časopis slovenských a českých geriatrov. Bratislava: Slovenská gerontologická a geriatrická spoločnosť. 2010. ISSN 1335-1850. Roč. 2010, č. 2, s. 71.
 10. NEMERGUTOVÁ, M. *Ošetrovatel'ská starostlivosť o pacienta s geriatrickým maladaptáčným syndrómom*. Prešovská univerzita, 2016.50 s.
 11. ZGOLA, J. *Úspešná péče o človeka s demenci*, Praha: Grada, 2003. 226s. ISBN 80-247-0183-9.
 12. HUDÁKOVÁ, A., NOVOTNÁ, Z., ŠULIČOVÁ, A., NÉMETH, F. *Geriatrické syndrómy ako prediktory ošetrovatel'stva v geriatrii*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity., 2016. 192 s. ISBN 978-80-555-1749-0.