

Martina Venglářová

Problematické situace v péči o seniory

Příručka pro zdravotnické a sociální
pracovníky



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

PhDr. Martina Venglářová

PROBLEMATICKÉ SITUACE V PÉČI O SENIORY

Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky

Recenze:

MUDr. Richard Krombholz

© Grada Publishing, a.s., 2007

Cover Photo © profimedia.cz, 2007

Obrázky č. 1, 3 použity se svolením Ing. Václava Jaroše.

Obrázek č. 7 použit se svolením MUDr. Tamary Tošnerové.

Obrázky č. 2, 4, 5, 6 dodala autorka.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 3015. publikaci.

Odpovědný redaktor Jan Lomíček

Sazba a zlom Linda Marečková

Počet stran 96

Vydání 1., Praha 2007

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.,

Husova 1881, Havlíčkův Brod

Kniha vychází za podpory grantu IGA MZ ČR 8102-3 Kvalita života starších nemocných s demencí.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorky. Z jejich praktického uplatnění však pro autorku ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2170-5

Obsah

Úvod	9
1 Krajina stáří.	11
1.1 Projevy stáří – změny v životě seniora	15
2 Duševní poruchy ve stáří	18
2.1 Depresivní syndrom	18
2.2 Organické duševní poruchy.	23
2.3 Delirium nasedající na demenci	34
3 Problematické chování na podkladě organických poruch ve stáří. .	38
3.1 Modely vzniku problematického chování	38
3.2 Formy nevhodného chování	41
3.3 Možnosti pozitivního působení na nevhodné chování	44
3.3.1 Farmakoterapie	44
3.3.2 Nefarmakologické postupy zvládání problematického chování	46
3.4 Použití restrikcí při zvládání mimořádných situací.	52
4 Praktické postupy zvládání problémových situací.	56
4.1 Agresivita	56
4.2 Toulání.	59
4.3 Paranoidita.	60
4.4 Noční neklid	62
4.5 Modelový postup řešení	62
5 Sexualita seniorů	65
5.1 Změny sexuality ve stáří	67
5.2 Poruchy v sexuálním životě	69
5.3 Sexualita seniorů v ústavní péči	69
6 Komunikace se seniorem	74
6.1 Komunikační bariéry.	74
6.2 Specifické obtíže	75
6.3 Problematické situace a jejich možné řešení.	77
7 Zátěž pracovníků v přímé péči.	80
7.1 Syndrom vyhoření.	80
7.2 Úskalí pomáhajících profesí	81

7.3	Základní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření	82
7.4	Co můžeme pro sebe udělat?	83
8	Supervize v zařízení sociální péče	86
8.1	Supervizor	86
8.2	Formy supervize	87
8.3	Balintovská skupina	88
8.4	Časté zakázky na supervizi v zařízeních pečujících o seniory	88
9	Etické aspekty ústavní péče o seniory (Mgr. Marie Hronová)	90
9.1	Kritéria kvalitní ústavní péče	90

Poděkování

Na prvním místě bych chtěla poděkovat sestřám a pečovatelkám, pečovatelům i sociálním pracovníkům. Mám možnost se setkávat s lidmi, kteří se dennodenně věnují péči o seniory. Není to jednoduché ani příliš oceňované. Při našich setkáních při supervizích, na seminářích nebo i „jen tak“ jsem poslouchala jejich zkušenosti, obtíže při práci. Pro jejich potřeby vznikla tato publikace.

Děkuji MUDr. Tamaře Tošnerové, milé kolegyni v boji za dobrou a lidskou péči o seniory. Rovněž jí děkuji za fotografie, kterými ilustruji tuto knihu. Krásné fotografie poskytl ředitel Domova seniorů v Onšově.

Děk patří nakladatelství Grada Publishing, Mgr. Janě Heřmanové a všem, kteří stojí za vydáním publikace. Před dokončením jsem velmi uvítala pomoc recenzenta, člověka velmi zkušeného v oblasti gerontopsychiatrie, primáře MUDr. Richarda Krombholze.

Sběr materiálů k publikaci probíhal za podpory grantové agentury IGA, č. grantu IGA MZ ČR 8102-3 Kvalita života starších nemocných s demencí.

Na závěr děkuji svým blízkým, že to se mnou vydrží vždy, když jsem duchem u svých kolegů, klientů a knih.

Úvod

Práce s klienty v zařízeních sociální péče nebo s pacienty ve zdravotnických zařízeních prochází mnoha změnami. Mění se tradiční pojetí rolí pomáhajících, hledají se nové cesty, které směřují k větší autonomii klientů. Na pracovníky je kladen velký nárok, poskytují péči nesmírně rozmanitě skupině klientů, počínaje plně samostatnými obyvateli domovů, konče klienty na specializovaných odděleních, např. pacienty s Alzheimerovou chorobou. Publikace zachycuje problémy běžné praxe. Snaží se nabídnout možnosti vzniku problematických aspektů v péči o klienty sociálních a zdravotnických zařízení. Nenabízí jejich léčbu, ale možnosti zvládnout situace, najít cestu ke klientovi, omezit negativní vliv na ostatní.

Velký důraz je kladen na nedirektivní, otevřený přístup ke klientům. Některé situace lze předvídat a zaujmout opatření, která snižují jejich výskyt. Například jde o prevenci pádů, rozpoznání delirantních stavů.

Najdete zde základní pravidla, která pomáhají orientovat se v náročných situacích a zvolit vhodnou strategii postupu. Publikace nenahrazuje učebnice, je spíše manuálem pro širokou odbornou veřejnost.

1 Krajina stáří

Stáří je součástí našeho života. Občas přemýšlíme, jak a s kým bychom ho chtěli strávit. Nebo spíš nechtěli. Medicína umožňuje prodloužit život mnoha lidem, kteří trpí různými nemocemi. Teprve v posledních letech se i u nás mluví o kvalitě života, nejen o jeho délce. Právě samostatnost, rozumná míra finančního zajištění a možnost spolurozhodovat o sobě je ve stáří vysokou hodnotou.

Výzkumy sledující kvalitu života ve stáří zachycují hodnoty, které senioři považují za významné. Pro zajímavost uvádíme položky dotazníku pro výzkum kvality života seniorů.

Dotazník WHOQOL-OLD – česká verze

1. Obáváte se toho, co přinese budoucnost?
2. Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?
3. Do jaké míry ovlivňuje ztráta například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu Vaši schopnost zapojit se do různých činností?
4. Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?
5. Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?
6. Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?
7. Cítíte se izolován/a od lidí kolem Vás?
8. Jak moc se bojíte toho, že zemřou lidé, kteří jsou Vám blízcí?
9. Znepokojujete se tím, jak zemřete?
10. Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?
11. Jak moc se bojíte umírání?
12. Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

Na otázky je možné odpovědět na škále možností od vůbec ne až po maximálně. Otázky zachycují oblasti, které lze považovat za závažné vzhledem ke kvalitě života seniorů. Zamysleme se, jak v každodenní praxi naplňujeme etické principy a zajišťujeme dobré životní podmínky seniorů. Oblast etiky je zachycena v Chartě práv seniorů, která je přílohou této publikace.

Změny způsobené stářím

Přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které přichází s vyšším věkem. Změny se odehrávají v rovině tělesné, psychické i sociální. Jedná se o propojené systémy. Zamyslete se nad tím, jak změny v jedné oblasti zasahují do jiných. Pro inspiraci nabízíme přehled základních změn ve stáří.

Tab. 1 *Změny ve stáří*

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> • změny vzhledu • úbytek svalové hmoty • změny termoregulace • změny činnosti smyslů • degenerativní změny kloubů • kardiopulmonální změny • změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování) • změny vylučování moči (častější nucení) • změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> • zhoršení paměti • obtížnější osvojování nového • nedůvěřivost • snížená sebedůvěra • sugestibilita • emoční labilita • změny vnímání • zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> • odchod do penze • změna životního stylu • stěhování • ztráty blízkých lidí • osamělost • finanční obtíže

Reakce na změny jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior nezvládne sám. Podle toho pak přichází model adaptace na stáří:

1. **Konstruktivní přístup** ke stáří. Již během produktivního věku si člověk může připravovat aktivity, které později rozvine. Součástí přípravy na stáří je také snaha o udržení tělesného zdraví formou vhodného stravování a pohybových aktivit. Je důležité mít širší síť přátel a známých, pokud máme jednoho nebo dva blízké přátele, můžeme se po jejich odchodu dostat do těžké sociální izolace. Pěstování dobrých vztahů s rodinou je úkol na celý život a jeho naplnění přijde právě ve formě podpory od dětí a vnoučat.
2. Někteří lidé si vytvoří **závislost na okolí**. Tělesné obtíže potencují závislost na zdravotnicích nebo na rodině, která je manipulována obtížemi seniora k intenzivnějším kontaktům. Namísto řešení sociální izolace se řeší symptomy omezení. V ústavní péči se také setkáváme s klienty, kteří mají větší potřebu přítomnosti personálu a pomoci, která není vždy podložena objektivním stavem.
3. Někdy je situace obtížnější a mechanismy zvládnutí na ni nestačí. Senior pak může zaujmout **nepřátelský postoj**. Nepřátelství – hostilitu může projevovat personálu, lidem kolem, ostatním klientům. To je příčinou mnoha problémových situací v péči o klienty vyššího věku.



Obr. 1 N. Urbánková na návštěvě v Domově Ošnov

Změn přichází v životě mnoho. Lidé se liší ve schopnosti změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život ke své spokojenosti. Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace. Je tam ale několik ALE. Změna nesmí být nad únosnou míru, ta je pro každého z nás jiná. Změna musí mít pro svého nositele smysl, pak ji může lépe přijmout. Vyrovnání se předpokládá pomoc okolí, toleranci a trpělivost s člověkem, který se se změnou potýká. Když lidé plánují zásadnější životní změny, odborníci varují: „Nechtějte změnit vše najednou!“, ale v životě seniora mnohdy přichází přímo smršť změn.

Paní Magdalena je již řadu let vdovou. Je zvyklá na svůj způsob života, má pár kamarádek v domě, kde bydlí několik desítek let. Má hodného syna, občas za ní s dětmi zajde. Paní Magdalena počítá s tímto stylem života. Nevadí jí větší vzdálenost k obchodu, jedno patro do schodů vyjde.

Nedávno se jí začal zhoršovat zrak. Snacha hudovala, zdálo se jí, že tchyně už nepečuje o sebe ani o domácnost jako dříve. Paní M. se to dotklo. Byla celá rozmrzelá, ví, že už jí věci trvají déle, ale pomaloučku si vše porovná...

Snacha však trvá na domluvě s domácí agenturou, přece někdo musí babičku kontrolovat. Tak začíná omezování autonomie klienta.

V návaznosti na změny přichází nutnost hledat nový způsob života ve stáří. Nejčastěji jsou to změny v úrovni péče o sebe a také zvýšené nároky na pomoc okolí. Ty pak vedou seniora, nebo častěji jeho okolí, k hledání vhodného místa pro život. Moderní pohledy na stáří upřednostňují aktivní přípravu na dobu, kdy člověk potřebuje intenzivní pomoc a péči. Většina seniorů žije v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí. To se jeví jako nejlepší a z hlediska seniorů jistě i nejlépe přijatelnější varianta. Vhodným doplňkem při potřebě zdravotní péče je spolupráce s Domácí péčí.

Při větších zdravotních problémech, osamělosti, nemožnosti pomoci ze strany blízkých teprve nastupuje varianta institucionální péče. Přes všechnu snahu jde o krajní řešení a mnoho seniorů ji nese úkorně. Model, kdy si senior vybere zařízení, ve kterém mu později mohou poskytnout sociální a zdravotní péči, je ideální. Pokud je nabídka míst k životu ve stáří širší, může se porozhlédnout a vybrat si zařízení, které mu lépe vyhovuje.

Co obvykle zohledňujeme:

- lokalitu, ve které se zařízení nachází,
- i když jde o kraj, kde má budoucí klient kořeny, zvažuje, zda jde o lokalitu dostupnou pro návštěvy,
- velikost zařízení,
- typ poskytovaných služeb, zda je většina klientů aktivních či nikoliv,
- jistě hraje roli i cena měsíčního pobytu, čekací doba apod.

Starší člověk se ještě v době, kdy je více aktivní a tedy i schopný adaptace na nové prostředí a jiný životní styl, „zabydlí“ v nové lokalitě, seznámí se s pracovníky i dalšími klienty. Má lepší šanci začlenit se do způsobu života, který je mu ve stáří nabízen. Pokud zde najde své místo a způsob, jak spokojeně žít, klesá pravděpodobnost vzniku konfliktů s personálem i spolubydlíci.

Pan Josef prožil několik týdnů jako ve snu. Nedávno prodělal těžší mozkovou mrtvici. Po hospitalizaci v nemocnici mu byl doporučen tříměsíční pobyt v Léčebně dlouhodobě nemocných, děti by nezvládly pomáhat mu s nácvičkou chůze a zajištěním domácnosti. Ani po třech měsících rehabilitace se mu nevrátil cit do pravé ruky, chodí s velkými obtížemi, je nejistý. Nezvládá péči o svou domácnost, a protože žije sám, celá rodina se shodla, že mu bude lépe v Domově pro seniory.

Po přijetí do tohoto zařízení je pan Josef smutný, bez zájmu o dění kolem sebe. Snahu personálu zapojit ho, seznámit s jinými obyvateli bere jako narušení svého soukromí. Občas se i utrhuje na personál, když příliš naléhá.

Každý člověk je citlivě zasažen, když je omezována jeho autonomie. I když kdokoli z nás může očekávat omezení až ztrátu svých schopností, vždy je takový člověk citlivě zasažen. Mnohdy právě vstup do zařízení nabízející péči o seniory začíná takto „neslavně“. Je pak velkým úkolem personálu, aby pomohl klientovi překonat obtíže se zvykáním si na nové životní události.

1.1 Projevy stáří – změny v životě seniora

Každý člověk se rodí s určitými dispozicemi, a to jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenosti, prostředím, ve kterém žije. Mějme na paměti, že člověk se učí způsobům chování v určité době a na určitém místě. Při přenesení do jiného prostředí se mohou jeho způsoby chování stát obtížnými.

Paní Jarmila žila od smrti svých rodičů sama. Pečovala o maminku i otce i v jejich pokročilém věku, sousedi ji za to obdivovali. Sama nikdy rodinu nezažila, bůh ví proč. Teď se přestěhovala do Domova důchodců, je to pro ni velká výzva. Vždyť ona má ještě spoustu sil a kolem ní je mnoho potřebných lidí. Tak se dala do díla. Vstávala dříve, chtěla sestrám pomoci. Někoho brala ven, vždyť to není žádný život, pořád ležet na pokoji...

Minulý týden ji pozvala paní ředitelka k rozhovoru. Sestry si stěžují, že jim zasahuje do péče o jiné klienty. Po domově se šíří zprávy, že si nechává platit od příbuzných. Paní Jarmilu to velmi zasáhlo. Nerozuměla tomu, proč sestrám její pomoc vadí. Obyvatelům přece prospívá, když mají více péče a zájmu. Přestala vycházet ze svého pokoje, nemluví s obyvateli ani s personálem. Často pláče, trápí se. Neměla sem chodit...

Lidé, kteří se stanou obyvateli různých zařízení, mají za sebou dlouhý život v řadě jiných rolí. Byli zvyklí fungovat určitým způsobem a nemají většinou zkušenost s rolí „obyvatele domova“, proto při vstupu do takového zařízení používají způsoby chování, na které byli zvyklí a které jim přinášely ocenění okolí. Tady to najednou neplatí a starší člověk je tím zaskočen a potřebuje podporu personálu i blízkých, aby našel svoje nové místo.

Projevy stáří v rámci širší normy

Těmto projevům se věnujeme již v predešlém textu. Podívejme se nyní, jaký dopad mají změny na okolí seniora.

Tělesné změny mají za následek větší soustředění na somatický stav. Systém zdravotní péče je často soustředěn na symptomy. V pacientovi pak vznikne dojem, že pečující personál nic jiného nezajímá a okruh je uzavřen. Při potřebě kontaktu nabízí klient příznak, vždy se najde nějaký zdravotní problém. Následky mohou být různé a často nesměřují k naplnění potřeby sociálních kontaktů.

S přicházejícím věkem může dojít ke zintenzivnění některých povahových rysů. Psychické změny ve stáří bývají laicky označovány jako zhoršení povahy, do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Senior reaguje na situaci, ve které se nachází. Lze říci, že psychické změny v kombinaci se sociálními změnami ztěžují klientovi adaptaci na nové prostředí. Mnohé povahové rysy člověk ovládá, je k tomu veden prostředím, ve kterém se pohybuje. Ve stáří, jako projev špatného přizpůsobení se životním změnám, někteří lidé zaujímají postoj: „Já už se snažit nemusím, nebudu se ovládat, ať se snaží druzí, já už jsem toho udělal dost.“

Vždy je nutné odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či somatických poruch.

Tab. 2 Změny ve stáří a jejich odraz v chování seniora v ústavní péči

Fyziologické změny a jejich následky	
změny spánkového rytmu, spánková inverze	pospávání během dne, noční neklid, rušení obyvatel ve spánku
úbytek energie	zvýšená potřeba pomoci, zdánlivě neodpovídá zdravotnímu stavu
snížená chuť k jídlu, snížený pocit žízně	malnutrice, problémy související s dehydratací
poruchy soustředění a paměti	hledání věcí, nepozornost, vyžadování opakování informací, nařčení z krádeže svých věcí
Změny kognitivních funkcí	
zhoršení intelektu	při potřebě zvládat nové situace
zhoršení komunikace	déle hledá slova, hůře vybavuje, zhoršeno při poruchách smyslů, nerozumí sdělení
orientace	bloudění, zvláště v neznámém terénu

Základní směr přístupu:

1. Dobrá příprava seniora na změny ve stáří, především na stěhování do zařízení pro seniory.
2. Seznámení klienta i rodiny se zvyklostmi daného zařízení.
3. Znalost rituálů, zvyků a co možná nejširší přizpůsobení seniorovi.

4. Ponechání osobních věcí, umožnění kontaktu s lidmi a prostředím, na které je senior zvyklý.
5. Přístup ke člověku, „jaký byl“ před vstupem do sociálního zařízení.
6. Akceptace povahových rysů. V seniorském věku si nemůžeme činit nároky na změnu povahy.
7. Respektování přání klienta. Vše, co poskytuje zařízení, bereme jako nabídku, možnost. Zapojení se do každodenních aktivit je svobodná vůle klienta. I když víme, že nečinnost zhoršuje zdravotní i psychický stav, nutit nikoho nebudeme.

2 Duševní poruchy ve stáří

Příznaky duševních poruch se vyskytují ve stáří podobně jako u jiných věkových kategorií. Symptomy mohou být méně nápadné, schované za fyziologické změny ve stáří. Častěji se vyskytují organické změny, poruchy paměti. Častěji pozorujeme duševní poruchy právě u seniorů v zařízeních, protože klesá jejich schopnost žít bez podpory okolí.

V této kapitole se budeme zabývat depresivitou ve stáří, demencí a deliriem nasedajícím na demenci.

2.1 Depresivní syndrom

Deprese je závažná choroba, nikoliv součást stáří. Zatěžuje nejen nemocné, ale i jejich blízké a pečovatele. Vede k narušení běžných životních funkcí, dochází ke zhoršení stávajících tělesných onemocnění. Lidé trpící depresí potřebují více zdravotní péče, navštěvují častěji lékaře. Deprese výrazně zhoršuje kvalitu života. Jde o závažné, ale léčitelné onemocnění. Podmínkou kvalitní léčby je včasné odhalení příznaků. Pracovníci v denním kontaktu s klientem si mohou všimnout změn v chování a prožívání. Také mohou předvídat zhoršení psychického stavu při závažných změnách či traumatizujících událostech, jako je například ztráta blízkého člověka nebo závažné zhoršení zdravotního stavu. Z výzkumů (Holmerová, 2006) vyplývá, že přes 50 % seniorů v ústavní péči trpí příznaky deprese.

Diagnostika

Diagnostika deprese se opírá o sledování stavu klienta, seniori často příznaky bagatelizují. Velká část depresí ve stáří vzniká na organickém podkladu (F06.3 – organické afektivní poruchy).

V tabulce je uvedeno místo deprese v klasifikaci afektivních poruch (poruchy nálady).

Tab. 3 Klasifikace MKN-10 – Poruchy afektivity

F 30	manická fáze
F 31	bipolární afektivní porucha
F 32	depresivní fáze
F 33	periodická depresivní porucha
F 34	trvalé poruchy nálady (cyklotymie, dystymie aj.)
F 35	jiné poruchy nálady
F 36	nespecifikované poruchy nálady
F 06.3	organické afektivní poruchy

Deprese se může objevit jako jedna z těchto variant:

1. jedinec již prodělal depresi, nyní jde o opakování,
2. v minulosti prodělal mánií, jedná se o bipolární poruchu,
3. jde o první fázi v životě (obtěžně rozpoznatelné).

Deprese je často přítomna v počátcích demence. Obraz deprese změní symptomy demence. Především dochází ke snížení schopnosti popsat depresivní prožitky. Typické pro seniory je, že nemoc ve vyšším věku nesplňuje všechna kritéria! Deprese se projevuje méně viditelně, často se zamění za běžné známky stáří (např. staří lidé jí méně). Charakteristický je úbytek energie, ztráta zájmu o každodenní věci, vymizení pozitivních emocí. Zvláště u lidí ve vyšším věku je možné pozorovat také zhoršení tělesných obtíží.

Rovněž je možné, že depresivní symptomy vytvoří obraz podobný demenci (pseudodemence). Mylně pak může být poskytována péče, která je vhodná u lidí s demencí, a je opomenuta léčba deprese.

Obvyklé příznaky deprese

- zhoršení soustředění a pozornosti,
- snížení sebedůvěry,
- pocity viny,
- smutek,
- poruchy spánku,
- poruchy chuti k jídlu,
- ztráta plánování do budoucna,
- myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškození.

Podle závažnosti projevů dělíme depresi na mírnou, středně těžkou a těžkou. U těžkých forem deprese se lze setkat také s psychotickými příznaky – bludy, halucinacemi, které jsou jinak přítomny u psychotických onemocnění (schizofrenie, poruchy s bludy).

Specifika deprese u seniorů

- klinický obraz je povšechnější, symptomy nemusí být na první pohled patrné,
- objevuje se zhoršení somatických projevů, zvýšená citlivost k bolesti,
- somatizace,
- dochází k rezistenci na léčbu,
- obtíže chronifikují.

Orientačně lze zjistit výskyt depresivní poruch následující škálou.

Škála geriatrické deprese dle Yessavage	
Otázka	Odpověď
Jste v podstatě spokojený se svým životem?	ANO/NE
Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/NE
Máte pocit že váš život je prázdný?	ANO/NE
Nudíte se často?	ANO/NE
Máte většinou dobrou náladu?	ANO/NE
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/NE
Cítíte se převážně šťastný?	ANO/NE
Cítíte se často bezmocný?	ANO/NE
Vyседáváte raději doma, než by jste šel ven a seznamoval se s novými věcmi?	ANO/NE
Myslíte si že, máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/NE
Myslíte si, že je krásné žít?	ANO/NE
Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/NE
Cítíte se plný elánu a energie?	ANO/NE
Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/NE
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/NE
Hodnocení:	
Odpověď ANO je hodnocena 1 bodem.	
0–5 bodů nepřítomnost deprese	
6–10 bodů mírná deprese	
Nad 10 bodů manifestní deprese – vyžaduje již podrobné vyšetření.	

Ve stáří je poněkud odlišná krajina deprese. Člověku se může zdát, že už dosáhl všeho, co v životě chtěl. Anebo naopak přišel o vše, co pro něj bylo významné. Další zrání není spojeno s tím, dostat se dál. Je nutné se smířit s tím, co člověk má nebo může mít. To je možné, pokud netrpěl vážnější psychickou chorobou, dosáhl úkolů životního vývoje. Člověk může mít pocit, že něco promeškal. Zpravidla ve vztahu ke druhým lidem. Tento pocit podporuje odchod do důchodu, odchod dětí z rodiny, ztráta partnera, nemoc, invalidita, zhoršení ekonomické úrovně. Je nutné naplnit život jinými aktivitami, navrátit se k sobě samému.

Se stárnutím organismu přichází organické změny CNS. Řada funkcí se horší (paměť, adaptace, učení) a je nutné je kompenzovat zvýšenou pílí, zkušenostmi. Některé deprese jsou podbarveny paranoidním vnímáním okolí. Člověk se soustředí na svůj mikrosvět, obává se chudoby, okradení. Obtížně řeší konflikty, hádá se a následně prožívá pocity viny, které mohou vyvrcholit sebetrestáním (hladověním).

Faktory zvyšující zátěž (stoupá riziko vzniku obtíží):

- náhlé životní události (osamění, akutní onemocnění, náhlé přestěhování, finanční krize, negativní vztahy s okolím),
- vleklé události (zhoršený tělesný stav, omezení hybnosti, poruchy smyslů, zhoršení kognitivních funkcí, sociální izolace).

Faktory snižující riziko deprese:

- zdravotní péče (léčba tělesných poruch, cílené vyhledávání a léčba smyslových poruch, péče o výživu, fyzická rehabilitace),
- tvůrčí životní styl (sociální podpora, odpovídající vztahy a komunikace, stimulační prostředí, funkční podpůrná síť – pracovníci a zařízení, dosažení na služby).



Obr. 2 *Smysluplné aktivity snižují riziko deprese*

Možnosti léčby depresivních poruch

Cílem léčby je odstranění nebo alespoň zmírnění symptomů deprese. Je nutné mít na paměti, že deprese je velmi závažné onemocnění pro riziko sebevraždy nemocného. Také je velmi sužující a náročná i pro okolí nemocného, zejména pro rodinu.

1. Farmakoterapie

Léčba psychofarmaky je nutná zejména u střední a těžké formy deprese. Je efektivní, zmírňuje až odstraňuje příznaky onemocnění. Senioři profitují z léčby moderními antidepresivy.

V současnosti jsou užívána nejčastěji:

- tymoleptika (např. Amitriptylin, Wellbutrin, Ludiomil),
- SSRI (např. Seropram, Cipralex, Deprex, Zoloft).

Další skupiny antidepresiv zde neuvádíme. U seniorů je nutné sledovat celkový stav, zejména stoupá riziko pádů z důvodu sedativních účinků tricyklických antidepresiv (viz tymoleptika).

2. Psychoterapie

Psychoterapie se zaměřuje zejména na hledání a odstraňování spouštěcích faktorů. Je vhodná u lehčích forem onemocnění, kde nalézáme závažné změny v životě. U závažnějších depresí je vhodná psychotherapeutická podpora klienta, motivace k farmakoterapii.

3. Léčebný režim

Ztráta energie a oslabení vůle vede ke snižování denní aktivity. Člověk ztrácí důvody pro udržování hygieny, izoluje se, zanedbává výživu a hydrataci. Nenásilným zapojováním do každodenních činností ho postupně můžeme vrátit k běžnému stylu trávení dne.

Méně užívaná je elektrokonvulzivní terapie. Uvažuje se o ní v případech těžké deprese s nezvládnutelným neklidem a sebevražedným jednáním. U seniorů je výjimečná.

Přístup k depresivním klientům

Práce s člověkem, který trpí symptomy deprese, je velmi obtížná. V praxi takové klienty vidíme jako uzavřené do sebe, bez zájmu o spolupráci i kontakt. V krajních situacích mohou péči odmítat až agresí. Když si všímáme, jak se klient trápí, máme zprvu velkou snahu mu pomáhat, více než dříve. Pokud jsme ale trvale odmítáni a naše snaha je odháněna, nastupuje fáze obav a zúžení kontaktu. Je nutné vědomě sledovat, zda se nezačínáme vyhýbat kontaktům s tímto klientem. Ztráta energie znamená nutnost ji dodávat. Personál často vydává mnoho sil „za klienta“ a není za to zpětně pozitivně oceněn. Klient péči odmítá, často uvádí různé důvody. Nepotřebuje nic, nezaslouží se takovou péčí (symptomy deprese jsou pocity viny a tendence k sebetrestání).

Základní podmínkou je empatie ke stavu nemocného. Mírná forma směřování k cíli (např. k jídlu, aktivitě) neškodí. Lépe je nabízet, než nutit. Pokud je stav