



Neodkladná péče v geriatrici

Anotace předmětu:

Předmět je součástí komplexu předmětů z klinického ošetřovatelství. Je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Seznamuje studenty s involučními změnami, zdravotním stavem a onemocněními ve vyšším věku z hlediska ošetřovatelské péče a potřeb seniorů změněných v souvislosti s onemocněním. Důraz je kladen na odlišnosti individuálních potřeb lidí vyšších věkových skupin a způsob jejich uspokojování, včetně odlišnosti multidisciplinární péče o seniory v oblasti ambulantních a lůžkových zdravotních služeb.

Garant předmětu:

PhDr. Ivana Jahodová, RS, RM

1 Systém zdravotních a sociálních služeb v péči o seniory v České republice

Systém sociálních a zdravotních služeb se vyvíjel odděleně, a to jak v rovině věcné, systémové i legislativní. Obě oblasti jsou zastřešeny samostatným resortem a tyto resorty spolu nikdy zásadně nekoordinovaly své aktivity. Vždy tyto dvě problematiky byly vnímány odděleně jako samostatné a v zásadě se příliš neovlivňující. Proto se dnes obtížně hledají společné prvky, které by umožňovaly jednoduché srovnání obou systémů. Už ve způsobech dělení služeb na jednotlivé typy jsou rozdíly. Na služby je nahlíženo z jiných úhlů pohledu a nebylo by tudíž ani snadné sjednotit pojmy a názvosloví a vytvořit jednotný katalog sociálně zdravotních služeb.

1.1 Sociální služby

Sociální služby jsou poskytovány dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2007. Zdravotní služby jsou poskytovány dle Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, s účinností od 1. 4. 2012.

Sociální služba je činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění podle zákona. Nejsou to rodinní příslušníci či jiné osoby, které pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí.

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společensky chránit před riziky. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Cílem sociálních služeb mimo jiné je:

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život



- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů
- zvýšení kvality života uživatelů sociálních služeb

Sociální služby lze poskytovat ve formách pobytových, ambulantních, terénních a lze je podle cíle a zaměření rozdělit do 3 základních skupin:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence.

Pečovatelská služba je služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

V **domovech pro osoby se zdravotním postižením** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V **týdenních stacionářích** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V **denních stacionářích** se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí.

V **domovech pro seniory** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V **domovech se zvláštním režimem** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče lidem, kteří již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěni ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo



ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

1.2 Zdravotní služby

Zdravotními službami se rozumí poskytování zdravotní péče a ostatních vymezených činností podle Zákona č. 372/2011 Sb. zdravotnickými pracovníky. Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Základní dělení zdravotních služeb je podle zaměření služby do oblastí:

- poskytování zdravotní péče
- konzultační služby
- nakládání s tělem zemřelého
- zdravotnická záchranná služba
- zdravotnická dopravní služba
- přeprava pacientů neodkladné péče
- zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení
- zdravotní služby v rozsahu činnosti zařízení transfuzní služby nebo krevní banky

Zdravotní péče je soubor činností (a opatření) prováděných za účelem udržení a prodloužení života, odhalení a odstranění nemoci nebo vady, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního stavu, zmírnění utrpení, pomoci při reprodukci a porodu.

Formy zdravotní péče:

- ambulantní péče,
- jednodenní péče,
- lůžková péče,
- zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Ambulantní péče je poskytována jako:

- primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel,
- specializovaná ambulantní péče, která je poskytovaná v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče,
- stacionární péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

Jednodenní péče je zdravotní péčí, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.

Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytovaná v rámci nepřetržitého provozu. Lůžkovou péčí je:

- akutní lůžková péče intenzivní,
- akutní lůžková péče standardní,

- následná lůžková péče,
- dlouhodobá lůžková péče.

Akutní lůžková péče intenzivní je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat.

Akutní lůžková péče standardní je poskytována pacientovi:

1. s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo
2. za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně; v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace.

Následná lůžková péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí.

Dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta je:

- návštěvní služba,
- domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče poskytované v domácím prostředí pacienta,
- umělá plicní ventilace a dialýza.

1.3 Porovnání konkrétních zdravotních a sociálních služeb

Pečovatelská služba a domácí zdravotní péče

Pečovatelská služba a domácí zdravotní péče (DZP) jsou terénní sociální a zdravotní služby. Jejich poskytovateli jsou pečovatelské služby, registrované jako poskytovatelé sociálních služeb a agentury domácí zdravotní péče registrované jako poskytovatelé zdravotní péče. Mají jiné úhradové mechanismy (pečovatelská služba je přímo hrazena klienty, domácí zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění) a rozsahem úkonů jsou si v mnoha ohledech podobné a navazují na sebe. Často jsou poskytovány jednomu člověku současně.

Domov pro seniory a léčebna dlouhodobě nemocných

Domovy pro seniory a léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou svým charakterem podobná zařízení. Jejich poskytovatelé jsou však registrováni v různých systémech a mají jiné úhradové mechanismy s výrazně jinou spoluúčastí pacienta/klienta. Péče v domovech pro seniory je přímo hrazenou službou klientem a péče v léčebnách dlouhodobě nemocných je hrazena ze zdravotního pojištění. Domovy pro seniory poskytují svým klientům stravování, ubytování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,

pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnost (volnočasové aktivity a pomoc při prosazování práv a zájmů (např. pomoc při vyřizování osobních záležitostí na úřadech, komunikaci s firmami apod.) Léčebny dlouhodobě nemocných poskytují pacientům kromě léčby také stravování, ubytování, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Posudková služba a revizní lékaři

Posudkové a revizní lékařství vykonává podobné činnosti. Zatímco revizní lékaři by měli v zájmu zdravotních pojišťoven a jejich klientů (pacientů) kontrolovat poskytování léčebně preventivní péče, tak posudkoví lékaři pracují v oblasti sociálního zabezpečení, tedy rozhodují o nárocích (dávkách) jednotlivým občanům. Posudkové lékařství je řízeno Ministerstvem práce a sociálních věcí. Revizní i všichni ostatní lékaři jsou v resortu Ministerstva zdravotnictví. Činnosti posudkového lékaře a revizního lékaře se navzájem potkávají při řešení jednoho pacienta (klienta). Posudková činnost v sociálním zabezpečení zahrnuje posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dospělé osoby a dítěte vyžadujícího mimořádnou péči, zda jde z hlediska dávek státní sociální podpory o občana dlouhodobě těžce zdravotně postiženého. Revizní lékař provádí kontrolu využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě. Revizní lékaři kontrolují zejména oblast efektivity vynakládaných prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

2 Aktivní stárnutí v České republice

Zdravotní potenciál ve stáří je možné hodnotit nejen **délkou života** (aspekty mortality), ale především **funkční zdatností** (aspekty disability), zdravím podmíněné **kvalitou života** (aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace) a **spotřeby společenských zdrojů na zdravotní a sociální péči** (aspekty účelnosti a únosnosti nákladů).

Prvním konceptem aktivního stárnutí byl tzv. koncept **komprese morbidity**, jehož podstatou je, abychom stárnuli zdravě a aby se nám tak dařilo onemocnět co nejdříve oddalovat. Postupem času se však ukázalo, že tento koncept nelze aplikovat všude, a to zejména u neurodegenerativních onemocnění. Jeden z významných gerontologů, zakladatel mezinárodní sítě Longevity Center, profesor Robert Butler prosazoval pojem **produktivní stárnutí**, a to ve snaze popřít tezi o produktivním a neproduktivním věku, ukázat, že staří lidé jsou stále zdrojem a významnou součástí společnosti.

Terminologie se postupně ustálila na pojmu aktivní stárnutí, a to zejména zásluhou Světové zdravotnické organizace. Ta jej definuje jako proces zajištění **optimálních příležitostí pro zdraví, účast na životě společnosti a bezpečí s cílem zajistit co nejlepší kvalitu života starších lidí**. Světová zdravotnická organizace v této definici sděluje, že lidé potřebují podporu zdraví a adekvátní zajištění péče o zdraví, že potřebují pocit bezpečí, a to jak ve fyzickém ohledu (bezpečné prostředí) tak v ohledu materiálním (sociální zabezpečení, zdravotní pojištění, ochrana před upadnutím do chudoby) a že potřebují možnost přispívat životu společnosti ať již svou pracovní činností nebo činností dobrovolnickou. Definice také naznačuje, že stárnutí je **velmi variabilním a individuálním procesem**.

V České republice žije ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie relativně hodně lidí v malých obcích do jednoho tisíce obyvatel. Pouze čtvrtina z těchto obcí zajišťuje některé sociální služby. Na druhé straně však existují i obce a místa, kde se odehrává, je

organizována a podporována řada aktivit, zájmů a spolupráce mezi obcemi, jejich obyvateli a různými organizacemi. Někteří představitelé obcí prohlašují, že u nich staří lidé nejsou anebo, že péče je zajišťována rodinnými příslušníky. Ale **propojení formální a neformální péče je naprosto nezbytné**. Nelze spoléhat jen na rodiny a blízké osoby. Obce významně ovlivňují podmínky a kvalitu prostředí a života lidí. V některých zemích je tento úzký vztah obce a jejích obyvatel a princip subsidiarity (respektování pravomocí organizačně nižších úrovní) vyjádřen a stanoven přímo v legislativě. Přestože u nás tato povinnost explicitně stanovena není, řadou drobných úprav, nastavením dobré komunikace a koordinace, lze vytvářet kvalitní sociální a kulturní prostředí, které nevytěsňuje staří a seniory „za brány města“, ale integruje je do života obce a respektuje skutečnost, že stárnutí a stáří neznamena hlavně nemoc a závislost na péči druhých, ale je to plnohodnotná, dlouhá a členitá etapa života, která by měla být prožita plnohodnotně a aktivně.

Literatura:

HOLMEROVÁ, I., O. STAROSTOVÁ, R. VEPŘEKOVÁ a P. WIJA. *Bedekr aktivního stárnutí*. Praha: Fakulta humanitních studií UK, 2013. ISBN 978-80-87398-36-4.

2.1 Podpora aktivního stárnutí

Město přátelské seniorům je začleňujícím a přístupným městským prostředím, které podporuje aktivní stárnutí. **Cílem zdravého stárnutí je prodloužení zdravého života v souladu s hodnotami jedince, jeho způsobem života a v jeho vlastním prostředí.**

Zdraví je důležitým východiskem a předpokladem aktivního stárnutí a důležitou hodnotou. Dobrý zdravotní stav je zásadním předpokladem pro co nejdéší **zachování soběstačnosti** zejména ve vyšším věku. Zdraví lidé vyššího věku zdánlivě nepotřebují zdravotní péči. To ale neznamena, že nepotřebují pečovat o své zdraví. O zdraví nepečujeme jen prostřednictvím „zdravotní péče“ nebo „zdravotnických služeb“. Zdraví vzniká v rodinách, na pracovišti, ve školách a všude, kde žijeme. Jak všichni dobře víme, alespoň teoreticky *„pro zdraví je důležité, abychom jedli zdravou a pestrou stravu, měli dostatek pohybu a přiměřené aktivity, zvládali stres a omezili či vyloučili škodlivé zlovyky a návyky. Převést takové doporučení do běžného každodenního života je někdy velice obtížné“* (HOLMEROVÁ, 2013).

Obecně v České republice převládají tendence podporu zdraví ve stáří podceňovat. Právě ve stáří je však podpora „funkčního“ zdraví a prevence nesoběstačnosti klíčová. Jedná se tedy o prevenci vedoucí k oddálení potřeby dlouhodobé péče a nákladnějších forem zdravotních a sociálních služeb, zejména pobytových forem a dlouhodobé komplexní ošetrovatelské péče. Hlavním cílem však je zachování dobré kvality života až do pozdního věku.

Obec může přispět ke zdravějšímu životnímu stylu informováním o možnostech aktivního trávení času, nabídkou dostupných sportovních, pohybových a rekreačních aktivit, propagací zdravého pohybu, zejména chůze, vytvářením bezpečných tras pro pěší (oddělených od silnic), cyklistických stezek atd. Prostřednictvím spolupráce s dalšími institucemi mohou obce zvyšovat zdravotní gramotnost seniorů a všech občanů. Ať jde o popularizaci a podporu netradičních pohybových aktivit jako je chůze s holemi „nordic walking“.

Nezanedbatelnou složkou aktivního stáří je vzdělávání. Nabídka vzdělávacích akcí pro seniory je součástí aktivního trávení času, podporuje a stimuluje sociální začlenění seniorů

do společnosti. Celorepublikově je rozšířena tradiční univerzita třetího věku. Velmi důležité jsou kurzy počítačové dovednosti, které umožňují seniorům komunikovat s blízkými, studovat a sledovat aktuální dění. Dostupnost počítačů a internetu v rámci obcí a měst by měla být samozřejmostí.

Vhodné je zakládání seniorských rad, které představují významný článek mezi seniorskou komunitou a správou obce či města.

2.1.1 Bydlení

Právo na přiměřené bydlení pro staré osoby je formulováno v Dodatkovém protokolu Evropské sociální charty, článek 4 Právo starých osob na sociální ochranu „S cílem zajistit účinné uplatnění práva starých osob na sociální ochranu se smluvní strany zavazují přijmout nebo podporovat přímo nebo ve spolupráci s veřejnými nebo soukromými organizacemi vhodná opatření zaměřená zejména k tomu: ... 2) umožnit starým osobám, aby si svobodně zvolily způsob života a vedly, jak dlouho chtějí a mohou, nezávislý život v jim známém prostředí poskytnutím: a) bydlení přiměřeného jejich potřebám a jejich zdravotnímu stavu nebo poskytnutím dostatečné podpory na přizpůsobení jejich bydlení“ b) zdravotní péče a služeb, které vyžaduje jejich stav.

Velmi důležitým způsobem podpory života ve vlastním prostředí a setrvání ve vlastním bytě či domě je vhodná úprava bydlení. Nejefektivnější je, pokud jsou domy stavěny již s tím, že se s jejich adaptabilitou na různé fáze životního cyklu a různé životní situace, tj. včetně vzniku disability, zhoršení zraku, sluchu, snížené mobility atd. počítá již na začátku při jejich designu, návrhu a provedení. Setrvat ve vlastním prostředí mohou seniorům pomoci jednoduché úpravy bydlení, odstranění bariér, adaptace WC a koupelny a instalace prvků zvyšujících bezpečí a snižujících riziko pádů jako jsou například madla. Potřebná je proto podpora formou poradenství týkající se vhodných úprav bytu a pomoci s jejich praktickým provedením, sehnáním kontaktů na odborné firmy, popř. pomoci s úpravami prostředím prostřednictvím dobrovolných pracovníků nebo sociálních služeb. Některé úpravy bytu a domácnosti mohou být nákladnější. České zákony umožňují osobě se zdravotním postižením poskytnout jednorázovou dávku – **příspěvek na zvláštní pomůcku**. Jedná se o jednorázovou dávku, která je určena osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením. Pro mírnější formy disability spojené se stárnutím a specifickými riziky a problémy seniorů však speciální dávka či forma podpory neexistuje.

Další službou, která zvyšuje pocit bezpečnosti seniora v domácím prostředí a tak prokazatelně zvyšuje jeho setrvání v domácím prostředí, je **nouzové tísňové volání**. Jeho iniciátorem v Praze je občanské sdružení Život 90. Tato služba má v současnosti pobočky po celé republice. Senior má 24 hodin možnost oznámit stisknutím tlačítka ohrožení, anebo je přímo monitorován jeho pohyb. Otázkou je, kdy starší člověk ztrácí schopnost být sám ve svém domácím prostředí. Kdy ztrácí soběstačnost do takové míry, že ani terénní služby nemohou plně uspokojit jeho základní životní potřeby. V takovém případě potřebuje dlouhodobou rezidenční péči. V současné době se často jedná o **domovy pro seniory nebo tzv. domovy se zvláštním režimem**, které nejsou vždy v místě, kde senior žije. Navíc jde o zastaralý model služby, který prošel v řadě zemí zásadní transformací na ošetrovatelská zařízení či ústavy (nursing home) anebo se přeměnil na individuální bydlení se službami (domy s pečovatelskou službou – service housing). Možností je také chráněné bydlení se službami pro seniory v případě, že soběstačnost seniora je omezená, ale bez

významné psychické poruchy. Pro seniory s duševní či kognitivní poruchou se nabízí malé jednotky podporující jejich soběstačnost a integraci.

Bariéry a nejčastější problémy:

- Převládající minulý trend institucionalizace zaměřený na velká okresní či krajská zařízení.
- Odlehlost zařízení vedoucí k vyčlenění, vykořenění až k izolovanosti.
- Neznalost spektra služeb na straně seniorů a jejich rodin, malá informovanost.
- Pocit seniorů, že si nemohou službu zvolit.
- Nedostatek soukromí a vlastního prostoru v rámci rezidenčních služeb typu domov pro seniory (vícelůžkové pokoje).
- Převládající omezující a rigidní institucionální režim.
- Nedostatek míst/bydlení pro lidi s duševní a kognitivní poruchou (např. s Alzheimerovou chorobou).
- Nedostatek péče v domech s pečovatelskou službou, např. o víkendu.
- Nepropojenost zdravotních a sociálních služeb.

2.1.2 Bezbariérové prostředí a dostupnost dopravy

Soběstačnost seniorů znamená schopnost každodenního aktivního života bez zásadní pomoci druhých, a to zejména při naplňování běžných potřeb a zájmů. Jedna z nejčastějších činností seniorů ve městě je nakupování, dále procházka či návštěva klubu nebo přátel, obchůzka lékaře či úřadu. Obce a města vytvářejí prostředí, která mají podpořit aktivní život seniorů společně. Bezbariérovost veřejných budov a prostranství se řídí vyhláškou č. 398/2009 Sb. Její realizace v praxi má různé podoby a úspěšnost: vztahuje se na dostupnost budov a prostranství nejen pro seniory, ale pro všechny osoby s pohybovým, zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, osoby pokročilého věku, těhotné ženy, osoby doprovázející dítě v kočárku nebo dítě do tří let. Cílem je dosáhnout prostorové soběstačnosti – v našem případě seniorů, kteří přes svá omezení mohou zůstat nezávislí, a současně tím zamezit jejich prostorové a následně i společenské izolaci. Nejedná se jen o bezbariérové rekonstrukce divadel, společenských a veřejných institucí a úřadů, obnovu chodníků s nájezdy, opravy zastávek veřejné dopravy, ale také o vytváření nových prostorů: cyklostezek, které jsou vhodné také pro elektrické skútry, elektrická či šlapací kola anebo vozíky, parků a veřejných prostranství, které svými plochami pamatují na seniory: lavičky k odpočinku, místa pro aktivní odpočinek (hřiště na pétanque či kuželky, šachy), trasy pro populární nordic walking. Mobilita je jedním z důležitých aspektů kvality života (nejen starších lidí). Sportování je jednou z priorit aktivního zdravého stárnutí.

2.1.3 Mezigenerační solidarita

Mezigenerační solidarita je základním prvkem a předpokladem soudržnosti společnosti. Projevuje se na úrovni rodiny, obce a komunity a na úrovni celé společnosti. Většina pomoci a mezigenerační výměny se uskutečňuje v rámci rodiny a místního společenství. **Starší lidé mají potenciál, zkušenosti, znalosti a dovednosti**, které mohou nabídnout místní komunitě a společnosti. Starší generace hrají také nezastupitelnou roli při předávání často jedinečných zkušeností, hodnot a tradic. Význam mezigenerační solidarity narůstá se stárnutím populace. Netýká se pouze finančních a sociálních aspektů, ale zejména vzájemného porozumění a soužití.

Mezi způsoby a cesty podpory mezigeneračních kontaktů a vztahů, včetně kontaktů mezi seniorskou generací a dětmi lze uvést následující příklady:

- Senioři čtou dětem ve zdravotnických a sociálních zařízeních.
- Pořádání mezigeneračních sportovních a kulturních událostí (maraton všech generací, hudební a taneční akce různých generací).
- Senioři doprovázejí děti do školy či školky, pomáhají dohlížet na bezpečnost na dopravně exponovaných a rizikových místech.
- Dobrovolnická účast seniorů na vzdělávání dětí, např. přednášky o historii města, orální historie apod.
- Zapojení seniorů (dobrovolníků) do pomoci dětem ohroženým sociálním vyloučením, pomoc v procesu vzdělávání dětí.
- Návštěvy dětí v zařízeních sociálních a zdravotnických služeb pro seniory, např. pořádání kulturních událostí, vystoupení dětských souborů základních škol, uměleckých škol, kroužků zájmového vzdělávání apod.
- Dobrovolnické aktivity studentů středních a vysokých škol a obecně mladších osob při poskytování sociálních a zdravotních služeb, vzdělávacích a kulturních aktivitách pro seniory atd.
- Předávání zkušeností seniorů absolventům na trhu práce (mentorství, pomoc atd.) – projekty ve spolupráci obce, firem a bývalých nebo současných zaměstnanců apod.
- Podpora vzájemné neformální sousedské výpomoci.
- „Adoptivní“ prarodiče.

2.1.4 Dobrovolnictví

Činnost dobrovolníků vyžaduje především **podporu a koordinaci**. Přestože se jedná o činnost, která není placena mzdou či platem, nelze říci, že jde o činnost bez nákladů, provozovanou zdarma. Pokud se má dobrovolnická činnost rozvíjet a vzkvétat, je potřeba vytipovat osobu, která by dobrovolníky v obci koordinovala tak, aby šlo o systematickou a tedy i efektivní činnost. Jen vzácně však najdeme dobrovolníka, který by se této činnosti s veškerou zodpovědností ujal, a proto je vhodné vytipovat profesionála s dobrými manažerskými schopnostmi, který by měl dobrovolníky v gesci. Je užitečné pro tuto činnost vyčlenit pracovní úvazek či jeho část (dle předpokládaného rozsahu činnosti a také dle velikosti obce). Pokud se vše podaří, bude se jednat o úvazek a další náklady, které se obci bohatě vrátí. Klíčová je tedy role a osoba koordinátora dobrovolnické činnosti.

2.1.5 Podpora dlouhodobé péče

Dlouhodobě nesoběstační pacienti potřebují k zachování či zlepšení kvality života komplex služeb, které jsme si zvykli označovat jako služby dlouhodobé péče. Pod tímto pojmem rozumíme jak nezbytnou zdravotní péči lékařskou, ošetrovatelskou, farmaceutickou, rehabilitační, nutriční, sociální pomoc a asistenci v jednotlivých sebeobslužných aktivitách, ale i další potřebná opatření, která mají význam zejména při péči o tyto pacienty v domácím prostředí. Jedná se o ošetrovatelské a rehabilitační pomůcky, úpravy prostředí pro péči, moderní komunikační prostředky a další podobná opatření, která reagují na potřeby určitých skupin nemocných a k jejichž rozvoji zejména v posledních desetiletích dochází. Významnou a nezastupitelnou roli v poskytování dlouhodobé péče mají také rodinní a další neformální pečující. Pojem dlouhodobá péče je u nás velmi často (a zpravidla velmi chybně) ztotožňován s léčebnami pro dlouhodobě nemocné. Tato zařízení začala vznikat v sedmdesátých letech dvacátého století s cílem nahradit nevyhovující „odkladová“ oddělení

nemocnic či tzv. „interní oddělení druhého typu“, jak se tato zpravidla velmi nekvalitní oddělení nazývala.

Postupně po vzniku oboru geriatrici v rámci specializační přípravy lékařů počátkem osmdesátých let bylo deklarováno, že tato oddělení budou představovat klinickou základnu tohoto oboru. V té době vznikl také institut **geriatrické sestry**, tedy sestry poskytující domácí ošetrovatelskou péči seniorům. Cílem bylo dosáhnout úvazku 0,5 zdravotní geriatrické sestry na jeden obvod praktického lékaře. Tyto sestry vykonávaly nejen ošetrovatelskou a často i rehabilitační péči u starších pacientů, ale jejich aktivita měla být i preventivní, měly být v kontaktu se staršími lidmi ve svém obvodu a v případě potřeby zajistit potřebná opatření. Institut geriatrických sester lze hodnotit jednoznačně pozitivně a musíme považovat do značné míry za škodu, že s privatizací lékařských praxí došlo k zániku geriatrických sester, jejichž činnost byla poté do jisté míry nahrazena (nikoli však všude a ve všech činnostech) zpravidla soukromými agenturami domácí péče.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné se sice také „ujaly“ v systému zdravotní péče, nicméně se jim nepodařilo získat si příliš dobrou pověst v očích veřejnosti. Je tomu tak proto, že mnohé z nich neposkytovaly ani neposkytují kvalitní péči, že nestačily reagovat na měnící se potřeby a požadavky pacientů, nezavedly nové a progresivní metody. Do značné míry to souvisí s více než problematickou finanční situací. Pojem „léčebna pro dlouhodobě nemocné“ se stala spíše synonymem nedobré péče, a to i přes nespornou skutečnost, že některé léčebny jsou vedeny odborně a poskytují kvalitní doléčovací a rehabilitační péči a/nebo kvalitní dlouhodobou převážně ošetrovatelskou péči.

2.1.6 Kdo potřebuje péči?

Pod pojmem soběstačnost rozumíme schopnost žít samostatně v běžném prostředí a obejít se bez pomoci druhé osoby. K vyhodnocení této schopnosti slouží testy, kterými ověřujeme soběstačnost pacienta v tzv. instrumentálních a základních aktivitách soběstačnosti (aktivitách denního života).

Za nejdůležitější charakteristiku starší populace považujeme skutečnost, že ji vlastně **paušálně charakterizovat nelze**, že se jedná o velkou skupinu lidí (15,8 % populace v roce 2011, v případě žen 13,0 % a mužů 18,4 %), která je ve svých dovednostech a zdravotním stavu různorodější než populace lidí středního věku.

Mnozí ze starších lidí začínají ve stáří s další pracovní kariérou, jsou úspěšnými vědci, sportovci, kteří dosahují významných výsledků. V tomto případě hovoříme o **elitních seniorech**. S mnohými z nich se setkáváme v médiích, aniž bychom si jejich věk uvědomovali.

Další skupinu seniorů představují lidé, kteří žijí dle svých představ, nadále například pracují nebo se podílejí na různých aktivitách v rámci své rodiny, obce a podobně. Svým životem stále naplňují a prosazují své postoje a hodnoty. V tomto případě hovoříme o **autonomních seniorech**.

Mnozí lidé vyššího věku přijali svou roli „důchodce“ a přestali pracovat či se významněji společensky angažovat, ale stále žijí samostatným životem, nepotřebují pomoc jiných. Jedná se o **soběstačné seniory**.

Zejména po 80. roce věku a později, přibývá jedinců, jejichž funkční schopnosti jsou do jisté míry omezeny, kteří potřebují alespoň někdy určitou pomoc s některými činnostmi souvisejícími s chodem domácnosti nebo péčí o sebe. V tomto případě používáme pojem **křehký senior**, neboť změna funkčního stavu je v naprosté většině případů spojena se syndromem křehkosti (fragility), nejvýznamnějším geriatrickým syndromem. Tito senioři jsou ohroženi zhoršením či ztrátou soběstačnosti při prakticky jakékoli zátěži, ať se jedná o interkurentní (i zdánlivě banální) onemocnění, změnu prostředí, sociální ztrátu a podobně.

Poslední skupinou seniorů jsou **senioři nesoběstační, závislí**. Jedná se o skupinu seniorů, kteří nejsou schopni zajistit nejen péči o svou domácnost ale ani péči o svou osobu a potřebují pomoc svého okolí či pomoc profesionálních zdravotnických a sociálních služeb.

Otázkou je, jak určit, kde končí soběstačnost a kde začíná nesoběstačnost. Tato hranice je vysoce individuální. K jejímu stanovení nestačí výčet diagnóz. Z tohoto důvodu je velice významné vyhodnocení celkového funkčního zdravotního stavu starší osoby.

2.2 Akutní onemocnění a potřeba včasné péče

Pokud dojde k akutnímu onemocnění, je na místě **včasné a správné stanovení diagnózy a léčení**, které může v jednodušších případech probíhat v péči domácí (tedy praktického lékaře eventuálně sester domácí péče), nebo v péči akutního oddělení nemocnic, při závažnějších onemocněních se může jednat o péči intenzivní.

Medicína v České republice je všeobecně na velmi dobré úrovni, a to i ve srovnání s mnoha jinými rozvinutými zeměmi, často dokonce zeměmi bohatšími. I tady však mohou existovat určité problémy, které souvisejí zejména s nestejnou sítí zdravotnických služeb apod. Větší problémy však lze spatřovat v zajištění akutní péče o starší pacienty, zejména pak tzv. geriatrické pacienty, tedy pacienty zpravidla starší 80 let nebo ty, kteří jsou v seniorském věku postiženi dalším chronickým onemocněním. Tito pacienti jsou zpravidla ohroženi rychlým zhoršením soběstačnosti, pokud jim není poskytnuta adekvátní péče.

Hovoříme o důležitosti zlaté minuty. Zatímco mladší pacient velmi často bez významné újmy snese určitý odklad, starý pacient zpravidla nikoli, protože jeho funkční rezervy jsou daleko menší, než je tomu u člověka mladého. To je významný rozdíl, který je zapotřebí mít na mysli při poskytování akutní péče starším pacientům.

Pokud některé oddělení lůžkové péče nerespektuje výše uvedená a další opatření zabraňující zhoršení funkčního stavu a soběstačnosti, kterým souhrnně říkáme **specifický geriatrický režim**, dojde zpravidla k tomu, že je geriatrický pacient sice „zaléčen“ či „vyléčen“ ze svého akutního onemocnění, ale nachází se ve stavu, kdy není schopen například samostatně chodit, protože celou dobu pobytu v nemocnici ležel na posteli bez rehabilitace, někdy dokonce ještě připoután permanentní cévkou, omezen zábranou na lůžku a podobně. Takovýto pacient pak bude po propuštění z akutního oddělení potřebovat ještě další doléčení a rehabilitaci.

Akutní péče vyžaduje adekvátní technické a personální vybavení, dostupnost specialistů různých oborů a nepřetržitý provoz tzv. komplementu, tedy komplexu dalších zpravidla technických vyšetřovacích metod, zejména laboratoří a zobrazovacích metod. Pokud tedy akutní onemocnění pacienta je natolik závažné, že je není možné řešit v domácím prostředí, je vhodné, aby diagnostický a léčebný proces proběhl co nejrychleji a nej kvalifikovaněji. To je zpravidla možné v nemocnici, která má k dispozici nejen veškeré

zázemí komplementu, a to v nepřetržitém provozu, ale má také dostatek kvalifikovaného a dostatečně specializovaného personálu, který je neustále k dispozici. V současné době specializované medicíny již došlo k velké diferenciaci znalostí a dovedností jednotlivých oborů, zatímco se dříve (ještě před několika málo desetiletími) na interních odděleních léčily infarkty myokardu zejména klidem na lůžku, krvácení do zažívacího traktu zavedením sondy a podáváním léků pro lepší krevní srážlivost a cévní mozkové příhody se prakticky jen ošetřovaly, aby nedošlo k proleženinám dříve, než bude moci pacient rehabilitovat. V současné době existují moderní intervenční metody, které umožní včasné diagnostikovaný uzávěr cévy katetrizovat a cíleně odstranit cévní sraženinu v případě infarktu myokardu či tromboembolické cévní mozkové příhody a krvácení do zažívacího traktu je indikací k akutnímu endoskopickému výkonu, který lokalizuje a přímo ošetří místo krvácení a zastaví je. Takovéto a obdobné postupy, rychlé, málo zatěžující a nesmírně efektivní, jsou možné i u jiných akutních onemocnění. Vyžadují však kvalifikované odborníky, kteří mají s jednotlivými typy těchto výkonů dostatek zkušeností, tedy kteří je provádějí často a dále vyžadují moderní technické vybavení a zpravidla i zaškolené týmy, které jsou důležitou součástí zázemí těchto odborníků.

Všechny tyto faktory jsou nesmírně a nezastupitelně důležité také například u těžkých mnohočetných úrazů, polytraumat, ke kterým dochází zejména při dopravních nehodách a podobně. Zde je přítomnost týmu (nebo dokonce několika týmů) a špičkové techniky skutečně faktorem, který ovlivní nejen život, ale i další osud člověka. To je důvod, proč se **akutní péče v rozvinutých zemích zpravidla soustředí do velkých nemocnic**. Dokonce i málo lidnaté (a bohaté) severoevropské státy netrvají na akutní péči v některých svých malých nemocnicích, ale volí raději **cestu rychlého transportu** například vrtulníkem do velkých center, která mají k dispozici veškeré potřebné personální i technické vybavení.

2.2.1 Podpora rodiny a neformálních pečovatелů

Zajištění potřeb dlouhodobé péče by nebylo možné bez pomoci rodinných příslušníků, eventuálně dalších osob, které se na péči podílejí nebo ji zajišťují. Díky tomuto rodinnému a neformálnímu zázemí mohou zůstat doma i nesoběstační a chronicky nemocní lidé. V péči rodinných příslušníků setrvává asi 80 % lidí s omezenou soběstačností, kteří by jinak pravděpodobně potřebovali dlouhodobou péči. Tento přínos pečujících rodin bychom měli respektovat. Lidé ve zdravotnictví či sociálních službách se někdy setkávají i s rodinami, které své blízké „odkládají“ či „umísťují“ do zařízení, nebo s těmi, jejichž péče má k ideálu daleko, a také s rodinami, které svým blízkým spíše ubližují. **Příspěvek na péči** je významným zlepšením podmínek pro péči. Je však zapotřebí, aby byl vynakládán tam, kde je to zapotřebí, kde to odpovídá stavu a potřebám pacienta a kde jsou tyto potřeby skutečně uspokojovány. Jsme si vědomi mnoha nedostatků, které dosud správné alokování příspěvku na péči znesnadňují. V první řadě se jedná o nesprávné posouzení funkčního stavu. Často nedochází k dostatečné výměně informací mezi Úřadem práce a příslušným sociálním odborem obce, takže obec prakticky neví, kdo tento příspěvek pobírá a komu by tedy bylo zapotřebí věnovat pozornost a podporu při zajištění potřebné péče a služeb. Příspěvek je přidělován „úřední“ cestou a touto cestou je eventuálně kontrolován, což má spíše represivní charakter a nebere v úvahu reálnou situaci pečujících. V praxi dochází na jedné straně k tomu, že lidé příspěvek považují pouze za další příjem, na nějž mají nárok v důsledku svého věku či zdravotního stavu a nevyužívají ho k nákupu sociálních služeb. Na druhé straně mnoho skutečně pečujících rodin poskytuje péči svým blízkým za cenu

vlastního vyčerpání, nemají si možnost odpočinout, a proto nakonec pro své blízké volí zajištění péče prostřednictvím ústavních či pobytových zařízení.

V České republice je role rodinných pečujících naprosto nedoceněna. K tomu, aby rodinní pečující mohli péči zajistit skutečně dlouhodobě a kvalitně, není zapotřebí jen kontroly kvality péče, ale zejména zajištění **pomoci a podpory pečujícím**. Mnoho pečujících se v roli pečovatele ocitne naprosto nenadále v důsledku úrazu či onemocnění svého blízkého. Většina z nich **pečovat neumí** – neumí například pacienta (svého blízkého) ošetřit, polohovat, manipulovat s ním tak, aby si například nezpůsobili bolest a poranění zad, neumí používat pomůcky atd. Jinými slovy, neznají „krajinu“ péče a služby, na které by se mohli obrátit, a nevědí o možnostech další podpory, včetně příspěvku na péči a podobně. Významným indikátorem kvality zařízení, která pacienty propouští do domácí péče po léčení, rehabilitaci či dlouhodobé péči, je **poskytnutí potřebných informací**, práce s rodinou a pokud možno také zaškolení v jednotlivých oblastech a otázkách poskytování péče.

2.3 Pečovatelská služba a domácí zdravotní péče

Téměř na **dvou třetinách území naší republiky není pečovatelská služba zajištěna**. Tam, kde zajištěna je, se často omezuje na pouhý rozvoz obědů. Jedná se do značné míry o bludný kruh: lidé potřebují služby, které nejsou dostupné. Protože nejsou dostupné služby a někdy ani blízcí, kteří by byli ochotni se starat, lidé nemohou vynakládat příspěvek na péči na tyto služby, a proto volí raději „ústavní řešení“. Výsledkem je méně lidí, kteří by si nakoupili služby ve svém okolí a služby tak zanikají. Pokud by přitom obce více podporovaly péči v domácím prostředí a nabídku domácích, terénních a ambulantních služeb, bylo by nejen možné naplnit Listinu základních práv a svobod – tedy právo žít v prostředí, které si člověk zvolil a nemusel se z důvodu nedostatku služeb a péče stěhovat do ústavního zařízení. Navíc by prostředky příspěvku na péči mohly být čerpány v obci a jejich prostřednictvím by bylo možné rekvalifikovat a zaměstnat občany hledající práci. Rekvalifikace na tuto profesi není příliš náročná a vyžaduje 150 hodin teoretické a praktické výuky. Intenzivnější formou sociální služby poskytované v domácím prostředí je **osobní asistence**. Jejím cílem je pomoci člověku s omezenou soběstačností vést pokud možno obvyklý život s dopomocí osobního asistenta. Další službou poskytovanou v domácím prostředí je domácí zdravotní (ošetřovatelská) péče, která se z nepochopitelných důvodů v Česku nazývá **home care** – jedná se o velmi důležitou službu, která umožňuje zkrácení hospitalizace, dřívější návrat do domácího prostředí a péči v domácím prostředí. **Kvalifikované sestry mohou vykonávat jednotlivé ošetřovatelské úkony a také základní úkony rehabilitačního ošetřovatelství**. Jejich péče je velmi důležitá jak pro pacienta samotného, tak pro rodinného příslušníka, který by měl získat od sestry potřebné informace i podporu. Možnosti a kapacity domácí péče nejsou bohužel v České republice dostatečně využívány, a to zejména v oblasti dlouhodobé péče v domácím prostředí, kde je právě **role sestry naprosto nezastupitelná**. Právě ona by mohla být (pokud by existoval funkční systém dlouhodobé péče v domácím prostředí) koordinátorkou služeb, garantem kvality ale i garantem toho, aby byl příspěvek na péči alokován v míře odpovídající potřebě a zajištění péče a aby byl skutečně adekvátně využíván jak prostřednictvím registrovaných sociálních služeb, tak prostřednictvím rodinných příslušníků či asistentů. V současné době může domácí péči indikovat ošetřující lékař nemocnice či zdravotnického zařízení, které pacienta propouští do domácí péče, a to na dobu 14 dnů. Zejména ji však předepisuje

registrující praktický lékař, který také může pacientovi předepsat potřebné ošetrovatelské pomůcky.

V praxi je však tato možnost využívána velmi nedostatečně. Pacienti jsou někdy ponecháni v péči rodinných příslušníků bez adekvátní odborné podpory, bez návštěvy lékaře, bez podpory a pomoci ze strany domácí ošetrovatelské péče. Jak návštěvy lékaře, tak domácí ošetrovatelská péče a pomůcky (s určitým podílem úhrady) jsou součástí veřejného zdravotního pojištění. Jedná se tedy o velkou skupinu lidí, kteří v obcích žijí a jejichž kvalita života velmi záleží na tom, jak k jejich potřebám bude obec přistupovat.

2.3.1 Tísňová péče a podpora nezávislého života

Tísňová péče a asistenční technologie využívající ICT mohou přispět k setrvání seniorů se sníženou soběstačností v jejich přirozeném sociálním prostředí a zvýšit jejich faktické i subjektivní (vnímané) bezpečí. Inteligentní bydlení a domácnost (smart homes) umožňuje včasné varování v případě negativní události, jako např. pádu, a zvyšuje tak bezpečnost, kontrolu a autonomii seniora v domácím prostředí. V případě nežádoucí a rizikové události umožňují kontaktovat rodinného příslušníka nebo určeného poskytovatele zdravotních a sociálních služeb. Bezpečnostní signalizace umožňuje připomenutí při nezavření dveří, nezastavení vody, sporáku, což je významné zejména u osob s demencí. „Chytrá“ domácnost může usnadnit také dodržování pitného a léčebného režimu, pravidelnost a správnost užívání léků a zabránit tak dehydrataci a zhoršení zdravotního stavu. Informační technologie mohou také podpořit a usnadnit koordinované a navazující poskytování zdravotních a sociálních služeb (dlouhodobé péče) a zefektivnit předávání informací.

3 Gerontologie, geriatie, geriatrický pacient

V dnešní době je střední délka života 78,1 let u žen a 71,5 let u mužů. Počet obyvatel ČR starších 65 let dosahuje téměř 15 %. Statistické údaje dokládají, že každý třetí člověk, který vstoupí do ordinace praktického lékaře, je starší 60 let (MLČOCHOVÁ, 2009). Stárnutí populace se stalo důležitým fenoménem, se kterým musejí počítat nejen systémy zdravotní péče, sociálních služeb a zabezpečení. Týká se celé společnosti včetně jejích politiků na centrální, regionální, ale zejména na místní úrovni, kteří budou stále častěji stavěni před problémy a výzvy plynoucí ze stárnutí populace. S problematikou stáří ze všech aspektů včetně aspektu zdravotního by proto měli být obeznámeni ti, kteří se budou se staršími občany setkávat z titulu své profese organizátorů služeb, příslušníků pečujících povolání, sociálních či duchovních pracovníků, politiků a podobně (HOLMEROVÁ, 2007).

Literatura:

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0179-8.

JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient v primární péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

- KLEVETOVÁ, D., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- MALÍKOVÁ, E., 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLČOCHOVÁ, R., 2009. Geriatrizace ošetrovatelství a medicíny – realita nebo fikce? In: Sestra [online]. 1/2009. [cit. 21.1.2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/geriatrizace-oseetrovatelstvi-a-mediciny-realita-nebo-fikce-417233>.
- MÜHLPACHR, P., 2008. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.
- POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- ŘÍČAN, P., 2004. *Cesta životem*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.
- TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatrie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262 365-6.
- SVATOŠOVÁ, M., 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: APHPP. ISBN 978-80-7195-307-4.

3.1 Charakteristika stárnutí a stáří

V literatuře se setkáváme s různými definicemi stárnutí a stáří. Langmaier a Krejčířová popisují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti. Mühlpachr vysvětluje, že stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti (MÜHLPACHR, 2008). Americký lékař Guttman prezentoval katastrofický pohled na stáří „*Stárnutí je proces, který vede od plného zdraví ve středním věku k psychickému rozkladu, ve kterém končí těžcí staří pacienti: zmatenost, dezorientace, nepoznávání nejbližších, apatie nebo naopak bezcílný neklid, mrzoutství, schopnost zajímat se nanejvýš jen o jídlo, naprostý egocentrismus, citové vyhasnutí, pouhé tělesné vegetování. Takto to dopadne s námi všemi, pokud nezemřeme včas*“. Tento pohled bere naději a houževnatost v péči o duševní stav starých lidí, brání vidět pozitivní lidskou hodnotu toho, co psychicky upadajícímu člověku zbývá, a toho, co se ještě v jeho životě může stát, vede k **terapeutickému pesimismu, k zanedbávání péče v institucích i doma!** (ŘÍČAN, 2004).

Stárnutí je fyziologický proces, stárneme už od narození. Tento proces má vysoce individuální charakter a jeho průběh závisí na množství okolností. Jarošová tvrdí „*věk je jednou ze základních charakteristik člověka, a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárne všichni stejně*“ (JAROŠOVÁ, 2006, s. 11). Stáří je pro mnoho lidí spojeno s bezmocností, nemocí, sociální izolací, závislostí a nesoběstačností. Mnoho lidí si myslí, že je potřeba seniory umístit do speciálních, pro ně určených zařízení. Jde pochopitelně o škodlivý názor, který je v rozporu se strategií péče o seniory v České republice.

3.1.1 Pojem stárnutí

Stárnutí je proces, ve kterém se násobí změny, kterými organismus člověka prochází celý svůj život. Těmito změnami myslíme změny tělesné (konstituci člověka nebo vzhled člověka), funkční, psychické a biochemické. Stárnutí také znamená snížení schopnosti adaptace orgánů a soustav organismu například při stresových situacích, což může mít za

následek projev nemoci. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, nýbrž přirozený fyziologický proces. Je ovšem pochopitelné, že lidé chtějí žít dlouho a stejně dlouho chtějí být zdraví a soběstační (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Každý člověk stárne od narození a každý stárne jinak. V určitých etapách života člověk stárne rychleji a v jiných pomaleji (HAŠKOVCOVÁ, 2010). Každý člověk má vlastní rytmus stárnutí, dokonce každý orgán nebo každá tkáň má naprosto jiný rytmus stárnutí a zjistit proto biologický věk každého jedince je velmi náročné a složité. Existují rozdíly mezi chronologickým a biologickým věkem.

Chronologický věk je věk jedince, který je určen časem, který plyne od narození, vyjadřuje se v letech. Biologický význam není u něho tak důležitý jako význam sociální a právní.

Biologický věk koresponduje s funkčním stavem orgánů v porovnání s klasickým stavem v určitém věku, jde tedy o pojetí fyziologické. Podle biologického věku se lépe určí skutečný stav stárnutí.

Termín **psychosociální čas** je totožný se sociálně historickým osudem člověka a možná je v jistém slova smyslu nejpřesnější. Tento věk dobře odpovídá životnímu příběhu každého z nás (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Za obvyklé stárnutí považujeme takové, ke kterému dochází pouze v důsledku plynutí času. Naopak stárnutí patologické závisí na nashromážděných poškozeních vznikajících v souvislosti s nemocí nebo působením faktorů prostředí, ve kterém dotyčný žije. Lze také určit faktory, které mohou zrychlit či zpomalit proces stárnutí. Mezi ty, které stárnutí urychlují, patří: nadměrný příjem potravy, obezita, sedavý způsob života bez fyzické aktivity, vysoký krevní tlak, stres, tabák, alkohol, osamocení, malé společenské zapojení. Mezi faktory, které naopak zpomalují stárnutí, patří: zdravá výživa, klidný a vydatný spánek, častá fyzická aktivita a společenské a pracovní zapojení.

Biologická involuce má u všech seniorů podobný ráz - fyziologické stárnutí, chronické nemoci, nejistota, viditelné znaky stárnutí. Někdo ale prostě stárne rychleji, jiný pomaleji. Mnoho šedesátníků vypadá a funguje na sedmdesát a naopak.

3.1.2 Charakteristika seniora

Je nutné si uvědomit, že stáří by nemělo být propojeno a spojováno s koncem života, i když smrtí končí. Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí (SVATOŠOVÁ, 2008).

Na členění lidského věku pohlíží různí autoři nejednotně. WHO (Světová zdravotnická organizace) rozlišuje tyto věkové kategorie:

- 30-44 let dospělost,
- 45–59 let střední věk (nebo též zralý věk),
- 60–74 let senescence (počínající, časná stáří),
- 75–89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří),
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost).

Jiné dělení stáří často používané u nás nabízí Holmerová:

- 65–74 - mladí senioři,
- 75–84 - staří senioři,
- 85 let a více - velmi staří senioři (HOLMEROVÁ, 2007).

Lidé odjakživa toužili žít dlouho a dožít se vyššího, popřípadě i úctyhodného vysokého věku. Dříve bylo velice nepravděpodobné, že se lidé dožili stáří, díky četné kojenecké úmrtnosti přežívali ti nejsilnější a nejschopnější. Naši předkové hlavně umírali na infekční nemoci, například ve 14. století obyvatelstvo Evropy bylo zasáháno pandemií moru a později cholerou. Lidé umírali často také na následky úrazů a nemocí, které jsou v dnešní době běžně léčitelné. Nepatřičné hygienické podmínky, velice náročná fyzická práce, chudoba, nulová nebo nedostatečná lékařská péče a další faktory byly příčinou smrti mnohých lidí (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

3.1.3 Reakce a adaptace na stáří

Adaptace a reakce člověka na stáří jsou ovlivněny hlavně jeho osobností, povahovými rysy, výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi. Od okamžiku uvědomění si, že člověk stárne, začíná také jeho psychologická adaptace na stáří (MALÍKOVÁ, 2010, s. 18).

Již v šedesátých letech Bromley popsal pět strategických modelů reakce na stáří:

- konstruktivní přístup - senior je optimistický, soběstačný, stanovuje si přiměřené cíle a plány, je smířený se stárnutím,
- strategie závislosti - senior je nesoběstačný, pasivní, očekává pomoc od druhých,
- obranná strategie - senior odmítá přijmout stáří, obává se závislosti na jiných,
- nepřátelský postoj - pro seniora je typická agresivita, podezřívavost, neschopnost realisticky reagovat, nepřátelský postoj k mladým lidem, nevrlost, závistivost,
- strategie sebenenávisti - nenávisť vůči sobě samému, senior hodnotí svůj život velmi kriticky, cítí se osaměle, zbytečně (JAROŠOVÁ, 2006).

Výrazné změny nacházíme ve vzhledu člověka. Je starý člověk ošklivý? Ovšemže ano. Řídké slabé, šedivé vlasy, pleš, skvrnitá nečistá pokožka, zvadlý zvrásněný obličej, ochablé tělo, vyhublé vráscité ruce, visící břicho, ňadra, kožní záhyby, neforemné tukové polštáře. Skvrny, drobné nádory po celém těle, vymizelá linie pasu, oteklé či vychrtlé nohy... Ale na tváři geronta lze spatřit též krásu! Vznešený výraz, přitažlivou osobnost, která budí sympatii, úctu, autoritu, důvěru. Kulturní společnost nás vede k solidaritě, k soucitu a ochraně. Stárnutí je úděl všech lidí, jsme článkem v pokračujícím pokolení. Smyslem stáří je prošlapat cestu pro naše děti (ŘÍČAN, 2004).

3.1.4 Biologické aspekty stárnutí

Ve stáří dochází k celé řadě somatických i psychických změn. Z vnějšího pohledu pozorujeme snížení postavy. Věk člověka se také projevuje ve tváři, zejména v její spodní části (špičatější nos, vystupující brada). To má větší psychologický význam než změna postavy a váhy, neboť právě v tváři jsou tyto změny na první pohled nejvíce zřetelné. Zhruba u 90 % osob lze po 60. roce věku zjistit podstatné snížení zrakové percepce a asi u 30 % se také zhoršuje sluch (nejčastěji presbyakuzie – nedoslýchavost). To může mít za následek nejen pokles výkonu v jednotlivých činnostech, ale sníženou možnost rekreace (čtení, naslouchání hudbě, mluvenému slovu atd.). Při nedoslýchavosti někdy dochází k psychickým symptomům, jako staženost, izolace až podezřívavost. Tito lidé mají pocit, že druzí hovoří před nimi o nich, protože oni je stejně neslyší. Takový člověk může více podezírat okolí a hněvat se, konstruovat nesprávné scénáře skutečnosti. Zhoršené zrakové i sluchové vnímání představuje riziko úrazů a ztíženou možnost komunikace s druhými

lidmi. Kompenzace zrakového a sluchového deficitu pomocí brýlí, sluchadel a jiných pomůcek může znamenat velkou pomoc v celkovém osobním přizpůsobení i ve společenském zařazení stárnoucího člověka. Žádoucí v tomto případě je udržování vhodné komunikace s využitím nonverbálních projevů (pohlazení, stisk ruky, oční kontakt, úsměv apod.), budování kladných vztahů, důvěry, porozumění a dobré nálady v rodině. Starý člověk je však schopen do určité míry kompenzovat ztráty v oblasti zrakové percepce, nedoslýchavost či pohybovou nejistotu prostřednictvím opatrnosti, pomalejšího tempa, vytrvalosti a zvýšeným volným úsilím, racionalizací a organizací postupu jednotlivých činností, koncentrací a promyšleností jednotlivých strategií, zvýšenou sebekontrolou i kontrolou všech činností a komunikací.

Biologické stárnutí probíhá individuálně u každého jedince a je ovlivněno geneticky a také životním stylem. Malíková uvádí přehled biologických změn:

- **Kardiovaskulární systém** je postižen aterosklerotickými změnami, dochází k snižování elasticity artérií, nedostatečnému zásobování tkání kyslíkem, zvyšuje se tlak krve, snižuje se srdeční výdej, dochází k hypertrofii myokardu.
- **Respirační systém** zaznamenává snížení vitální kapacity plic, snižuje se aktivita řasinkového epitelu s následnými častými infekcemi dýchacích cest.
- **Nervový systém** je postižen na centrální i periferní úrovni. Snižuje se počet neuronů, tvoří se senilní plaky na obalech neuronů, celkově klesá jejich počet. Je snižena rychlost vedení vzruchu.
- **Kosterně-svalový systém** je postižen osteoporózou. Mění se ukládání vápníku v těle, dochází k jeho průniku do buněk a membrán. Snižuje se výška člověka v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a ochabování kosterních svalů.
- **Trávicí systém** zaznamenává pokles motility střev, zpomalení peristaltiky a následné zácpy. Dochází k zpomalenému vstřebávání živin i léků, častému nechutenství i ztrátě pocitu žízně. Senioři také přicházejí o svůj chrup a jsou nuceni používat protézy.
- **Vylučovací systém** zaznamenává snížení funkce ledvin. Snižuje se kapacita močového měchýře, často dochází k močové inkontinenci a infekcím močového ústrojí (MALÍKOVÁ, 2010).

3.1.5 Psychické aspekty stárnutí

Psychické aspekty stárnutí úzce souvisí s biologickými. Zhoršení smyslového vnímání omezuje jejich sociální komunikaci, což může mít za následek nedůvěřivost, úzkost, strach. Dochází k zhoršení paměti a to zejména na nové události, postřehu, odolnosti vůči stresu. Senioři se fixují na dávné události, staré vzpomínky, svoje postavení, majetek. Minulost bývá posuzována kladně. Dochází k horší adaptaci na nové situace, respektive vše nové. Senioři se neradi rozhodují. Individuálně také klesá inteligence a tvořivost. Citové vztahy ve stáří jsou poznamenány zejména ztrátou partnera, stoupá význam rodiny. Senior zastává v širší rodině důležitou roli dědečka, babičky, pradědečka, prababičky. Malíková popisuje emoční nestabilitu až labilitu, výkyvy nálad, někdy však citovou oploštělost až apatii (MALÍKOVÁ, 2010). Většina seniorů je citově zranitelná a od ostatních očekávají pochopení a projevy úcty (KLEVETOVÁ, 2008). Dochází k zvýraznění osobnostních a povahových vlastností, zejména těch negativních.

V oblasti duševní lze někdy jen těžko odlišit, kdy jde o přirozené involuční změny a kdy se jedná o součást či následek duševní poruchy. Duševní činnost starých lidí je zpomalena. Klesá motivace a zainteresovanost. Duševní síly zůstávají zachovány i v pokročilém věku

jen když zůstane zachován zájem a horlivost. Zpomalení je také dáno zvýšenou opatrností gerontů, nechtějí udělat chybu a také mají dost času. Emoční prožívání je méně intenzivní, chudší, plošší, převažují emoce negativní – mrzutost, nespokojenost. To je v kontrastu s pozitivními vzpomínkami na minulost a s opomíjením tehdy negativně hodnocených zážitků.

3.1.6 Změna osobnosti

Změny osobnosti ve stáří jsou přirovnávány ke karikatuře sebe samého. Starý člověk již nedokáže tlumit, držet na uzdě nepěkné vlastnosti. Zvýrazňuje se lakota, panovačnost, teror, podezíravost, mrzutost. Ale některé vlastnosti se naopak mohou utlumit například hysterie. Hrozbou stáří je podezíravost a chorobný stupeň paranoidita. Setkáváme se s ní zejména u samotářů a sama o sobě vede k osamocení. Často ji podporuje hluchota, nedoslýchavost. Na druhé straně je třeba být opatrný v úsudku, zda nejde o oprávněné podezírání.

Osobnost starého člověka bývá narušena také demencí. Mezi laiky jde o hanlivý výraz. V psychiatrii znamená úbytek rozumových schopností větší, než odpovídá věku. Projevuje se poruchami paměti, zejména krátkodobé. Dlouhodobá paměť bývá déle zachována. U demence Alzheimerova typu jsou patrné změny osobnosti a chování (ztráta zájmů, přestává navštěvovat přátele, upadá ve sféře eticko-estetické, ochuzené myšlení, nepřiměřené projevy sexuality).

Stáří bývá též spjato s depresemi. Jde o chorobné smutky, duševní bolest spojenou s neklidem, úzkostí. Často se objevují jako reakce na těžkou ztrátu – smrt, amputaci, stěhování, doprovází tělesná onemocnění. Lze je léčit, ale prvotní je odstranění pravé příčiny. Deprese může být i smrtelná, pacient suiciduje. Velmi vhodná je psychoterapie s povzbuzením, účastí, rozumným domlouváním.

3.1.7 Sociální aspekty stárnutí a duchovní život

Mezi nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty stáří patří odchod do důchodu, zhoršení finančního zabezpečení. Zhoršuje se možnost kontaktů s přáteli, dochází k osamělosti z důvodu ztráty blízkých, k sociální izolaci. Omezení je také v společenských, kulturních a jiných aktivitách. Dochází často ke změně prostředí, stěhování, změně životního stylu. Objevují se obavy z nesoběstačnosti, fyzické závislosti z důvodu onemocnění (MALÍKOVÁ, 2010). K pozitivním sociálním aspektům stáří řadí Jarošová (2006, s. 31) dobré rodinné vztahy, pevná citová pouta, funkční rodinu, plánovanou ekonomickou přípravu na důchod, efektivní vyplnění volného času a možnosti uspokojit potřeby seniora. Většina seniorů se brání dožití v sociálním zařízení. Jednoznačným trendem do budoucna je dožít ve svém prostředí event. mezi svými.

Víra pomáhá v osamělosti, mírní a pomáhá nést nejrůznější těžkosti, pomáhá v hledání integrity, harmonizuje vztahy s okolím, naučí meditoval, rozjímat. Je však třeba být i ostražitý k možným negativním následkům víry.

3.1.8 Ageismus - věková diskriminace

Pojem ageismus poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v článku Washington Post v souvislosti se segregací bytovou politikou. Původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří. Pojem bývá někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“. V průběhu času se objevila celá řada nových definic, zejména se snažících celý pojem zpřesnit, respektive rozšířit o celé spektrum „věku“ – tedy i na osoby mladší. První česká sociologická definice zní:

Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.

Kalvach a Onderková popisují, že se jedná o odepírání léčby z důvodu věku, přisuzování negativních vlastností všem starým lidem, infantilizaci, odepírání možnosti rozhodnout se, ponižování důstojnosti. Pokorná hodnotí, že ageistické postoje se vyskytují v ošetrovatelské péči častěji než jinde. Pečovatelé hodnotí seniory jako „šedou masu“, která má stejné problémy související s věkem. Důsledkem ageistických postojů v ošetrovatelské péči je neúčinná spolupráce, snížené sebevědomí, dopad na kognitivní schopnosti a psychické zdraví, zvýšená závislost, snížené očekávání (POKORNÁ, 2013).

3.1.9 Mýty o stáří

Některé mýty o stáří zapustily pevné kořeny i v dnešní společnosti. Rozšířený je **mýtus homogeneity**. Od určitého času se nám jeví stáří a chování seniorů stejné. Potřeby seniorů většinou nerozlišujeme, i když na základě vzhledu starých lidí, některé znaky, jako je pomalejší chůze, šedivé vlasy a vráscitý obličej, se nedají u všech stárnoucích lidí popřít. Musíme si ale uvědomit, že potřeby se odvíjejí od cílů, kterých chce senior dosáhnout, a samozřejmě bereme v potaz i jejich věk. Jelikož senioři mají větší část života prožitou a každý senior jí prožil jinak, jsou i jejich potřeby velice individuální a odlišné. Podle odborníků tento problém nazýváme výrazná heterogenita potřeb seniorů.

Mýtus ignorace – jeho jádrem je přesvědčení, že člověk, který je starý, nepracuje a není užitečný, nemůže být naším partnerem ani spolupracovníkem. Nemůže být dokonce ani naším protivníkem (sokem). Nestojí těm mladším ani za slovo, ani za pozornost. Je možné ho přehlížet (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Mýtus neužitečného času vychází opět jen z představy, že ten, kdo nic nedělá, nechodí do práce, je neužitečný, zároveň se stává přítěží pro ostatní a pro společnost všeobecně. Měli bychom si uvědomit, že staří lidé si zaslouží úctu a zabezpečení na stáří, právě proto, že dříve, myslíme tím, v produktivním věku, byli užiteční (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Mýtus falešných představ se zakládá na hlubokém pocitu jistoty, že dostačující nebo vyhovující hmotné zajištění starých lidí, je předpokladem jejich spokojenosti a že i tuto spokojenost je schopen vytvořit.

Mýtus o arterioskleróze tvrdí, že jakýkoli starý člověk je sklerotický a tudíž také celkově nemocný. Skleróza starých lidí je chápána jako jednoznačný projev stáří.

Mýtus zjednodušené demografie je postaven na domněnce, že člověk se stává starým v den odchodu do penze. Myslíme si, že všichni staří lidé jsou důchodci a že v důchodu lidé přestávají žít. Jako by dál už nebylo nic než jen strastiplné stáří, doprovázené nemocemi s myšlenkami na blízko očekávanou smrt (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

3.2 Geriatrie a gerontologie

Problematikou seniorského věku se zajímají obory geriatrie, gerontologie, gerontopsychologie, gerontopedagogika. **Gerontologie** je obecný pojem pro nauku o stárnutí a stáří. Zkoumá je z pohledu biologického, demografického, sociálního a z mnoha dalších aspektů. Zajímá se o fyziologické procesy stárnutí, které mají za následek omezení funkční zdatnosti seniora. Dělí se na gerontologii sociální, experimentální a klinickou.

Gerontologie sociální zkoumá dopady stáří a stárnutí na člověka. Sleduje sociální a společenské okolnosti, které stárnutí ovlivňují, a v neposlední řadě prošetřuje a zařazuje sociální potřeby stárnoucích lidí a seniorů. (MUHLPACHR, 2005).

Gerontologie experimentální studuje psychologické a biologické procesy stárnutí člověka, zabývá se biologickými studii tkání, orgánů, organismů a stárnutím buněk.

Gerontologie klinická – geriatrie je lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, ale také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví. Je to samostatný lékařský obor poskytující specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku (HOLMEROVÁ, 2007).

Topinková popisuje tři hlavní cíle geriatrie:

- Prvním cílem je časným diagnostikováním, monitorováním a léčbou chronických onemocnění uchovat dobré zdraví seniora.
- Druhý cíl představuje zachování soběstačnosti, zdatnosti, nezávislosti seniora v jeho přirozeném prostředí.
- Třetím cílem je podpora kvality života seniora.

Podle koncepce oboru je geriatrie vymezena následovně:

- Je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru.
- Předmětem zájmu geriatrie je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci. V širším pojetí pak i ti nemocní, kteří povahou svého onemocnění či funkčním stavem profitují z geriatrického režimu a stylu práce.
- Geriatrie aktivně usiluje o týmovou spolupráci včetně vytváření stálých geriatrických týmů s odborníky (především vysokoškolsky vzdělanými) v ošetrovatelství, fyzioterapii, ergoterapii, sociální práci, eventuálně dalších souvisejících nelékařských oborech. Úzce spolupracuje i s ostatními lékařskými obory (především s neurologií, psychiatrií, rehabilitací a praktickým lékařstvím) a integruje jejich poznatky o starém a nemocném člověku. Ve svém interdisciplinárním pojetí však geriatrie v péči o starého člověka nenahrazuje činnost ostatních klinických oborů a vychází ze zásady, že každý lékařský obor má své staré nemocné (tzv. oborová geriatrie), o něž pečuje svými specifickými prostředky.
- Geriatrie se ujímá především těch starších nemocných, u nichž dominuje nespecifická symptomatologie nad oborovou, u nichž závažná multimorbidita problematizuje oborové kompetence, či kteří jsou závažně ohroženi komplikacemi odvrátitelnými specifickým geriatrickým režimem.
- Geriatrie rozpracovává do podmínek české společnosti a jejího zdravotnického systému mezinárodní zkušenosti a doporučení týkající se zdravotní a zdravotně sociální péče o seniory, především jejich integrace, participace, nediskriminovanosti a modifikace služeb. Zabývá se rovněž otázkami kvality péče se zvláštním důrazem na zařízení péče dlouhodobé. Primární prevence v rámci konceptu úspěšného stárnutí se stejně jako geriatrické poradenství obrací převážně na osoby středního a mladšího věku.

Gerontopedagogika je věda, nauka o vzdělávání a výchově, edukaci starých lidí, je součástí andragogiky. Přináší teorii výchovy ve stáří a pro stáří. Tato poměrně nová disciplína se zabývá otázkou jak vzdělávat seniory, připravit je na stáří a udělat tuto životní etapu důstojnější. Zvyšuje se věk odchodu do důchodu, proto se hledají nové metody, jak udělat seniory produktivnějšími.

Gerontopsychologie studuje psychologické aspekty procesu stárnutí a období stáří, jde o speciální psychologickou disciplínu.

Za zakladatele americké geriatrické školy je považován I.L. Nascher (1863–1944). Ve dvacátých letech minulého století se zabýval problematikou nemocí ve stáří profesor Rudolf Eiselt (1881–1950), který byl od roku 1926 přednostou Ústavu pro nemoci stáří v dosavadním chudobinci Sv. Bartoloměje a později založil při pražské lékařské fakultě kliniku nemocí stáří. Jednalo se o první univerzitní oddělení na světě. Profesor Rudolf Eiselt setrval v čele této kliniky do roku 1939. V roce 1929 byly otevřeny také Masarykovy domovy, na svou dobu moderní a zcela unikátní zdravotně sociální zařízení s 250 lůžky, které bylo bohužel brzy uzavřeno (v roce 1942 v období nacistické okupace) a již nikdy se nenavrátilo původnímu účelu. V roce 1942 byla založena Americká geriatrická společnost, v roce 1946 založil N.W. Shock v National Institute of Health v Bethesda gerontologickou jednotku. Po druhé světové válce nastal významný rozvoj geriatrici i v Evropě. Významnou průkopnicí byla Marjory W. Warrenová (1897–1960). U nás usiloval o rozvoj oboru významný a moudrý lékař Bohumil Prusík (1886–1964), pražský profesor vnitřního lékařství. Samostatným nástavbovým atestačním oborem se stala geriatrici v roce 1983, v době, kdy byl hlavním odborníkem pro tento obor profesor Vladimír Pacovský.

V roce 1962 vznikla samostatná Československá gerontologická společnost, která byla v roce 1993 přejmenována na Českou geriatrickou společnost a od roku 1994 na Českou gerontologickou a geriatrickou společnost (ČGGS). Od roku 2007 je předsedkyní společnosti prim. doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. Mezi stěžejní dokumenty, vypracované na základě připomínek a podkladů členů výboru ČGGS, patří koncepce oboru geriatrici z roku 2001. Dále mezi ně patří Národní program přípravy na stárnutí na období 2003–2007 vypracovaný skupinou odborníků a předložený vládě Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Program uznává koncepční a systematickou reakci na demografické a sociální změny a navrhuje řadu změn v oblasti zdravotní péče, vzdělávání, bydlení, sociálních služeb, penzijní politiky. V roce 2006 byla jmenována Rada vlády pro otázky seniorů, jejímiž členy jsou I. Holmerová a Z. Kalvach, za odbornou geriatrickou veřejnost a J. Lorman, předseda občanského sdružení Život 90 (HOLMEROVÁ, 2007).

Významné změny v péči o seniory byly patrné v 80. letech 20. století. V roce 1974 začaly vznikat LDN (léčebny dlouhodobě nemocných), které nahradily tzv. interní oddělení II. typu. Podle statistických údajů získaných v Českém statistickém úřadu za první čtvrtletí roku 2008 61 % obyvatel zemřelo v nemocnicích, 9 % v léčebných ústavech, 5 % v sociálních zařízeních, 2 % jinde. Pouze 20 % obyvatel zemřelo v domácím prostředí. V posledních letech se Ministerstvo zdravotnictví ČR v souvislosti s přípravou zákona o dlouhodobé péči zaměřilo i na léčebny dlouhodobě nemocných, kde jsou často dlouhodobě hospitalizováni pacienti spíše ze sociálních důvodů, což není zcela žádoucí a nenaplňuje smysl těchto zařízení.

V roce 1982 byla na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří navržena strategie péče o seniory, která je označována jako 4D. Jako první bod této strategie je navržena

demedicinalizace. To znamená, že komplexní zajištění starého člověka neřeší medicína, péče o staré občany se musí přenášet do sociálních služeb, do režimu ambulantních zdravotnických služeb a do celospolečenských sfér. Dalším bodem je **deinstitucionalizace.** Péče o staré lidi se nedá realizovat pouze v institucích (zdravotnických, sociálních). Je třeba rozvinout domácí a komunitní formy péče a posilovat partnerskou roli samotných seniorských pacientů. O nezastupitelné úloze agentur domácí péče není pochyb. I když i v této oblasti má ČR značné rezervy. Také je zcela namístě výchova společnosti k předvídání a plánování svého stáří. Dalším bodem je **deprofesionalizace.** Odpovědnost za péči o seniory neleží pouze na profesionálech, o starého člověka se může do určité míry starat téměř každý, kdo je ochoten a schopen. Obrovský význam zde hrají zejména rodinní příslušníci, přátelé a v posledních letech zaznamenáváme zájem i o dobrovolnické služby. Posledním bodem strategie je **derezortizace.** Každý resort lidské činnosti může udělat něco pro seniory. Existujícím faktem je celospolečenská prostoupenost seniorské problematiky. Každý zdravý a ekonomicky činný člověk by měl znát potřeby starých spoluobčanů (MLČOCHOVÁ, 2009).

3.3 Geriatrický pacient

Z lékařského i demografického pohledu považujeme u nás za počátek stáří obvykle věk 65 let. Možná si v blízké době budeme spíše zvykat na rozdělení vyššího věku, které bylo používáno na Druhém světovém shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu (duben 2002), kde se hovořilo o seniorech jako o lidech šedesátiletých a starších a o starých seniorech jako o lidech starších osmdesáti let. Toto rozdělení se zdá být praktičtější nikoli pro demografický popis populace ve vyspělých zemích, ale pro celý svět, v jehož některých oblastech (subsaharská Afrika) je střední délka života cca 40 let (HOLMEROVÁ, 2007). Dosažení 65 či 75 let věku neznamena automaticky, že se člověk stává geriatrickým pacientem. Ukazatelem by neměla být věková hranice, ale křehkost a profit ze specifického geriatrického režimu s prevencí geriatrického hospitalismu, z koncentrace geriatricky vyškoleného personálu, ošetrovatelských a rehabilitačních pomůcek.

Z ošetrovatelského hlediska je užitečné rozlišovat následující kategorie seniorů (geriatrických pacientů):

- **Zdatní (fit) – senioři**, kteří bez ohledu na svůj věk jsou fyzicky zdatní a zvládají dobře i náročnější zdravotnické výkony, mají potřebnou svalovou sílu, takže rekonvalescence po operacích probíhá rychle. Vyžadují jen drobné modifikace ošetrovatelského postupu.
- **Nezávislí – senioři**, kteří dobře zvládají aktivity každodenního života (activities of daily living, ADL) a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější pomoc příbuzných, sousedů ani pečovatelské služby (zvládají nákupy, vedení domácnosti atd.). Tato skupina seniorů selhává za situací přinášejících velkou zátěž (těžší horečnatá onemocnění, pooperační stavy, intenzivní pohybová rehabilitace, porucha výtahu s nutností chůze do schodů). V domácím prostředí potřebují pomoc v období mimořádné zátěže, při ústavním ošetřování obvykle zvláštní opatření nevyžadují, profitují z rekondičních programů.
- **Křehcí (frail) – senioři**, kteří jsou zvýšeně ohroženi náhlým zhoršením zdravotního stavu (např. recidivy srdečního selhání), časté jsou pády s neschopností vstát po pádu. Tato skupina seniorů nezvládá zátěžové situace (např. rozvoj delirantního stavu při akutním onemocnění či při změně prostředí), je nutná trvalá pomoc při náročnějších činnostech každodenního života (tzv. instrumentální ADL neboli IADL – např. nakupování vaření, vedení domácnosti). V domácím prostředí vyžadují ošetrovatelskou péči, často je nutné sledování pomocí systémů tísňové péče (tísňového volání), v ústavní péči potřebují

zvýšený dohled s prevencí a zvládnutím imobilizačního syndromu či delirantních stavů, při propuštění do domácí péče je nutné zajistit pečovatelskou službu nebo edukovat rodinu v péči o seniora.

– **Závislí – senioři**, kteří zčásti nebo zcela nezvládají sebeobsluhu, základní aktivity denních činností, kteří z fyzických či psychických důvodů vyžadují pomoc při stravování, hygieně, oblékání, vyprazdňování a pohybu.

– **Zcela závislí – senioři**, kteří jsou dlouhodobě či trvale imobilní nebo mají kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí. Zcela závislí senioři vyžadují aktivní zajištění antidekubitálního režimu, hydratace, výživy. Jsou ohroženi rozvojem imobilizačního syndromu (KALVACH, 2008).

Holmerová říká, že geriatrický pacient je ten starší pacient (zpravidla 70 a více let), jehož onemocnění je komplikováno dalšími významnými komorbiditami ovlivňujícími diagnostický proces, terapii i rehabilitaci, který je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi (imobilita, dehydratace, malnutrice atd.), zdravotnický zájem se u takového pacienta stává komplexnějším a rovnoměrněji se soustřeďuje na problematiku chorob i funkčního stavu, který potřebuje specifický přístup (specifický geriatrický režim), tak jako děti potřebují specializovanou pediatrickou péči, s tím rozdílem, že pediatrickým pacientem je každé nemocné dítě – geriatrickým pacientem není zdaleka každý nemocný senior (HOLMEROVÁ, 2007).

Geriatricie pečuje obvykle o pacienty starších sedmdesáti let. Z pohledu preventivního je však třeba zdůraznit, že se moderní geriatricie a gerontologie orientují zejména na tzv. mladé seniory, kteří pro své zdraví ve stáří mohou pozitivní změnou životního stylu mnohé učinit (HOLMEROVÁ, 2007). Starší pacient se liší od mladšího pacienta zpravidla tím, že jeho stonání trvá déle.

Pro úplnost uvádíme ještě několik používaných termínů s vysvětlením:

- Geront – z řeckého gerón – starý muž.
- Gerontologie – věda o stáří.
- Geriatricie – lékařský obor zaměřený na stáří.
- V češtině by bylo správné užívat stařec a stařena, ale to má silný a složitý citový náboj.
- Latinsky se geront řekne senex a od tohoto slova jsou pak odvozena senilita a senilní (což má opět v laické řeči hanlivý význam).
- Přijatelně zní senium, stáří.
- V češtině používáme též výraz „přestárlý“. Podle Vondráčka je toto slovo urážlivé a surové. Je výrazem ageismu a podivné filozofie, která vidí v člověku jen prostředek, nebo která si trvá rozhodnout, kdy ještě má život cenu a kdy už nestojí za to, aby byl žit.
- Význam slova stáří v historii se mění. V roce 1800 byl za starého považován čtyřicetiletý. V roce 1890 byl kmetem označován padesátiletý. A dnešní šedesátník se za starého ještě nepovažuje (ŘÍČAN, 2004).

3.3.1 Komplexní geriatrické vyšetření

K zjištění rizik, priorit a potřeb daného geriatrického pacienta slouží tzv. komplexní geriatrické hodnocení (anglicky comprehensive geriatric assessment, CGA). Poskytuje geriatrickému týmu (lékař – nejlépe geriatr, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, popř. logoped a lékařští konziliáři, např. gerontopsychiatr) východisko k účelným zdravotním a sociálním službám a pacientovi by mělo přinést větší účinnost a

bezpečnost péče s lepším pochopením jeho potřeb (KALVACH, 2008). Komplexní geriatrické hodnocení zahrnuje:

- klinické vyšetření,
- speciální hodnocení fyzické výkonnosti a soběstačnosti,
- posouzení duševního stavu,
- objektivní šetření v místě bydliště (sociální vztahy, úroveň bydlení).

Klinické vyšetření doplňujeme screeningem rizikových faktorů (smyslové postižení, inkontinence, dekubity, poruchy rovnováhy, malnutrice (HOLMEROVÁ, 2007).

Některá hodnocení v rámci CGA se používají v ošetrovatelské diagnostice. Často se používají škály v různých modifikacích:

- ADL (Activities of Daily Living) – test všedních činností dle Bártlové. Hodnocení ADL je založeno na vyjádření pacienta nebo pečující osoby, částečně i na přímém pozorování pacienta při jeho vyšetření.
- IADL (Instrumental Activities of Daily Living) - test instrumentálních denních činností, zahrnuje komplexní aktivity nezbytné pro nezávislý život ve vlastní domácnosti. Hodnocení IADL závisí pouze na nepřímém hodnocení. Doporučuje se informace od pacienta ověřit z dalšího objektivního zdroje. Někteří nemocní promítají do odpovědí spíše vlastní přání než své skutečné možnosti.
- MMSE (Minimal State Exam) - test kognitivních funkcí podle Folsteina, test kreslení hodin (Clock test).
- GDS (Geriatric Depression Scale) - škála deprese pro geriatrické pacienty.
- MNA (Mini Nutritional Assessment) v českém překladu Škála pro orientační hodnocení stavu výživy.
- Norton scale – škála rizik pro vznik dekubitů dle Nortonové.
- Zjištění rizika pádů – při příjmu k hospitalizaci, pátráme po faktorech, které by mohly vyvolat pád.
- Škála bolesti, u starších nemocných používáme například jednoduchou stupnici bolesti, kde nemocný vyjádří intenzitu bolesti od 0 do 5 podle klíče.

3.3.2 Geriatrické syndromy

Kombinace involučních změn, obvykle několika chorob (tzv. multimorbidita) a dalších vlivů (např. malnutrice či dekonidice z nečinnosti) vytváří komplex příčin, které se vzájemně ovlivňují a potencují, takže často nelze určit, která z nich zodpovídá za klinický obraz a obtíže pacienta největší měrou. Proto v geriiatrii narůstá význam geriatrických syndromů. Jimi se rozumí závažný příznakový soubor vyvolaný měnlivě kombinovanými příčinami. Důraz je kladen nejen na kauzální (příčinnou) léčbu léčitelných chorob, ale především na komplexní (víceoborové) zvládnání obtíží a pacientovy situace (KALVACH, 2008).

K hlavním geriatrickým syndromům patří:

- **Syndrom instability** – poruchy stability různého původu v souvislosti např. s onemocněním pohybového, kardiovaskulárního, nervového systému, s poruchou krvetvorby, s vadou zraku, s užíváním rizikových léků (diuretika, sedativa, antihypertensiva, hypnotika aj.). Mezi hlavní problémy patří pády a jimi způsobená poranění. Řešením je posouzení hlavních příčin - bezbariérová úprava prostředí, instalace madel, optimalizace osvětlení, zavedení tísňové signalizace, správná technika používání kompenzačních pomůcek, posilování stability a svalů na dolních končetinách, úprava medikace. Při ústavním pobytu je nutný zvýšený dohled.

– **Syndrom de kondice a hypomobility** – snížení pohybové aktivity z důvodu např. chronické bolesti, psychické poruchy, ztráty motivace, poruchy výživy, nežádoucích účinků léků. Hlavním problémem je pokles kondice, únava, dušnost, pocení při běžných denních aktivitách, atrofie svalů na dolních končetinách. Řešením je kromě příčinné léčby rekondiční program, motivace pacienta ke změně pohybového režimu, především k většímu rozsahu chůze.

– **Syndrom imobility (imobilizační syndrom)** – soubor negativních důsledků dlouhodobého či trvalého upoutání na lůžku, popř. v křesle v souvislosti např. s poruchou nervového, kosterního, svalového systému, celkovou slabostí, silnou bolestí, psychosociálních problémů. Hlavním problémem jsou poruchy pohybového systému (svalové atrofie, flekční kontraktury), kardiovaskulárního systému (ortostatická hypotenze, flebotrombózy), respiračního systému (hypoventilace, pneumonie), metabolického systému (malnutrice), zažívacího systému (obstipace), močového systému (retence, urolitiázy, infekce močových cest), kožního systému (dekubity) a psychosociální reakce (deprese). Řešením je důsledná prevence, každodenní fyzioterapie včetně posilování ortostatických mechanismů a pohybových stereotypů, důsledný antidekubitální režim, hydratace a aktivizační program.

– **Syndrom anorexie a malnutrice** - příčinou anorexie může být závažné onemocnění (např. nádorové), nežádoucí účinek léků, deprese, obstipace, nevhodná úprava potravy. K příčinám malnutrice patří navíc poruchy chrupu, poruchy polykání, poruchy vstřebávání a poruchy příjmu a složení potravy. Řešením je důsledné sledování příjmu potravy s její individuální úpravou, popřípadě zajištění nutriční podpory či umělé výživy jak parenterální, tak enterální (KALVACH, 2008).

– **Syndrom psychické alterace** – jde o různé formy kognitivního deficitu až syndromu demence provázené poruchami chování a orientace či stavy zmatenosti ve smyslu deliria. Řešením je především zvýšený dohled s posílením personálního obsazení, kauzální léčba příčiny delirantního stavu, zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí s co nejmenším použitím omezovacích pomůcek jak fyzických tak farmakologických.

– **Syndrom inkontinence** – nekontrolovatelný, anebo nepřiměřený odchod moči případně stolice. Ošetrovatelská péče se odvíjí od typu inkontinence, od povahy a prognózy základního onemocnění, od schopnosti pacienta k samošetření, schopnosti spolupráce a v geriatrici velmi často od míry spolupráce pacientovy rodiny. Pacient by měl být vybaven vhodnými pomůckami, které brání komplikacím, zlepšují kvalitu života nemocného, posilují jeho důstojnost a u imobilních osob i sociální kontakty (KALVACH, 2008).

– **Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu** – jde o kombinovanou poruchu zraku a sluchu se závažným omezením kontaktu s okolím, se sensorickou komunikační deprivací a se sociální izolací. Pacienti potřebují intenzivní komunikační a aktivizační úsilí ošetrovatelského personálu (KALVACH, 2008).

– **Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace** – jde o špatnou adaptaci především na přijetí do dlouhodobé ústavní péče, případně na jiné závažné životní události projevující se např. apatií, bezcílným přecházením, pohybovými stereotypy, vyhýbání se očnímu kontaktu, soustředěním zájmu na základní životní potřeby a nadměrným rozsahem spánku. Tyto projevy jsou často ošetrovatelským personálem zaměňovány za projevy demence. Mezi psychosomatické projevy patří závratě, bušení srdce, pocení, pokašlávání, pocity nedonadechnutí, nadýmání, mikční dyskomfort. Ani rozsáhlé vyšetřování nevede ke zjištění organické příčiny. Řešením může být psychoterapeutická podpora.

– **Syndrom terminální geriatrické deteriorace** – jde o zhoršování zdravotního a funkčního stavu křehkých geriatrických pacientů bez jednoznačné chorobné příčiny, nereagující na léčbu a spějící k smrti. K hlavním příznakům patří nechutenství, hubnutí,

únava, omezování aktivit, apatie, objevení či zhoršení inkontinence, v pokročilé fázi imobilita na lůžku někdy se stavy zmatenosti. Hlavním řešením je vstřícná paliativní péče, v ústavní péči např. zajištění kontaktu s rodinou.

4 Komplexní geriatrické hodnocení

K souhrnnému hodnocení nemocného v geriiatrii je používáno **komplexní geriatrické hodnocení CGA (Comprehensive Geriatric Assessment)**, které je zaměřeno na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých seniorů s cílem vypracovat plán pro léčení a dlouhodobé sledování (KALVACH, 2011). CGA respektuje skutečnost, že ve stáří dochází k významnému provázání zdravotních a psychosociálních problémů. Každé sledování musí být tedy nutně vztahováno k prostředí, v němž se senior nachází. Sledujeme zejména tyto oblasti:

- osobnost seniora,
- tělesné zdraví,
- funkční výkonnost,
- duševní zdraví,
- sociální souvislosti.

Hodnocení CGA probíhá ve třech úrovních. První je úroveň empirická, expertní odhad stavu na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření. Druhá úroveň je orientační a využívá screeningové testování (například MMSE, MNA Mini Nutritional Assessment, Barthelové test). Testy provádí zpravidla sestry, ale jejich vyhodnocení náleží lékařům. Třetí úroveň je podrobná a vyžaduje speciální vybavení (například odborné psychiatrické vyšetření, CT, MRI, ergometrii, laboratorní vyšetření).

Literatura:

- FULMER, T., 1991. The Geriatric Nurse Specialist Role: A New Model. In: *Nursing Management*. 22(3): 91-93. ISSN 1365-2834.
- HOLMEROVÁ, I. et al., 2007. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0179-8.
- KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient v primární péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- MINI-MENTAL STATE EXAMINATION, 2002. [online] [vid. 01 01 2014] Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/files/mmse.pdf>
- MULTIMEDIÁLNÍ TŘENAŽÉR PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, 2014. [online] [vid. 01 01 2014] Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5808.pdf>
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
- PAYNEOVÁ, S., 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.
- POKORNÁ, A., 2013. *Ošetřovatelství v geriiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-849-0.
- TOPINKOVÁ, E., 2003. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. In: *Česká geriatrická revue*. [online]. 1/2003. [vid. 08-01-2014]. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_03_01_01.pdf
- VOKURKA, M., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 80-85912-70-8.

VOLICER, V., 2012. Syndrom demence – jaká péče je efektivnější v pozdních stádiích. Zkušenost z USA. In: *Management péče o pacienta v pozdních fázích demence, role paliativní péče, konference*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 31. 5. 2012.

4.1 Hodnocení kognitivních funkcí seniorů

Nejčastěji používaným testem kognitivních funkcí je test **MMSE (Mini Mental Status Examination)**. Tento test je třeba považovat za orientační, nicméně je nejčastěji používán jak v diagnostice, tak ve výzkumu. Pacient může v testu dosáhnout maximálně 30 bodů, které hodnotí různé úkoly z oblasti orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, výbavnosti paměti, pojmenování obecně známých předmětů, opakování jednoduchého rčení, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, napsání věty, obkreslování obrazce. Maximální výkon pacienta může být 30 bodů. Až do 27 bodů se výsledek testu hodnotí jako normální, 26 a 25 bodů považujeme za hraniční nález, 24–18 bodů svědčí pro lehkou demenci, 17–6 bodů pro středně těžkou demenci, 5 bodů a méně pro demenci pokročilou. Z výsledků MMSE vychází také indikace léčby Alzheimerovy choroby pomocí kognitiv. Zde je třeba podotknout, že se jedná o velmi problematický postup, který má mnohá úskalí, například při léčbě inhibitory cholinesteráz, která by měla být indikována pro pacienty s MMSE skóre 20 a nižším, právě při úspěšné léčbě dojde ke zlepšení stavu, MMSE se zvýší a evidentně účinná léčba by měla být vysazena. Lepší výsledky MMSE mají pochopitelně také lidé s vyšším intelektem, takže k diagnóze demence, která je postavena jen na tomto testu, dojde daleko později než u lidí s výchozím nižším intelektem. Výkon v MMSE také může kolísat v průběhu dne, může být závislý na celkovém somatickém stavu pacienta a podobně. Přes tyto výhrady se jedná o test, který je relativně spolehlivý, a proto často užívaný.

Všeobecné pokyny k používání MMSE

1. Před použitím se pokuste posadit vyšetřovaného tak, aby seděl proti vám. Prověřte jeho schopnost slyšet a porozumět velmi jednoduché konverzaci, např. „Jak se jmenujete?“ . Pokud vyšetřovaný používá brýle nebo naslouchací přístroj, zajistěte, aby je měl ještě před začátkem vyšetření.
2. Představte se a pokuste se získat důvěru vyšetřovaného. Před vyšetřením ho požádejte, zda mu můžete klást otázky, např. „Mohu se vás zeptat na několik otázek, týkajících se vaší paměti?“ .
3. Položte každou otázku nanejvýš třikrát. Když vyšetřovaný neodpovídá, skórujte „0“.
4. Když vyšetřovaný odpoví nesprávně, skórujte „0“. Nenaznačujte (nepomáhejte), ani nekladte otázku znovu. Např. „Jaký je nyní rok?“ – „1952.“ Akceptujte tuto odpověď, nekladte tuto otázku znovu, nenaznačujte, neposkytujte žádný neverbální „klíč“ jako jsou např. pohyby hlavou apod.
5. K používání MMSE je zapotřebí následující vybavení: hodinky, tužka a čistý papír.
6. Když vyšetřovaný odpovídá „Co jste říkal?“, nevysvětľujte ani se nepouštějte do diskuse – jen zopakujte stejné otázky („Jaký je nyní rok?“), maximálně třikrát.
7. Když vás vyšetřovaný přeruší, např. „K čemu je to zapotřebí?“ , odpovězte jen „Vysvětlím vám to za několik minut (za chvíli), až skončíme. Nyní bychom mohli pokračovat prosím ... už jsme téměř na konci.“

Pokyny k jednotlivým úkolům MMSE

I. Orientace (ponechte 10 sekund na každou odpověď)

1. Jaký den v týdnu je dnes? (akceptujte pouze přesnou odpověď) 1bod

2. Kolikátého je dnes (jaké je dnes datum)? (akceptujte i včerejší nebo zítřejší datum) 1bod
3. Který měsíc (v roce) je nyní? (první den nového nebo poslední den starého měsíce – akceptujte oba) 1bod
4. Který rok je nyní? (akceptujte pouze správnou odpověď) 1bod
5. Jaké je nyní roční období? (během posledního týdne starého období nebo prvního týdne nového období – akceptujte obě sezóny) 1bod
6. Ve kterém státě jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď) 1bod
7. Ve kterém okrese jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď) 1bod
8. Ve kterém jsme městě? (akceptujte pouze správnou odpověď) 1bod
9. Jak se jmenuje tato nemocnice/zdravotnické zařízení (akceptujte pouze správný název nemocnice nebo zařízení) 1bod
10. Ve kterém poschodí budovy jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď) 1bod

II. Zapamatování

11. „Řeknu vám názvy tří předmětů. Opakujte je po mně a zapamatujte si je. Za chvíli se vás na ně zeptám znovu.“ (Řekněte je pomalu, asi v jednovteřinových intervalech) míč, auto, člověk „Prosím vás, zopakujte mi tato slova.“ 3 body (Skóre 1 bod za každou správnou reprodukci na první pokus.) Při opakování vyšetření použijte tato slova: zvonec, džbán, fanoušek nebo účet, déšť, sůl nebo býk, válka, sklenice. Poskytněte 20 sekund na odpověď. Pokud vyšetřovaný nezopakuje všechna tři slova, opakujte je, dokud se je nenaučí, maximálně však 5krát.

III. Pozornost a počítání

12. Opakované odčítání čísla 7. Řekněte: „Odčítejte 7 od 100 a odčítejte potom dále 7 od výsledku, dokud vám neřeknu dost.“ Instrukci je možno opakovat třikrát, pokud vyšetřovaný mlčí, pouze opakujte instrukci. Poskytněte 1 minutu. Když už vyšetřovaný začal, nepřerušujte ho, umožněte mu pokračovat do té doby, dokud neprovede 5 odčítání. Když vyšetřovaný přestane, zastaví se před pěti odčítáními, zopakujte původní instrukci: „Odčítejte stále postupně 7 od toho, co vám zbylo“. Instrukci opakujte nanejvýš třikrát. Zapište si všechny dílčí výsledky vyšetřovaného. Skórování: všechny správně – 5 bodů, 4 správně – 4 body, 3 správně – 3 body, 2 správně – 2 body, 1 správně – 1 bod.

Hláskování slova pozpátku. Úkol může být použit alternativně místo opakovaného odčítání. Již na začátku vyšetření se rozhodněte, zda použijete odčítání či hláskování. Nepoužívejte 5 hláskování pozpátku, pokud vyšetřovaný nebyl schopný odčítat resp. naopak. Řekněte: „Hláskujte slovo POKRM.“ (můžete vyšetřovanému pomoci hláskovat slovo správně) Řekněte: „Nyní to prosím hláskujte pozpátku.“ Poskytněte 30 sekund na hláskování pozpátku. Skóre 0-5 bodů. Když pacient nedokáže hláskovat slovo ani s pomocí, skóre je „0“.

IV. Paměť, výbavnost

13. Řekněte: „Nyní mi řekněte, jaká byla ta tři slova, která jste si měl zapamatovat.“ míč auto člověk (skóre 1 bod za každou správnou odpověď, bez ohledu na pořadí) Poskytněte 10 sekund. 3 body

V. Pojmenování

14. Ukažte náramkové hodinky. Zeptejte se: „Co je to?“ Akceptujte „náramkové hodinky“ nebo „hodinky“. Neakceptujte „hodiny“, „čas“ apod. Poskytněte 10 sekund. 1bod
15. Ukažte tužku. Zeptejte se: „Co je to?“ (skóre 1 bod za „tužku“, skóre pro „pero“ 0) 1bod

VI. Opakování

16. Řekněte: „Chtěl bych, abyste po mně zopakoval větu: „Žádné kdyby anebo ale.“ Poskytněte 10 sekund na odpověď. Skóre 1 bod za správnou reprodukci, musí ale být úplná a přesná. 1bod

VII. Třístupňový příkaz

17. Zeptejte se vyšetřovaného, zda je pravák nebo levák. Při povelu se tomu musíte přizpůsobit. Řekněte: „Vezměte tento papír do vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte papír na podlahu.“ Skórování: vezme papír správnou rukou, přeloží ho na polovinu, položí ho na podlahu. Poskytněte vyšetřovanému 30 sekund. Skóre 1 bod za každý správně vykonaný příkaz. 3 body

VIII. Čtení a splnění příkazu

18. Řekněte: „Přečtěte, co je napsáno na tomto listu a potom to udělejte (udělejte to, co je napsané).“ Podejte vyšetřovanému kartičku s textem „Zavřete oči“. Když vyšetřovaný text jenom přečte, je možné instrukci zopakovat, avšak maximálně třikrát. Poskytněte 10 sekund, 1 bod vyšetřovaný získá jen tehdy, když zavře oči. Předložený text se nemusí číst hlasitě. 1bod

IX. Psaní

19. Podejte vyšetřovanému tužku a papír. Řekněte: „Napište mi jakoukoliv celou větu na tento papír.“ Poskytněte 30 sekund. Věta musí být smysluplná, nehodnotí se gramatické chyby. 1bod

X. Obkreslování

20. Položte před vyšetřovaného předlohu, papír, tužku a gumu a řekněte: „Obkreslete tento obrázek, prosím.“ Umožněte více pokusů, dokud vyšetřovaný neskončí a neodloží kresbu. Vyšetřovaný musí nakreslit 4stranný obrazec mezi dvěma 5strannými obrazci. Roztřesenost ani rotace obrazů nevadí. Maximální čas na kreslení je 1 minuta. 1bod

Maximální celkové skóre je 30 bodů (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION, 2002).

Jiným orientačním testem je **test hodin**, kdy pacienta vyzveme, aby do kruhu o poloměru 10 centimetrů nakreslil hodinový ciferník, dále jej požádáme, aby vyznačil polohu ručiček v určité hodině. Pro hodnocení tohoto testu existuje mnoho schémat a bodovacích systémů. Ty však nejsou příliš nutné, protože výsledek pacientova snažení vidíme na první pohled. Test hodin je také užitečný pro srovnání pacientova výkonu v čase, které můžeme velmi jednoduše dokumentovat. Za normální nález považujeme, že si pacient správně rozvrhne střed a polohu jednotlivých číslic a správně vyznačí polohu ručiček v určitou hodinu (HOLMEROVÁ, 2007).

Mezi stavy, při nichž je kognice významně porušena řadíme demenci, delirium a depresi. Pro posouzení míry deprese lze využít **Geriatrické škály deprese**:

1. ANO, mívám ten pocit - 1 / NE - 0
2. ANO - 0 / NE - 1
3. / NE - 0
4. ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

Tabulka Geriatrická škála deprese

| Sledovaná položka | Hodnocení | |
|--|------------------------|---------------|
| Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete? | Ano 0 | Ne 1 |
| Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy - stejné jako dříve nebo jste většiny z nich zanechal/a? | Stejně 0 | Zanechal/la 1 |
| Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života? | Ano 1 | Ne 0 |
| Často se nudíte? | Ano 1 | Ne 0 |
| Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná? | Dobrá 0 | Špatná 1 |
| Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého? | Ano 1 | Ne 0 |
| Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á? | Šťastný/á 0 | Nešťastný/á 1 |
| Míváte často nebo převážně pocit bezmoci? | Ano 1 | Ne 0 |
| Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost? | Doma 1 | Společnost 0 |
| Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků? | Ano 1 | Ne 0 |
| Myslíte si, že žijeme v hezké době? | Ano 0 | Ne 1 |
| Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi? | Ano, mívám ten pocit 1 | Ne 0 |
| Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života? | Ano 0 | Ne 1 |
| Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu? | ANO, myslím si to 1 | Ne 0 |
| Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám? | ANO, myslím si to 1 | Ne 0 |

Hodnocení: 0-7 bodů odpovídá normě, 8-12 bodů mírná deprese, 13-15 bodů těžká deprese

Zdroj: Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče, 2014

V současné době se v literatuře často objevuje pojem **mírná kognitivní porucha** (MCI Mild Cognitive Impairment), která je považována za přechodnou fázi mezi kognitivními změnami normálního stárnutí a časnou demencí. Odpovídá prodromální fázi demence a je významným rizikovým faktorem pro vznik demence.

Při hodnocení kognice provádíme screening (odhalí přítomnost poškození) i monitorování (sleduje vývoj a odpověď na léčbu). Testování by měla být prováděna vždy při příjmu a propuštění z institucionální péče, při překladu pacienta do jiného zařízení, při změně medikace, před závažným rozhodnutím v léčbě, při změně chování. V případě deliria opakujeme hodnocení po 8-12 hodinách. Po propuštění do domácího prostředí je vhodné testování provést v průběhu prvních šesti týdnů. Při testování zajistíme komfortní prostředí, vhodnou osobu, vhodné načasování.

4.2 Hodnocení nutričního stavu seniorů

Základním předpokladem pro efektivní hodnocení stavu výživy seniorů je znalost pojmů:

– Hyponutrice – podvýživa, výživa s nedostatečným energetickým obsahem.

- Malnutrice – podvýživa, zejména ve smyslu špatného složení potravy.
- Karence – nedostatek určité živiny nebo jiné látky v potravě poškozující zdraví.
- Marasmus – zchátralost, celková sešlost následkem věku nebo těžkého onemocnění provázená rozvratem celého organismu, celkový (vyvážený) nedostatek energie, podvýživa s vyváženým nedostatkem základních živin.
- Kwashiorkor – onemocnění způsobené těžkou poruchou výživy, výrazný proteinový deficit, podvýživa se závažným nedostatkem bílkovin v potravě.
- Anorexie – nechutenství, příznak, který může mít řadu příčin, včetně vlivu některých léků. Doprovází horečnatá onemocnění, infekce, závažná onemocnění (VOKURKA, 2002).

Vyšší věk je spojen s častějším výskytem poruch výživy, především s malnutricí, která ohrožuje pacienta závažnými zdravotními komplikacemi, zvýšenou nemocností i úmrtností, zhoršuje jeho funkční výkonnost a celkovou kvalitu života. Proto je třeba poruchám výživy ve stáří věnovat zvýšenou pozornost a je třeba je aktivně vyhledávat. To se týká zejména rizikových skupin (hospitalizovaní, dlouhodobě ústavně léčení, nesoběstační senioři). Proto v praxi je třeba provádět screening nutričních poruch při preventivních prohlídkách, při hospitalizaci, při domácí zdravotní péči.

Nechutenství, úbytek hmotnosti a malnutrice patří mezi časté symptomy nalezené u starších lidí. Etiologie je multifaktoriální (hormonální změny, somatická a psychiatrická onemocnění, farmaka, sociální prostředí).

Nejčastější příčiny malnutrice ve vyšším věku dle Topinkové:

- M** – malabsorpce, maldigestce u GIT onemocnění
- A** – anorexie, snížení hmotnosti, snížená chuť k jídlu
- L** – léky, polypragmázie, anorektický efekt u některých léků
- N** – nákup (neschopnost nákupu a vaření), nevhodné stravovací návyky
- U** – ústa (stav dutiny ústní, ulcerace, defekty chrupu, zubní protéza), problémy s kousáním a polykáním, xerostomie (suchost v ústech)
- T** – tyreopatie
- R** – rezidentní péče, dlouhodobá institucionální péče
- I** – IADL závislost v instrumentálních činnostech, snížená hybnost
- C** – cholesterol, nízký obsah cholesterolu ve stravě
- E** – emoce (deprese), ekonomická situace

Definice malnutrice není jednotná. Malnutrice je důsledkem nedostatečné respektive nepřiměřené výživy, která vede k poklesu celkové tělesné hmotnosti, ztrátě tukové tkáně, ke komplexním metabolickým a somatickým změnám. Pro pacienta má řadu nepříznivých důsledků:

- Snižuje obranyschopnost.
- Úbytek svalové hmoty – vliv na mobilitu, srdeční činnost, výkonnost, plicní ventilaci, soběstačnost.
- Inaktivita.
- Zhoršené hojení ran, tvorba dekubitů, zhoršení průběhu chronických nemocí.
- Při dlouhodobé malnutrici se rozvíjejí edémy, anémie, lymfopenie, poruchy vnitřního prostředí, atrofie střevní sliznice.
- Porucha termoregulace.
- Změny v sociální interakci.

Hodnocení stavu výživy

U starších osob je doporučená normální hodnota BMI 20-24 (podle některých autorů až 27). Při určování BMI u seniorů narážíme na řadu problémů – pacient například není schopen stát, má kyfózu, nemá končetinu. Proto je třeba umět zjistit výšku a hmotnost i u ležícího pacienta. Například výšku lze odhadovat také z naměřené vzdálenosti koleno-pata a hmotnost odhadujeme z obvodu paže a lýtka, zjišťujeme tloušťku kožní řasy subskapulární. Při amputaci se naměřená hmotnost zvyšuje o 6 či 15 % v závislosti na výšce amputace.

Tabulka Klasifikace malnutrice podle klinické závažnosti

| Závažnost malnutrice | BMI | Charakteristika |
|----------------------------|--------|---|
| Lehká, klinicky nevýznamná | >18-20 | Pokles hmotnosti méně než 10 % původní hmotnosti za 6 měsíců, bez somatických a funkčních poruch |
| Středně závažná | 16-18 | Pokles hmotnosti 10 a více %, úbytek podkožního tuku, nejsou funkční poruchy |
| Těžká | <16 | Pokles hmotnosti o 15 %, deplece podkožního tuku, svalová atrofie, otoky, špatné hojení ran, nízká vitální kapacita |

Zdroj: TOPINKOVÁ, 2003, s. 7

Mini Nutritional Assessment MNA – škála pro hodnocení stavu výživy je vhodný nástroj zejména pro ambulantní screening rizika malnutrice. Topinková jej doporučuje i pro detekci stavu výživy u rizikových hospitalizovaných pacientů ve zdravotnických i sociálních zařízeních i v domácí péči. Zahrnuje čtyři hlavní oblasti: antropometrické měření, stravovací návyky, globální posouzení, subjektivní posouzení. Lze používat i zkrácenou verzi **MNA-SF (Mini Nutritional Assessment short form)**, která se skládá jen ze šesti otázek.

Tabulka Škála pro hodnocení stavu výživy, Mini Nutritional Assessment MNA

| I. ANTROPOMETRICKÉ HODNOCENÍ | BODOVÉ SKÓRE | III. STRAVOVACÍ NÁVYKY | BODOVÉ SKÓRE |
|---|----------------------|---|----------------------|
| 1. BMI (Body Mass Index)* | | 11. Kolik jídel jí pacient za den? | |
| BMI < 19 | 0 | jen jedno | 0 |
| BMI 19 až < 21 | 1 | dvě jídla | 1 |
| BMI 21 až < 23 | 2 | tři a více jídel | 2 |
| BMI ≥ 23 | 3 | | |
| hmotnost (kg) tělesná výška (m) | | 12. Konzumuje: | |
| * BMI = hmotnost/(těl.výška) ² v kg/m ² | | a) denně mléčný produkt ano – ne | 0 (1×ano) |
| | | b) denně maso, ryby, drůbež ano – ne | 0,5 (2×ano) |
| | | c) týdně alespoň 2× vejce ano – ne | 1 (3×ano) |
| | | nebo fazole | |
| 2. Obvod středu paže | | 13. Konzumuje denně ovoce/zeleninu? | |
| pod 21 cm | 0 | ne | 0 |
| 21–22 cm | 0,5 | ano | 1 |
| nad 22 cm | 1 | | |
| 3. Obvod lýtky | | 14. Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)? | |
| pod 31 cm | 0 | ano, výrazně | 0 |
| 31 cm a více | 1 | jen mírně | 1 |
| | | ne | 2 |
| 4. Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce | | 15. Jaký je denní příjem všech tekutin? | |
| více než 3 kg | 0 | pod 600 ml | 0 |
| není přesný údaj | 1 | 600–1000 ml | 0,5 |
| 1–3 kg | 2 | nad 1000 ml | 1 |
| nebyl úbytek hmotnosti | 3 | | |
| II. CELKOVÉ HODNOCENÍ: | BODOVÉ SKÓRE: | 16. Schopnost se najíst | |
| 5. Je pacient nezávislý v IADL? | | pomoc při jídle nutná | 0 |
| ne | 0 | sám se nají, ale s obtížemi | 1 |
| ano | 1 | nají se samostatně bez obtíží | 2 |
| 6. Užívá denně více než 3 druhy léků? | | IV. SUBJEKTIVNÍ POSOUZENÍ: | BODOVÉ SKÓRE: |
| Ano | 0 | 17. Domnívá se pacient, že má se svou výživou nějaké problémy? | |
| Ne | 1 | ano, hodnotí se jako podvyživený | 0 |
| | | neví, snad má problémy | 1 |
| 7. Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma? | | ne, nemá žádné problémy | 2 |
| ano | 0 | | |
| ne | 1 | 18. Ve srovnání s osobami téhož věku hodnotí pacient své zdraví jako: | |
| 8. Pohyblivost/mobilita | | horší | 0 |
| upoután na lůžko/vozik | 0 | neví | 0,5 |
| pohyb jen po místnosti | 1 | dobře, stejně | 1 |
| vychází z bytu | 2 | lepší | 2 |
| 9. Psychický stav | | Celkové skóre: | |
| těžká demence nebo deprese | 0 | | |
| mírná demence nebo deprese | 1 | | |
| normální stav, bez psychické poruchy | 2 | | |
| 10. Proleženiny, bérkové vředy, jiné kožní ulcerace | | Celkové hodnocení: | |
| přítomny | 0 | 24–30 bodů stav výživy velmi dobrý/dobry | |
| nepřítomny | 1 | 17–23,5 bodu riziko podvýživy | |
| | | méně než 17 bodů podvýživa | |

Zdroj: TOPINKOVÁ, 2003, s. 9

Tabulka Škála pro hodnocení stavu výživy, zkrácená verze, Mini Nutritional Assessment Short Form MNA-SF

| POLOŽKY | BODOVÉ SKÓRE |
|--|---|
| A. Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)? | |
| ano, výrazně | 0 |
| jen mírně | 1 |
| ne | 2 |
| B. Úbytek hmotnosti poslední 3 měsíce | |
| více než 3 kg | 0 |
| není přesný údaj | 1 |
| 1–3 kg | 2 |
| nebyl úbytek hmotnosti | 3 |
| C. Pohyblivost/mobilita | |
| upoután na lůžko/vozik | 0 |
| pohyb jen po místnosti | 1 |
| vychází z bytu | 2 |
| D. Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma? | |
| ano | 0 |
| ne | 2 |
| E. Psychický stav | |
| těžká demence nebo deprese | 0 |
| mírná demence nebo deprese | 1 |
| normální stav, bez psychické poruchy | 2 |
| F. BMI (Body Mass Index)* | |
| BMI < 19 | 0 |
| BMI 19 až < 21 | 1 |
| BMI 21 až < 23 | 2 |
| BMI ≥ 23 | 3 |
| hmotnost (kg) tělesná výška (m) | |
| * BMI = hmotnost/(těl.výška) ² v kg/m ² | |
| Celkové hodnocení: | |
| 12–14 bodů | stav výživy dobrý, normální nález: není nutné další vyšetření |
| 11 bodů a méně | možná porucha výživy/podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy |

Zdroj: TOPINKOVÁ, 2003, s. 10

Závěr

Poruchy výživy jsou ve stáří časté a nejsou-li diagnostikovány a léčeny, zhoršují přežití i kvalitu života. Hodnocení stavu výživy je nedílnou součástí komplexního hodnocení staršího pacienta. Doporučujeme provádět screening poruch výživy pomocí hodnotících škál (MNA) u všech starších osob v rámci preventivních prohlídek, u akutně hospitalizovaných a před umístěním do dlouhodobé ústavní péče (TOPINKOVÁ, 2003).

4.3 Hodnocení mobility, pohybu a sebepečce

Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost vést plný, kvalitní a nezávislý život. Z toho je třeba vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Cílem všech služeb a veškerých opatření by mělo být zlepšení zdravotního stavu seniorů, jejich soběstačnosti a kvality jejich života.

Zatímco za rozhodující projev zdraví považujeme v dětství schopnost zdravého a normálního rozvoje, v dospělosti pracovní a reprodukční schopnost, ve stáří se zaměřujeme zejména na soběstačnost, tedy schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život.

Stárnutí jako proces je provázáno zejména snížením homeostatických rezerv, které se navenek projevují sníženou silou a vytrvalostí, poruchou mobility, rovnováhy a stability seniorů, což nejlépe definuje pojem „frailty“ stařecká křehkost, neboť dochází ke snížení celkové tělesné i duševní výkonnosti (TOPINKOVÁ, 2003).

Frailty seniorů, vzniklá na podkladě involučních změn, které se však nemusí projevovat žádnými klinickými symptomy, vede často k restrikci některých aktivit denního života, a přesto lze proces považovat za fyziologické stáří. Omezení soběstačnosti ve stáří označujeme pojmem „disabilita“. Etiologie dekonvice seniorů, která vede k různé míře nesoběstačnosti, je značně široká, je však důležité rozlišit, zda je dána disabilitou samotnou, nebo chorobným procesem na úrovni orgánů, který vede ke změně fyzické funkce, což označujeme pojmem „impairment“. Vlivem jak disability, tak chorobného procesu dochází k rozvoji deficitu sebepečce, který definujeme jako „handicap“. Jedná se o změnu/poruchu v sociální funkci.

Počet let s disabilitou (Years Lived With A Disability, YLD) je měřítkem zátěže disabilitou a chronickými onemocněními, která ji způsobují. Jedná se o komponentu **DALY (Disability Adjusted Life Years)**, což je počet potenciálních let života, která byla ztracena pro předčasnou mortalitu a počet let produktivního života, která byla ztracena v důsledku disability (YLD). YLL označuje roky ztracené předčasným úmrtím.

DALY=YLL+YLD

Zatímco mezi nejčastější příčiny úmrtí patří onemocnění kardiovaskulárního systému, onkologická onemocnění a onemocnění dýchacího systému, je pořadí z hlediska DALY poněkud jiné. Velmi významnou skupinu zde představuje problematika duševního zdraví, dále jsou významné smyslové poruchy (zhoršení zraku a sluchu). Ve skupině lidí 60letých a starších pak představují největší zátěž nemoci (měřenu DALY) kardiovaskulární onemocnění, onkologická a neuropsychiatrická onemocnění.

Měření soběstačnosti

Dalším pohledem na populaci seniorů je soběstačnost. Zatímco omezení v některých instrumentálních aktivitách denního života (**Instrumental Activities Of Daily Living, IADL**) vede ke zhoršení kvality života seniora, ale nepředstavuje ještě potřebu péče druhé osoby, omezení v základních aktivitách denního života (**Activities Of Daily Living, ADL**) již takovouto potřebu představuje.

Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném konkrétním prostředí, tudíž je dána dvěma faktory: funkční zdatností organismu včetně dovedností a znalostí a funkční náročností prostředí (KALVACH, 2011). V geriatрии posuzujeme soběstačnost pomocí různých škál. Hovoříme o škálách základních a instrumentálních aktivit denního života (ADL a IADL). V literatuře se objevuje také dělení ADL na PADL

(Personal Activities Of Daily Living), což odpovídá testu Barthelové a IADL (Instrumental Activities Of Daily Living).

Základní (bazální) aktivity denního života

Pod pojmem základní (bazální) aktivity denního života rozumíme základní sebeobslužné aktivity, jejichž porucha vypovídá o potřebě ošetřování. Jedná se (dle původního Katzova indexu) o samostatné provedení hygieny, samostatné oblékání, používání toalety, kontinenci, schopnost přesunu a pohybu, samostatné jídlo.

Původní index nezávislosti v každodenních aktivitách vytvořil Katz v roce 1964. Ten prošel několika zjednodušujícími úpravami. Zkráceně se označuje jako Katz ADL a existuje ve více podobách (pracoviště si jej často modifikují pro své potřeby). Původní šestipoložkový index však zůstává zlatým standardem.

Tabulka Katzův index nezávislosti

| Aktivita | Nezávislost (žádná osobní asistence, vedení ani supervize) 1 bod | Závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) 0 bodů |
|--------------------------|---|--|
| Koupání | Myje se sám, či dopomoc u jedné části těla (např. záda či ochrnutá končetina) | Dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprše, na lůžku nebo kompletní mytí |
| Oblékání | Vyndá oblečení ze skříně či zásuvky, kompletně se obleče, včetně kabátu a zapínání, možná dopomoc s ponožkami či punčochami | Pomoc při oblékání či pasivní oblečení |
| Používání toalety | Dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, event. očistit si genitál | Pomoc s přemístěním na toaletu, s očištěním nebo užíváním podložní mísy či gramofonu (toaletní křeslo) |
| Přemístování | Přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence. Mechanické pomůcky jsou možné. | Potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemístování |
| Kontinence | Kompletní kontrola vyměšování. Možná je stresová inkontinence žen. | Úplná či částečná inkontinence moči či stolice. |
| Jezení | Vkládání stravy z talíře do úst bez dopomoci, přípravu jídla může zajistit jiná osoba. | Částečná či kompletní pomoc s jídlem či pasivní krmení. |

Zdroj: KALVACH, 2011, s. 99

V současné době používáme spíše test modifikovaný, test aktivit denního života dle Barthelové, který zahrnuje deset položek ohodnocených příslušnou bodovou hodnotou. Jedná se o najedení a napití, oblékání, osobní hygienu, koupání, kontinenci moči,



kontinenci stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli či vozík, chůze po rovině. Z výčtu těchto základních sebeobslužných aktivit vyplývá, že vypovídají o základní sebeobsluze, ale nikoli o schopnosti žít zcela samostatně, bez pomoci a vyrovnat se s nástrahami každodenního života. O těchto schopnostech vypovídají testy instrumentálních aktivit denního života.

Tabulka Test základních činností podle Barthelové

| Činnost | Provedení činnosti | Body |
|-----------------------|--------------------------|------|
| 1. najedení, napití | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 2. oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 3. koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 4. osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 5. kontinence stolice | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. kontinence moči | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 8. přesun lůžko-židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | s malou pomocí | 10 |
| | vydrží sedět | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 9. chůze po rovině | samostatně více než 50 m | 15 |
| | s pomocí 50 m | 10 |
| | na vozíku 50 m | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 10. chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |

Celkové skóre (0 až 100):

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

| | |
|------------|----------------------------|
| 0–40 bodů | vysoce závislý |
| 45–60 bodů | závislost středního stupně |
| 65–95 bodů | lehká závislost |
| 100 bodů | nezávislý |

Zdroj: HOLMEROVÁ, 2007, s. 54

Instrumentální aktivity denního života

Testy instrumentálních aktivit denního života existují v mnoha různých podobách, známá je například **Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)**, která hodnotí následující schopnosti (v jejich dílčích úkolech): telefonování, nakupování, přípravu jídla,

vedení domácnosti, praní, samostatnou dopravu, samostatné užívání léků, nakládání s penězi.

Tabulka Test instrumentálních všedních činností

| Činnost | Provedení činnosti | Body |
|---------------------|---|------|
| 1. telefonování | vyhledá samostatně číslo, vytočí je | 10 |
| | zná několik čísel, odpovídá na zavolání | 5 |
| | nedokáže použít telefon | 0 |
| 2. transport | samostatně cestuje dopravním prostředkem | 10 |
| | cestuje, je-li doprovázen | 5 |
| | vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod. | 0 |
| 3. nakupování | dojde samostatně nakoupit | 10 |
| | nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby | 5 |
| | neschopen bez podstatné pomoci | 0 |
| 4. vaření | samostatně uvaří celé jídlo | 10 |
| | ohřeje jídlo | 5 |
| | jídlo musí připravit druhá osoba | 0 |
| 5. domácí práce | udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací | 10 |
| | provede pouze lehčí práce, nebo je úklid | 5 |
| | nedostatečný potřebuje pomoc při většině prací, nebo se práce v domácnosti neúčastní | 0 |
| 6. práce kolem domu | provádí samostatně a pravidelně | 10 |
| | provede pod dohledem | 5 |
| | vyžaduje pomoc, neprovede | 0 |
| 7. užívání léků | užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků | 10 |
| | užívá, jsou-li připraveny a připomenuty | 5 |
| | léky musejí být podány druhou osobou | 0 |
| 8. finance | spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje | 10 |
| | zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi | 5 |
| | neschopen bez pomoci zacházet s penězi | 0 |

Celkové skóre (0 až 80):

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

| | |
|------------|------------------|
| 0–40 bodů | závislý |
| 45–75 bodů | částečně závislý |
| 80 bodů | nezávislý |

Zdroj: HOLMEROVÁ, 2007, s. 53

Posuzování soběstačnosti v geriatrici je stejným celostním pohledem na pacienta, jako je funkční hodnocení nezávislosti **FIM (Functional Independence Measure)**, které se

používá zejména v rehabilitačním lékařství, které posuzuje na základě dílčích kritérií schopnost osobní hygieny, jídla a kontinence, přesunů a lokomoce, komunikace a sociálních schopností. Škála FDS (Functional Dementia Scale) hodnotí stupeň postižení instrumentálních aktivit denního života v důsledku kognitivního postižení atd. Není podstatné, kterou z metod použijeme, každá z nich pomůže získat lepší a ucelenější pohled na pacienta, než nám jej může poskytnout pouhý soubor diagnóz. Není podstatné, jaké zobrazení těchto schopností použijeme, zda to bude výsledný součet bodů nebo grafické zobrazení, které bývá někdy používáno u FIM. Z potřeby lepšího pohledu na soběstačnost pacienta v základních a instrumentálních aktivitách denního života vychází také vyhláška, která tvoří přílohu zákona o sociálních službách.

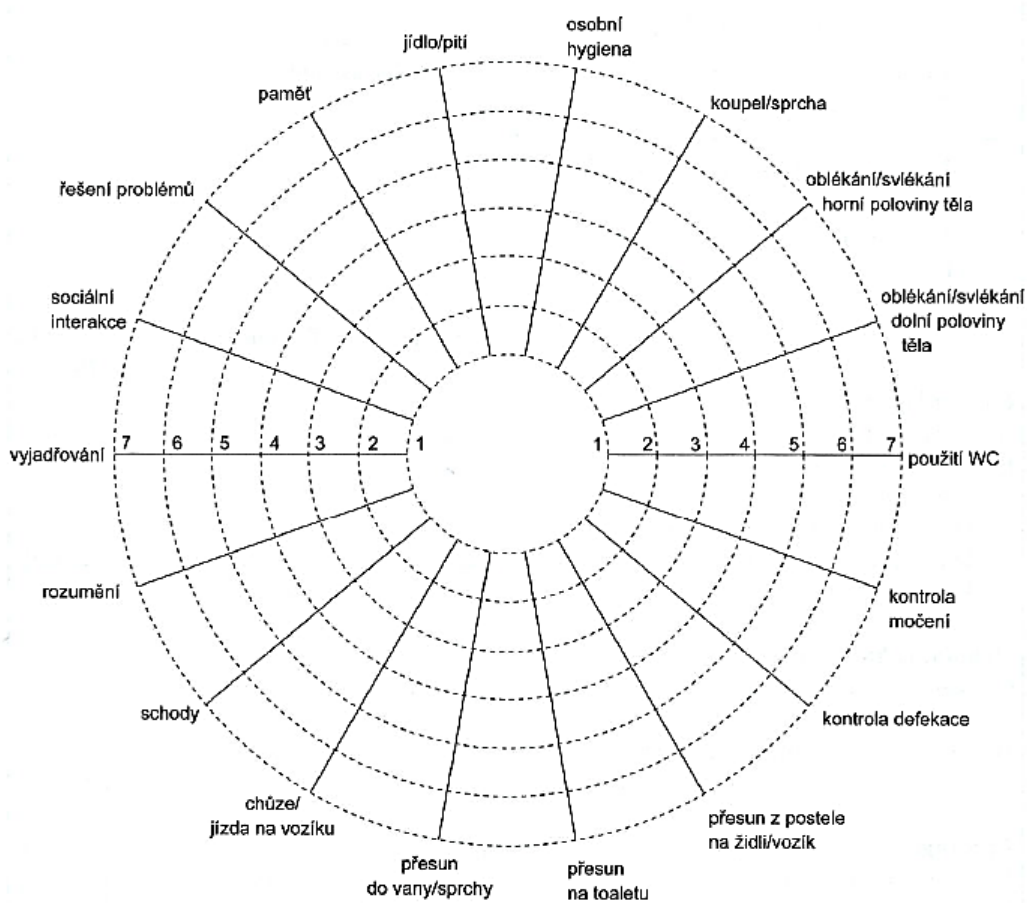
Tabulka Funkční míra nezávislosti (FIM)

| | | |
|--------|--|----------------------|
| ÚROVNĚ | 7 Úplná nezávislost | nevyžaduje asistenci |
| | 6 Modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky) | |
| | Modifikovaná závislost | vyžaduje asistenci |
| | 5 Supervize (dohled) | |
| | 4 Minimální závislost (klient: ≥ 75 %) | |
| | 3 Mírná závislost (klient: 50–75 %) | |
| | Úplná závislost | |
| | 2 Maximální závislost (klient: 25–50 %) | |
| | 1 Úplná závislost (klient: 0–25 %) | |

| | Příjem | Propuštění | Následná péče |
|--|---|---|---|
| Osobní hygiena: | | | |
| A. Příjem jídla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Osobní hygiena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Koupání | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Oblékání – horní polovina těla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Oblékání – dolní polovina těla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Použití WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovládání sfinkterů: | | | |
| G. Kontrola močení, část I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| část II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Kontrola vyprazdňování, část I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| část II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Přesuny: | | | |
| I. Postel, židle, vozík | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Toaleta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Vana/sprchový kout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lokomoce: | | | |
| L. Chůze (ch), jízda na vozíku (v) | ch <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> | ch <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> | ch <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> |
| M. Schody | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Komunikace: | | | |
| N. Rozumění sluchové (s), zrakové (z) | s <input type="checkbox"/> z <input type="checkbox"/> | s <input type="checkbox"/> z <input type="checkbox"/> | s <input type="checkbox"/> z <input type="checkbox"/> |
| O. Expres (vyjadřování) verbální (v), non-verbální (n) | v <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> | v <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> | v <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> |
| Sociální schopnosti: | | | |
| P. Sociální interakce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q. Řešení problémů | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R. Paměť | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Celkově FIM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zdroj: KALVACH, 2011, s. 101

Tabulka Grafická podoba funkční míry nezávislosti (FIM)



| | |
|---------------------------------------|------------------------|
| 7 úplná samostatnost | bez pomoci druhé osoby |
| 6 modifikovaná samostatnost | bez pomoci druhé osoby |
| 5 supervize (dohled) | s dopomocí druhé osoby |
| 4 minimální asistence (méně než 25 %) | |
| 3 střední asistence (25 % až 50 %) | |
| 2 velká asistence (50 % až 75 %) | |
| 1 úplná asistence (75 % až 100 %) | |

Zdroj: KALVACH, 2011, s. 102

V praxi se setkáváme také s Klasifikací funkčních úrovní sebepečce v modelu Gordonové, která hodnotí v oblasti zajištění obživy, osobní hygieny, oblékání/svlékání, pohyblivosti, vyprazdňování moči a stolice.

Tabulka Klasifikace funkčních úrovní sebepečce v modelu M. Gordonové

| Stupeň | Kritérium |
|--------|--|
| 0 | Nezávislý |
| 1 | Potřebuje minimální pomoc, sám používá pomůcky, sám zvládá 75 % činností |
| 2 | Potřebuje menší pomoc, dohled, sám zvládá 50 % činností |
| 3 | Potřebuje velkou pomoc (sestra, přístroj), sám zvládá méně než 25 % činností |
| 4 | Celkově závislý na pomoci druhých, potřebuje stálý dohled |

| | |
|----------|--|
| 5 | Absolutní deficit sebezpečí, není schopen si sám pomáhat, potřebuje pomoc 24 hodin denně |
|----------|--|

Zdroj: POKORNÁ, 2013, s. 171

Další variantou, kterou lze hodnotit stupeň soběstačnosti, určovat míru ošetrovatelské péče, finanční zátěž a zároveň je nezbytnou povinností lékaře, kterou mu ukládá zdravotní pojišťovna, je určování pohybového režimu pacienta či jeho kategorizace.

Tabulka Legislativně stanovené kategorie pacientů

| Kategorie | Konkretizace kategorie |
|-----------|--|
| 0 | Pacient na propustce |
| 1 | Pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku. |
| 2 | Pacient částečně soběstačný, nebo spolupracující dítě od 6 do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, pochopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, pacient vykazující mírné příznaky duševní poruchy. |
| 3 | Lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, psychicky alterovaný pacient nebo pacient vykazující středně těžké příznaky duševní poruchy vyžadující zvýšený dohled, případně přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění. Také dítě od 2 do 6 let. |
| 4 | Pacient imobilní, lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech, pacient vykazující příznaky závažné duševní poruchy vyžadující omezení pohybu a farmakologické zklidnění. Dítě od 0 do 2 let věku. |
| 5 | Pacient v bezvědomí, případně v deliriózním stavu, pacient vykazující příznaky těžké duševní poruchy, nebezpečný sobě či okolí, vyžadující trvalý ošetrovatelský dohled, popřípadě použití omezovacích prostředků intenzivní psychiatrické péče. |

Zdroj: Sbírka zákonů č. 467/2012

Lékařem bývá v chorobopisu stanoven pohybový režim pacienta na každý den léčby. Bývá označován číslicemi 1-4 nebo písmeny A-D nebo barevně. Toto ohodnocení pacienta má zcela jiný význam v klinické praxi než legislativní kategorizace pacienta. Pohybový režim udává povolenou maximální míru soběstačnosti pacienta lékařem pro zachování maximální bezpečnosti, která je součástí léčebného režimu.

Tabulka Pohybové režimy pacientů

| Označení | Konkretizace pohybového režimu |
|---------------------|---|
| A-1, žlutá | Pacient zcela soběstačný, chodící, volný pohyb po areálu nemocnice |
| B-2, zelená | Chodící nemocný, volný pohyb po oddělení |
| C-3, modrá | Částečně soběstačný pacient, soběstačný v rámci lůžka, nutná dopomoc, neopouští pokoj |
| D-4, červená | Nesoběstačný pacient, upoután v lůžku, lůžko neopouští |

Zdroj: POKORNÁ, 2013, s. 95

Výkonové testy (performance measures) se snaží charakterizovat schopnost organismu podávat určité testovací výkony při zdravotním postižení. Často se seskupují do baterií. Některé testy hodnotí tělesné schopnosti (rychlost chůze, komplexní funkce dolních končetin, stisk ruky), jiné mentální schopnosti (nakreslení hodin), některé jsou smíšené (vaření čaje či instantní polévky). Příklady dalších užívaných testů:

- Test schopnosti vstát ze sedu na židli,
- chodecká aktivita, rozsah chůze,
- testy rovnováhy,
- test zdvižení a přenesení břemene,
- test zámek a klíč (KALVACH, 2011).

Nedílnou součástí hodnocení soběstačnosti seniora je popis náročnosti prostředí, v němž se pohybuje, včetně všech nalezených bariér, používaných kompenzačních pomůcek. Při popisu se zaměřujeme na koupelny, schodiště, podlahy, osvětlení, instalaci madel, vytápění, výšku sedaček, lůžka a jeho bezprostředního okolí. Hodnocení provádí praktičtí lékaři, agentury domácí péče a komunitní sestry.

4.4 Hodnocení bolesti u seniorů

Při poskytování akutní péče, ale i v zařízeních dlouhodobé péče se často setkáváme s tím, že senioři trpí z důvodu nerozpoznané a neléčené bolesti. Někdy k tomu přisívá i fakt, že zdravotnický personál se mylně domnívá, že bolest ke stáří patří, že je jeho nedílnou součástí. V takových zařízeních není bolest monitorována, sestry po ní cíleně aktivně nepátrají a spíše spoléhají na to, že sám pacient je o ní bude informovat. Senioři však poměrně často záměrně o svých obtížích nehovoří. Někdy je to z důvodu strachu (nová medikace, další terapie, indikace dalších vyšetření apod.), jindy mají špatnou zkušenost s neochotným personálem. V některých případech, ale existují i objektivní důvody, proč pacient nemůže o své bolesti hovořit (potíže s komunikací, demence). Identifikace etiologie a patofyziologie bolesti, přesné subjektivní zhodnocení charakteru jejího prožívání je důležitým faktorem k pochopení bolesti a jejímu managementu. Významnou roli sehrává pocit vzájemné důvěry nemocného a ošetřovatelského personálu, jistota, že obtíže pacienta nebudou bagatelizovány a bude jim věnována pozornost. Léčbu bolesti řídí lékař, ale sestry se významně podílí na plánu péče.

Při hodnocení bolesti u seniorů nelze vycházet pouze se škálami, které se běžně užívají u mladých lidí či dokonce u dětí. Při hodnocení je třeba brát v úvahu s věkem spojené kognitivní změny a motivační, behaviorální a afektivní schopnosti. Někdy je pro starší pacienty lepší, když intenzitu své bolesti vyjádří slovně – nepříjemný pocit, rozbolavění, bolení, pobolívání apod.

Pro hodnocení bolesti je třeba stanovit si co nejpřiléhavější definici bolesti. V geriatrici, kde se pacienti potýkají nejčastěji s chronickou bolestí, lze zcela správně bolest definovat jako to, co za bolestivé označuje pacient (PAYNOVÁ, 2007).

Mezi bolestí akutní a chronickou je zásadní rozdíl, pokud jde o zkušenost s bolestí samotnou i o způsob, jakým bolest pacienta ovlivňuje. Akutní bolest má ochranný, pro tělo i mysl smysluplný význam. Chronická bolest ztrácí tento pozitivní význam a mění se v negativní, limitující, mnohdy trvalou či doživotní složku pacientova života. Chronická bolest má vždy psychosociální konsekvence, stává se součástí celkového utrpení. Objasnění příčiny bolesti (co pacienta vlastně bolí) je základní předpoklad úspěšné léčby. Pacienti někdy současně trpí více typy bolesti, z nichž každý vyžaduje specifický přístup. Mnozí z pacientů velmi obtížně rozlišují intenzitu bolesti a stres způsobený bolestí.

Tabulka Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí

| Sledované parametry | Časové rozlišení bolesti | |
|----------------------------------|---|---|
| | Bolest akutní | Bolest chronická |
| Délka trvání | Sekundy až dny, max. po dobu 3-6 týdnů | Měsíce až roky, nejméně 3-6 měsíců, nebo i po zhojení primární afekce |
| Biologický význam pro organismus | Pozitivní – výstražná funkce | Negativní |
| Lokalizace | Určitá oblast těla | Často difúzní, těžko se lokalizuje |
| Patofyziologie | Relativně jednoduché | Komplexní, složité |
| Etiologie | Periferní | Centrální |
| Autonomní odpověď | Bezprostřední, krátkodobá | Udržovaná, nevýrazná |
| Typické doprovodné příznaky | Pocení, tachykardie, tachypnoe, vazokonstrikce, mydriáza, paralýza střev, retence moči, katabolismus, hyperglykémie | Poruchy spánku, deprese, poruchy libida, nechutenství, zácpa, zhoršená kvalita života, sociální izolace, změny osobnosti, ztráta zaměstnání, nebezpečí suicidia |
| Tendence v organismu | Rychle se zlepšuje | Progresivně se zhoršuje |
| Význam z hlediska terapie | Je to symptom, který upozorňuje na to, že se v organismu něco patologického děje | Je to nemoc sama o sobě s komplexním dopadem |
| Dopad na psychiku | Anxieta | Deprese |

Zdroj: POKORNÁ, 2013, s. 104

Tabulka Příklady hodnotících škál pro monitoraci bolesti seniorů

| | |
|---------------------|---|
| jednoduché metody | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vizuální analogová škála (VAS) ▪ Numerická (číselná) škála (NRS) ▪ verbální škála ▪ škálové hodnocení dopadu bolesti na denní aktivity ▪ profil bolesti ▪ Mapa bolesti (stojí na pomezí jednoduchých a vícerozměrných metod) |
| vícerozměrné metody | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory – BPI) ▪ McGillský dotazník bolesti (McGill Pain Questionary – MPQ) ▪ krátká verze McGillského dotazníku bolesti (Short-form McGill Pain Questionary – SF – MPQ) ▪ Deník bolesti/Kalendář léčby bolesti ▪ Dotazník copingu bolesti ▪ průvodce k hodnocení bolesti ▪ průběžné záznamy hodnocení bolesti pro pacienty s monitorováním účinnosti analgetické terapie ▪ Dotazník SCL-90 ▪ Minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI) ▪ Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA) |

Zdroj: POKORNÁ, 2013, s. 113

K nejčastěji používaným škálám při hodnocení intenzity bolesti patří **VAS Vizuální analogová škála**. Má podobu 10 cm dlouhé úsečky v horizontálním směru od žádné bolesti = 0 až po nejhůře představitelnou bolest = 10, kam pacient tužkou provede křížek v místě, které podle něho odpovídá intenzitě jeho bolesti. Škála může mít podobu měřítka s posuvným jezdcem, pravítka se zvyšující se intenzitou barevného odstínu apod. Důležité je, že pacient nevidí číselné hodnocení své bolesti, která jsou znázorněna na opačné straně.

Numerická hodnotící škála NRS (Numeric Rating Scale) také může mít více podob dle zvyklostí oddělení. Jde o číselnou hodnotící škálu, která vyjadřuje intenzitu bolesti přímo číslem. Může být v rozsahu 0-10 nebo 0-100, kde 0 vyjadřuje žádnou bolest a nejvyšší číslo maximální představitelnou bolest.

Při hodnocení bolesti seniorů, zejména při hodnocení chronické bolesti se užívá **Melzackova škála**. Jde o verbální metodu, kdy pacient slovně kvantifikuje svoji bolest podle předem stanovené stupnice. Základem je tedy numerická stupnice se slovním vyjádřením (0 žádná bolest, 1 mírná bolest, 2 nepříjemná bolest, 3 intenzivní bolest, 4 krutá bolest, 5 nesnesitelná bolest).

Pacienti s mírnou kognitivní poruchou či mírným stupněm demence dokáží odpovědět na otázku, zda je něco bolí, avšak rozpoznat bolest u pacientů s pokročilou demencí není snadné. Přitom až 80 % seniorů prožívá bolest, nejčastěji muskuloskeletárního původu (osteoartróza, osteoporóza, následky úrazů), dále bolesti neuropatické, onkologické a jiné. Neléčená bolest zásadně zhoršuje kvalitu života. Zároveň může být přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto.

U křehkých pacientů s pokročilou demencí skrývá neléčená bolest ještě další riziko. Může totiž vést k poruchám chování a následnému nasazení psychofarmak. Lze rozeznat bolest u člověka, který o ní pro pokročilou demenci nemůže mluvit? Zde je třeba vnímat nonverbální signály bolesti. Zkušení ošetřovatelé podle nich obvykle dokáží dobře zachytit bolest akutní, obtížnější je poznání chronické bolesti.

Existuje mnoho škál k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí. **PAINAD Pain Assessment In Advanced Dementia** – škála měření bolesti u pokročilé demence byla vytvořena na podkladě přehledu literatury, rozhovorů se zkušenými pečovateli a dvou starších stupnic: DS-DAT a FLACC. DS-DAT neboli Stupnice nepohodlí, je určena pro pacienty s pokročilou demencí. FLACC je škála bolesti pro malé děti. PAINAD má 5 položek: dýchání, vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Každá z nich může být ohodnocena 0–2 body, výsledné skóre je tedy 0–10. Výhodou škály je stručnost a snadná použitelnost zaškoleným ošetřovatelem. V předběžném výzkumu škála vykazovala dobré psychometrické kvality a dobrou korelaci s jinými škálami (DS-DAT a vizuální analogová škála), výsledky však je třeba potvrdit ještě ověřením na větším souboru. Potvrdila se také citlivost škály ke změně stavu pacienta: po nasazení analgetik jsou zjišťována nižší skóre. Proběhly studie s holandskou a německou variantou, škála PAINAD byla přeložena také do češtiny a ověřena zpětným překladem. V současné době se tato škála jeví jako vhodná pro použití v praxi v českých podmínkách (HOLMEROVÁ, 2007).

Tabulka Škála pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)

| | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------------------|----------------------|---|---|
| Dýchání (nezávislé na vokalizaci) | Normální | Občasné namáhavé dýchání Krátká období hyperventilace | Hlučné ztížené dýchání Dlouhá období hyperventilace Cheyne-Stokes dýchání |
| Bolestivá vokalizace | Žádná | Občasný sten nebo zaúpění Normální negativní nebo odmítavá řeč | Opakované utrápené volání Hlasité sténání nebo úpění Pláč |
| Výraz obličeje | Úsměv nebo neutrální | Smutný Vyděšený Zamračený | Bolestivé grimasy |
| Řeč těla | Relaxovanost | Napjatost Utrápená chůze Neklidnost | Strnulost Sevřené pěsti Kolena přitažená k tělu. Tahání nebo odtlačování Udeření |
| Utěšování | Není nutné | Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem | Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit |

Zdroj: VOLICER, 2012

4.5 Tělesná teplota u seniorů

Změny tělesné teploty představují pro pacienty vyššího věku problém. Pokud má pacient horečku, musíme dbát zejména na dostatečnou hydrataci a pečlivě sledovat jeho stav. Musíme mít na paměti, že horečka má vždy příčinu, po které je třeba pátrat. Hypotermie představuje problém dosud značně podceňovaný, avšak minimálně stejně závažný. Hypotermie je stav, kdy je tělesná teplota pacienta (pro tyto účely nutno měřit teplotu v konečnicku) nižší než 35 °C.

Pokud jsou senioři chronicky nemocní a to zejména pokud mají cévní onemocnění (a tedy užívají léky na zlepšení průchodnosti cévního řečiště), pokud mají cukrovku (při které dochází také k poruchám periferního prokrvení a cévní řečiště obecně reaguje poněkud odlišně než u zdravých lidí), trpí poruchami štítné žlázy (zejména snížená funkce štítné žlázy způsobuje poruchu ve vytváření tepla metabolickou cestou), pokud jsou nějak pohybově omezeni v důsledku jiných onemocnění (revmatická onemocnění, artrózy a podobně), je zapotřebí zvýšené opatrnosti. Pokud jsou ve stavu podvýživy nebo jsou podvýživou ohroženi (v důsledku nádorových onemocnění i třeba Alzheimerovy choroby), užívají některé léky, které v důsledcích působí na ovlivnění cévního tonu a termoregulace (mohou sem patřit i třeba některá antipsychotika a podobně), potom je třeba počítat s riziky nízké, eventuálně extrémně nízké teploty. Obdobně tomu je u lidí 80letých a starších, protože i když jsou jinak zdraví, mají omezené adaptační a regulační mechanismy, jsou celkově křehčí, zpravidla i stav jejich výživy je horší než u mladších jedinců. Důležitá je také skutečnost, že mnozí z nich hůře slyší a vidí a také pocity tepla či chladu mohou být samozřejmě méně intenzivní.

Literatura uvádí, že 2,5–3,5 % osob starších 75 let je při přijetí do nemocnice podchlazeno. K tomu dochází v důsledku dlouhodobě nízkých teplot v místnosti, kde senior pobývá. K tomu se často přidávají další faktory – zejména chronické onemocnění, nedostatek pohybu, špatná výživa a nedostatek tekutin.

Při tělesné teplotě 34–35 °C má nemocný pocit chladu, svalový třes, protože organismus reaguje vazokonstrikcí (zúžením, stažením cév), dále také bělavé akrální části těla (konečky prstů, boltce). Je důležité ovšem upozornit na skutečnost, že takto reagují spíše mladí lidé, lidé středního věku a zdraví senioři, nikoli již výše uvedení nemocní senioři a lidé starší 80 let, u nichž nastupují poněkud jiné příznaky:

Při teplotě 34–35 °C se dostavuje ospalost, člověku se hůře mluví a pohybuje. Při teplotě pod 31 °C a nižších je člověk jakoby ztuhlý, mizí reflexy, stav může vypadat jako zdánlivá smrt, protože je snížena i dýchací a oběhová aktivita, klesá krevní tlak, puls se postupně snižuje, dochází ke smrti v důsledku chladu (u mladých lidí při teplotě 25–26 °C). I zde je potřebné zdůraznit, že nemocní senioři a velmi staří lidé (nad 80 let) mají výrazně sníženou adaptační schopnost, a proto umírají dříve, i při daleko méně významném podchlazení (HOLMEROVÁ, 2007).

4.6 Hodnocení seniora v ošetrovatelském procesu

Pro vstupní a orientační hodnocení celkového stavu seniora v ošetrovatelské péči lze použít formulář SPICES (autorky Fulmerové):

S (Sleep Disorders) – poruchy spánku. Zjišťujeme běžné údaje o spánkovém režimu seniora, o farmakoterapii, o rituálech, o projevech insomnie. Pokud nalezneme odchylky od normy, je vhodné zařadit další testování například Epworth Sleepiness Scale ESS nebo Pittsburgh Sleep Quality Index PSQI.

P (Problems with Eating or Feeding) – problémy s příjmem potravy, s jejím podáváním. Sledujeme poruchy hybnosti, poruchy s polykáním, žvýkáním, stav chrupu a dutiny ústní. Zjišťujeme dietní zvyklosti. Pokud nalezneme odchylku, testujeme dále pomocí Mini Nutritional Assessment MNA, který je často standardním testováním při příjmu.

I (Incontinence) – problémy s kontinencí (moče i stolice). Pacienti se často neradi svěřují s problémy s inkontinencí, proto je třeba doplnit vlastním pozorováním. Inkontinence bývá často spojena s deliriem, infekcí, atrofií (atrofická uretritida či vulvitida), s psychiatrickými onemocněními (psychóza, deprese), s farmakoterapií, s výrazným odvodněním

v souvislosti s léčbou otoků, s omezenou pohyblivostí, s poruchami ve vylučování stolice (obstipace, průjem).

C (Confusion) – známky zmatenosti a poruchy kognitivních funkcí. Při standardním vstupním vyšetření sledujeme orientaci seniora v čase, místě a osobě. K dalšímu hodnocení jsou užívány různé testovací škály dle standardu oddělení, které se v určených intervalech nebo při změnách stavu opakují. Pro hodnocení kognitivních funkcí je nejčastěji užíván MMSE. Při podezření na deliriózní stav se používá škála CAM Confusion Assessment Method. Vždy se také zaměřujeme na hodnocení celkového vzhledu nemocného. Sledujeme adekvátnost oblečení, upravenost, čistotu. Je však třeba vzít v úvahu, zda o sebe nemocný pečuje sám, či mu je napomáháno další osobou (pečovatelka, rodinný příslušník).

E (Evidence of Falls) – problémy s pády, riziko pádu. U pacienta pátráme po známkách eventuálního pádu. Zjišťujeme pomocí testů, v jakém riziku pádu je. Zjišťujeme stav mobility a používání kompenzačních pomůcek.

S (Skin Breakdown) – riziko poškození kůže. U starých lidí fyziologicky dochází k involučním změnám kůže se sníženou elasticitou, vlhkostí a odolností. Často nacházíme pergamenovou kůži. Zjišťujeme, jakým způsobem nemocný o kůži pečuje. Pro určení rizika vzniku dekubitů provádíme testování dle Nortonové, Bradenové, Watrloo apod.

Hodnocení SPICES nelze používat jako náhradu komplexního hodnocení, ale spíše jako návod k informativnímu posuzování seniora při vstupním testování. Při odhalení problémů v dané oblasti je třeba doplnit vhodné specifické hodnotící nástroje.

Při poskytování ošetrovatelské péče u seniora je často používán model péče dle Virginie Henderson. Základem její teorie je předpoklad, že jedinec žije plnohodnotný život, pokud je při uspokojování svých potřeb soběstačný a nezávislý. V situaci, kdy nemá dostatek sil, vůle, vědomostí, dochází k různému stupni porušení nezávislosti, k projevům neuspokojených potřeb, což je obvykle spojené s porušením zdraví. Pak přichází do kontaktu se zdravotnickým pracovníkem. Sestra identifikuje rozsah nesoběstačnosti v oblasti čtrnácti potřeb, při kterých potřebuje pomoc. Naplánuje vhodné intervence, které realizuje a při potřebě modifikuje. Cílem je co nejdříve obnovit maximální možnou soběstačnost a nezávislost, aby pacient mohl žít plnohodnotný život. Sestra rovněž doprovází pacienta na cestě ke klidné smrti.

Sestra bez ohledu na lékařskou diagnózu a terapii, i když ty významně ovlivňují ošetrovatelské intervence, je poskytovatelem základní ošetrovatelské péče. Ta je poskytována nemocným v nemocnicích i v domácí péči. Komponenty základní ošetrovatelské péče jsou odvozené ze čtrnácti základních potřeb jedince:

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace

14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Při posuzování nemocného sestru provádí základní screening, jehož součástí jsou také hodnotící škály podle standardu jednotlivých oddělení. Často se setkáváme při posouzení rizika pádu se škálou Zjištění rizika pádu:

Tabulka Zjištění rizika pádu

| Zjištění rizika pádu | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------|---|
| Skóre vyšší než 3, riziko pádu | | | | | |
| Pohyb | neomezený | 0 | Pád v anamnéze | | 1 |
| | používá pomůcky | 1 | Medikace | neužívá rizikové léky | 0 |
| | potřebuje pomoc k pohybu | 1 | | užívá léky ze skupiny diuretik, | 1 |
| | neschopnost přesunu | 1 | | antiepileptik, | |
| vyprazdňovací | 0 | antiparkinsonik, | | | |
| dřívá | v anamnéze | 1 | antihypertenzív, | léky, | 1 |
| | nykturie/inkontinence | 1 | psychotropní benzodiazepiny | | |
| Věk | vyžaduje pomoc | 1 | | | |
| | 18-75 | 0 | | | |
| Mentální status | 75 a více | 1 | Smyslové poruchy | žádné | 0 |
| | orientován | 0 | | vizuální, sluchový | 1 |
| | občasná/noční inkontinence | 1 | | smyslový deficit | |
| | historie desorientace/demence | 1 | | | |
| Celkové skóre: | | | | | |

Zdroj: VŠZDRAV, 2013

U geriatrických pacientů hodnotíme riziko vzniku dekubitů např. podle Nortonové:

Tabulka Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

| Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|----------|---|---------|---|------------------|---|-----------------|---|--------------|---|
| Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Další nemoci | Tělesný stav | Stav vědomí | Pohyblivost | Inkontinence | Aktivita | | | | | | | | | |
| úplná | 4 | do 10 | 4 | normální | 4 | žádné | 4 | dobrá | 4 | dobrá | 4 | úplná | 4 | není | 4 | chodí | 4 |
| malá | 3 | do 30 | 3 | alergie | 3 | | 3 | horší | 3 | apatie | 3 | částečně omezená | 3 | občas | 3 | s doprovodem | 3 |
| částečná | 2 | do 60 | 2 | vlhká | 2 | | 2 | špatný | 2 | zmatený | 2 | velmi omezená | 2 | převážně močová | 2 | sedačka | 2 |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|-----|---|-------|---|--|---|--------------|---|--------------|---|-------|---|---------------|---|------|---|
| žádná | 1 | 60+ | 1 | suchá | 1 | | 1 | velmi špatný | 1 | bezvědomí | 1 | žádná | 1 | stolice i moč | 1 | leží | 1 |
| Dne: | | | | | | | | | | Součet bodů: | | | | | | | |

Zdroj: VŠZDRAV, 2013

Pro posouzení kognitivních funkcí je užíván také zkrácený test dle Gaida:

Tabulka Zkrácený mentální bodovací test podle Gaida

| Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida) | | |
|--|---|------|
| Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0. | | |
| Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost | | Body |
| 1. | Kolik je Vám let? | |
| 2. | Kolik je asi hodin? | |
| 3. | Jaká je adresa Vašeho bydliště? | |
| 4. | Jaký je rok? | |
| 5. | Kde jste hospitalizován? | |
| 6. | Poznání alespoň dvou osob (např. lékař a sestra) | |
| 7. | Kolikátého jste se narodil? | |
| 8. | Jak se jmenuje současný prezident ČR? | |
| 9. | Vyjmenujte číslíce od dvaceti do jedné nebo vyjmenujte měsíce pozpátku. | |
| Celkové skóre | | |

Zdroj: VŠZDRAV, 2013

5 Potřeby seniorů, kvalita života seniorů

Literatura:

- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.
- JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.
- KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MINIBERGEROVÁ, L. a J. DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-436-4.
- MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Praha: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

- POLKORNÁ, A., 2006. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-440-2.
- POKORNÁ, A., 2011. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.
- POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatrie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- TRACHTOVÁ, E., 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- ZACHAROVÁ, E., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

5.1 Potřeby, hierarchie potřeb

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí“ (TRACHTOVÁ, 2004, s. 10). Typickým rysem moderního ošetrovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka v každém věku. Nejčastěji se při hodnocení používá Maslowova hierarchie potřeb. Maslow odlišil dva druhy potřeb.

První skupinu tvoří ty, které se vztahují k pocitu nedostatku (frustraci) něčeho, co je pro život důležité – např. hlad, spánek. Tím, že je uspokojíme, saturujeme, přestává být jejich ukojení naléhavé.

Do druhé skupiny patří potřeby, které jsou na tom opačně, vycházejí z volní iniciativy člověka, z potřeb poznávání, tvorby a estetického citění. Pokud se nám něco podaří udělat, potom potřeba neuhasíná, ale naopak, potřeba se zesiluje, intenzifikuje.

Maslow upozorňuje i na to, že v průběhu života od dětství do stáří se do popředí dostávají různé druhy potřeb. Týká se to zejména základních biologických potřeb, které pokud jsou uspokojeny, ustupují do pozadí a objevují se vyšší, zralější potřeby.

V období stáří se mění hodnotová orientace potřeb. Senior se upíná, fixuje na rodinu a je důležité uspokojení potřeby lásky a sounáležitosti. Z psychických potřeb je nedostatečné uspokojení potřeby komunikace, senioři se často cítí velice osamoceni. Biologické potřeby s přibývajícím věkem vystupují do popředí. U seniorů je nejdůležitější potřeba příjmu potravy, vyprazdňování, spánku a odpočinku. Problematické je, jak uspokojují potřebu hydratace. Dále se senioři cítí víc ohroženi onemocněním, ovdověním, musí se smířit se závislostí na jiných lidech (JAROŠOVÁ, 2006, s. 32-33).

Haškovcová (2010, s. 253) zdůrazňuje „speciálně u seniorů je často opomíjená potřeba informovanosti, a to nejen o jejich nemoci, ale i o vzdálené rodině, a nerespektována autonomie, tedy právo na seburčení a s tím právo rozhodovat o důležitých věcech, souvisejících s léčbou“.

Maslow sestavil hierarchii potřeb ve formě pyramidy. Rozlišuje 5 úrovní.

1. Nejnižší jsou potřeby **biologické a fyziologické** (potrava, nápoje, spánek, odpočinek, sex, útulek, teplo, vzduch, oblečení).
2. Druhou úroveň tvoří **potřeba jistoty a bezpečí, ochrany, péče, pomoci**.
3. Třetí úroveň **potřeba přátelských vztahů, lidské sounáležitosti a lásky**.

4. Čtvrtá úroveň **potřeba úcty, respektu, posilující naše já, zvyšující naši sociální hodnotu, potřeba uznání a kladného ocenění.**

5. Pátá úroveň **je potřeba seberealizace, sebeaktualizace** – potřeba plně realizovat svůj potenciál, splnit svůj životní úkol a tím zanechat po sobě stopu.

Absolutní lidská potřeba: „Jde o univerzální potřebu být někým, být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí“ (LEARY, 1995). Definováno již ve Všeobecné deklaraci lidských práv (OSN, 1948).

5.2 Potřeby seniorů, základní pilíře péče

Existuje 5 základních principů, priorit přístupu k seniorské subpopulaci:

1. Zabezpečení – zajištění základních životních potřeb (potrava, tekutiny, hygiena, péče zdravotní, přístřeší, netrpění).

2. Autonomie.

3. Důstojnost.

4. Participace – sociální včlenění, podíl na životě společenství, mezigenerační solidarita.

5. Seberealizace – smysluplná existence, naplnění, rozvoj.

Zabezpečení

Lze chápat jako hmotnou a zabezpečení ve smyslu uspokojení základních potřeb. Pouhé uspokojení základních potřeb při péči je třeba odmítnout, neboť vede k závažné frustraci vyšších psychosociálních a spirituálních potřeb s omezením kvality života.

Autonomie

Autonomní jedinec by měl řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizí pomoci, sám uspokojovat své fyziologické potřeby, stát si za vlastními názory, nevynucovat si souhlas, blízkost a emocionální podporu a neměl by být zatížen přílišným strachem z druhých lidí ani pocity viny vůči nim.

U starých lidí je často narušena jejich soběstačnost. Obrovský význam pro ně má sociální prostředí. Často jejich potřeby formulují úředníci, specialisté, pracovníci v pomáhajících profesích a také rodinní příslušníci „v nejlepší zájmu“. Ti, ale autonomii chápou jinak než staří lidé. Ukazuje se, že senioři ztotožňují autonomii přinejmenším se **schopností rozhodovat o záležitostech**, které se jich týkají. Jejich pojetí tedy připouští osobní autonomii i v situaci, kdy je soběstačnost omezena na elementární aktivity a dokonce v situaci plné fyzické závislosti (což je někdy v rozporu s představami profesionálů, tedy že nemohou být autonomní, pokud jsou nesoběstační).

Podpora autonomie:

- Překonání negativních, stereotypních a homogenizujících postojů vůči seniorům.
- Zkvalitnění komunikace.
- Podpora rozmanitých služeb k posílení soběstačnosti a nezávislosti v domácím prostředí.
- Pohotovému medicínské řešení řešitelného zdravotního problému ve prospěch zachování či navrácení osobní autonomie.

V rámci institucionální péče dochází často k výraznější konfrontaci potřeb jedinců s formálními instrumentálními povinnostmi pečovatелů. Individuální participace seniorů je časově náročnější a často koliduje s nutnou zdravotní péčí. Sklon rozhodovat za pacienty/klienty, preferovat ty poddajné, pasivní, vděčné za pomoc a ošetřování, ochota personálu odměňovat závislé chování tak nejsou ničím výjimečným. Jde o **sociální scénář**:

dependence-support a independence-ignore. Projevuje se zde mechanismus naučené závislosti, závislost vede k podpoře, nezávislost k ignoraci. Tyto prvky se mohou objevit i při péči poskytované rodinou (HOLMEROVÁ, 2007).

Důstojnost

Důstojnost je základní hodnota lidské existence. Mnozí ji považují za nejvyšší hodnotu související se zdravím podmíněnou kvalitou života, s poskytováním péče. Důstojnost je nadřazena autonomii.

Ochrana důstojnosti seniorů, zejména nevnímajících nemocných má zásadní dopad na jejich rodiny, na spolupacienty, ale i na personál daného zařízení a kulturnost celé společnosti.

Existuje řada okolností, které mohou **narušit důstojnost** osobní identity:

- Ztráta kontroly nad vlastním fungováním (pohybový deficit, smyslový deficit, komunikační deficit, duševní choroba, ztráta soběstačnosti a způsobilosti k práci, inkontinence).
- Závažná porucha paměti.
- Ztráta kontroly nad vnějším děním – nedobrovolná institucionalizace, omezovací prostředky, ztráta způsobilosti k právním úkonům, k řízení vozidla, ztráta soukromí, chudoba, rituální péče.
- Ztráta respektu – ponižování, násilí, infantilizace, zesměšňování.
- Narušení tělesného schématu – amputace, znetvoření.

Dignitogeneze je proces cílevědomého chránění, obnovování a posilování důstojnosti.

Pět přání je písemný dokument, který pomáhá vyjádřit lidem, jak chtějí být ošetřováni v případě, že budou vážně nemocní. Zahrnuje všechny individuální potřeby. Tento dokument vydala americká nezisková organizace Aging With Dignity, která byla založena roku 1997 na podporu a ochranu lidské důstojnosti. Dokument „Pět přání“ oficiálně přijalo 40 států v USA a v současné době s ním pracuje zhruba 10 000 organizací. Tento dokument neslouží jenom profesionálům, ale pomáhá i rodinným příslušníkům uskutečnit přání svých blízkých v situaci, kdy oni sami už nemohou svá přání vyjádřit. Obsahuje následující části:

1. má přání ohledně toho, jaké osoby za mne mohou rozhodovat o poskytované, péči v případě, že nebudu moci tato rozhodnutí činit sám,
2. má přání ohledně způsobu ošetření, který chci a který nechci,
3. má přání ohledně toho, v jaké pohodě chci být,
4. má přání ohledně toho, které osoby chci, aby mě ošetřovaly,
5. co chci, aby moji blízcí věděli.

Pět přání je oficiální dokument, který pomáhá plánovat individuální péči u osob vážně nemocných. Zohledňuje vlastní přání a zcela akceptuje lidskou důstojnost (HOLMEROVÁ, 2007).

V České republice od roku 2012 je v zákonu 372/2011 Sb., o zdravotních službách zaveden institut „Dříve vysloveného přání“. Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.

Participace versus osamělost lidí

Samota může být žádoucím stavem ve stáří. Člověk si může přát být chvíli sám. Osamělost je něco jiného. Osamělý člověk může být i v umělém kolektivu a taková osamělost člověka deptá.

Seberealizace, smysluplnost života s omezením a utrpením

Základem smysluplnosti je stanovení cíle. Ukazuje se, že i ten, kdo nemůže vytvářet hodnoty, může nacházet smysl života v tom, jaký postoj zaujme k dění, jehož se účastní. Příkladem je úctyhodný postoj k utrpení, které se daný člověk snaží zvládnout, to jak se pere například s bolestí. Někteří lidé se prostě nedají. Neklesají na mysl, nepřipouští si pocity méněcennosti a jdou statečně svou vlastní cestou.

Pacient není pouze biologický systém, ale jednající bytost s potřebou seberealizace. Musí mít vždy jistotu, že zdravotníci ho respektují jako osobnost na nejvyšší možné úrovni i přes relativní podřízenost role jako pacienta.

Významné rizikové faktory, které se vyskytují ve stáří a ovlivňují kvalitu života starého člověka:

- Involuce, úbytek sil, zpomalení tempa, pokles potenciálu.
- Multimorbidita.
- Zhoršení prognózy nemocí.
- Ovdovění, osamělost.
- Ztráta prestiže.
- Sociální vyloučení.
- Zhoršení podmínek pro seberealizaci, participaci.
- Kumulace ztrát.
- Zneužívání, domácí násilí.
- Zastarávání znalostí, neznalost nových technologií.
- Chudoba.
- Ztráta smyslu, narušení identity.
- Maladaptace na stáří, rezignace, apatie.

5.3 Komunikace se seniory

Sociální komunikace se seniory vyžaduje nejen odborné znalosti, dovednosti, ale také trpělivost a přizpůsobení individuálním požadavkům komunikanta. Senior může trpět poruchou kognitivních funkcí, poruchou smyslového vnímání, psychiatrickými chorobami, neurologickým onemocněním s následnou poruchou řeči. Nezbytnou součástí komunikačního procesu je aktivní naslouchání a do popředí také vstupuje využití neverbální komunikace. Důležitý je zrakový kontakt (pohled vyjádří hodně), úsměvem povzbudíme i pochválíme. Seniora potěší podání ruky, pohlazení, což výrazně posílí důvěru. Je nutné přizpůsobit se určitému zpomalení seniorů, dát jim dostatek času k porozumění a nalezení odpovědi (MINIBERGEROVÁ, 2006).

5.3.1 Bariéry při komunikaci se seniory

V obecné rovině dělíme komunikační bariéry na interní a externí. Interní vycházejí ze schopností a dovedností seniora, jeho prožívání, zdravotního stavu. Často je to obava z neúspěchu, negativní emoce, nepřipravenost, fyzické nepohodlí, nemoc, postoje. Externí bariéry jsou dané prostředím. Patří sem hluk, šum, vizuální rozptylování, vyrušení jinou osobou, neschopnost naslouchat, komunikační zahlcení (POKORNÁ, 2010).

Podle Venglářové (2007, s. 75) mohou vznikat komunikační bariéry na straně pacienta, na straně pracovníka zdravotnického zařízení a bariery vyplývající z prostředí.

Mezi **bariéry na straně pacienta** patří nedůvěra v zdravotnický personál všeobecně, nebo v konkrétního pracovníka, s kterým nemá nemocný dobré zkušenosti. Také jsou to obavy

ze zneužití citlivých informací. O některých tématech generace dnešních seniorů nerada hovoří. Tabuizované jsou oblasti sexuality, intimní záležitosti, nepříjemnosti v rodině. Aktuální zdravotní stav významně ovlivňuje komunikaci. Negativně působí zejména bolest, únava, stres, úzkost.

Mezi nejběžnější bariéry při komunikaci se seniory patří různé stupně demence, poruchy sluchu a poruchy zraku. Při těchto typech komunikačních nesnází je vhodné respektovat a dodržovat určitá specifika a doporučení.

Mezi **bariéry na straně pracovníka** patří často strach ze závažných témat, jako je smrt, umírání, nevyléčitelné nemoci. Dále vytvoření si negativního postoje založeného na určitých nesympatiích ke konkrétnímu seniorovi. Velice častým problémem, se kterým se setkáváme v praxi, je nedostatek času potřebného pro efektivní komunikaci se seniory.

Bariéry v prostředí vyplývají ze situace a prostředí, ve kterém je informace předávána. Obtížně se komunikuje v hluku, když nemáme dostatečné soukromí, ve spěchu.

Komunikace se seniorem s poruchou zraku

Člověk vnímá zrakem zejména neverbální složku komunikace, která výrazně ovlivňuje sdělení. Klevetová a Dlabalová (2008, s. 111-112) popisují určitá specifika, která je nutno respektovat při komunikaci se seniorem s poruchou zraku. Důležité je představit se jménem i svým zařazením. Spojit oslovení s letným dotykem ramena, či lokte. Udržovat nezměněné prostředí pro lepší orientaci seniora a eliminovat vedlejší zvuky, které by mohly působit rušivě. Jednat vždy se seniorem, ne s jeho doprovodem. Pečlivě vysvětlovat prováděný výkon a používat přesné výrazy. Dopředu upozornit, že odcházíme z místnosti, vhodné je použít stejný dotek jako na začátku.

Komunikace se seniorem s poruchou sluchu

Senioři často trpí nedoslýchavostí, dochází u nich k izolovanosti až k depresím, k narušení sociálních vazeb. Je důležité podporovat je k využití kompenzačních pomůcek, které mohou výrazně zlepšit kvalitu života. Při komunikaci se seniorem se sluchovým postižením je nutné odstranit, omezit rušivé vlivy. Vhodným způsobem upoutat, upozornit seniora, že na něj mluvíme. Je důležité, aby senior viděl naše ústa. Není vhodné podepírat si bradu, žvýkat, kouřit, jíst u rozhovoru. Mluvíme pomalu, jasně, zřetelně, pevným hlasem, bez používání cizích slov a zdvořilostí. Adekvátním způsobem využíváme mimiku a gesta. Když má senior postižené jenom jedno ucho, zaměříme se na nepostiženou stranu. V průběhu komunikace se ujišťujeme, zda senior rozumí.

Komunikace se seniory s demencí

U seniorů se často setkáváme s poruchou kognitivních funkcí, na niž mohou zejména ze začátku reagovat podrážděním, úzkostí, depresí. Demence postihuje dospělé lidi, kteří ztrácejí schopnost dospěle fungovat. Nástup je pozvolný, s postupným zhoršováním a změny jsou nevratné. Demence zahrnuje poruchy kognitivních funkcí (orientace časem a prostorem, paměť, myšlení, řeč) i poruchy chování (nespolehlivost, nezáměr, apatie). Nejčastějším problémem je porucha krátkodobé paměti, neporozumění řeči, neschopnost vyjadřování, porucha orientace.

Při komunikaci se seniorem postiženým demencí je potřeba nejdříve zjistit stupeň a typ demence. Vhodné je využít některé z hodnotících a měřících škál. V praxi je nejčastěji využíván Mini-mental State Examination MMSE. Důležité je dbát na adekvátní oslovení, hovořit pomalu a jednoduchými větami. Informace podávat postupně a pravidelně seniora informovat o čase a prostoru. Nenaléhat na seniora, nevysmívat se pro nás

nepochopitelnému jednání. Důležité je akceptovat citové projevy, poskytnout podporu seniorovi, chválit ho a povzbuzovat.

5.3.2 Nejčastější chyby v komunikaci se seniory

Při komunikaci se všemi věkovými skupinami se dopouštíme chyb. Avšak u seniorů mohou mít tyto chyby vážnější dopad. Senioři jsou mnohem vnímavější vůči projevům chování, reakcím, přístupu ke komunikaci. Vhodná komunikace zásadně ovlivňuje jejich vnitřní prožívání, ochotu spolupracovat a následnou spokojenost, či nespokojenost nemocného.

Klevetová a Dlabalová (2008, s. 108-109) uvádějí patnáct nejčastějších komunikačních zlovyků, které jsou v praxi časté:

- odsuzujeme chování seniora a nevěnujeme pozornost tomu, proč to tak dělá,
- ujišťujeme seniora, že se nic neděje,
- hledáme řešení a radíme v situaci, kdy je potřeba aktivně naslouchat, projevit pochopení a empatii,
- nedovolíme uvolnit napětí, ukvapeně seniora zklidňujeme,
- přesvědčujeme,
- nechceme vést rozhovor, vyhýbáme se mu,
- klademe zbytečné otázky,
- nabízíme formu úlevy, kterou senior neočekává (chtěl si jen postěžovat),
- kritizujeme a moralizujeme seniorovy reakce,
- místo naslouchání nabízíme činnosti,
- myslíme, že známe myšlenkové pochody seniora,
- přerušujeme řeč,
- neverbálně odmítáme seniora,
- odcházíme beze slov, nereagujeme na sdělení,
- vnucujeme náš názor.

Pokorná (2011) poukazuje na další chyby v komunikaci se seniory. Používání odborné terminologie a pojmů, které jsou pro seniora nesrozumitelné. Nesoulad mezi verbální a neverbální komunikací, kdy informace, které sdělujeme, bývají pochopené jinak. Devalvační chování, které zahrnuje ignorování, nechotu vyslechnout, nevšímavost, hrubost, ironizování, zpochybňování názorů seniora, ztrapňování, familiární oslovení. Nevhodná je jednosměrnost komunikace, kdy chybí zpětná vazba, autoritativní přístup, přehnané poučování, vnucování rad, omezování. Častou chybou je nedostatek času, nevyhovující prostředí, nerespektování zpomalení u seniorů. Přenos vlastních pozitivních, či negativních zkušeností se seniory do komunikace s ostatními. Odpovídání si na vlastní dotazy a neadekvátní reakce na kritiku.

5.3.3 Maligní komunikace a vzorce chování ve zdravotnických a sociálních službách

Jde o zhoubné, škodlivé, destruktivní chování, které je konstantní součástí určitého sociálního prostředí. Velmi zvýrazněné je zejména při péči o lidi s demencí.

- Podvádění, lest, zrádčovství – pečující záměrně nemluví pravdu za účelem zejména usnadnění si péče.
- Infantilizace – pozor na **elderspeak**. Se seniorem mluví jako s děckem, používají zdrobněliny, žvatlají na něho. Dekorace místností připomíná prostředí pro děti. Vše dělají za nemocného, naprosto zabíjí jeho autonomii. Je třeba mu dát šanci a čas.

- Nálepkování – mrtvičkáři, hysterky, potíživé, stěžovatelé.
- Stigmatizace – jde o vystupňované nálepkování – blázen, dement, geront, hluchoun, umírající.
- Ignorování – nebereme zřetel na to, co pacient říká, přeje si. Nevnímáme ho. Mluvíme před ním, jako by tam nebyl. Vstupujeme bez zaklepání. Mluvíme s doprovodem nikoli se seniorem.
- Odmítání a odpírání pozornosti – neřešíme potřeby seniorů, nevěnujeme jim pozornost. „*Je dement, neví, co chce.*“
- Netrpělivost, spěch, nerespektování tempa („*tak šup, šup*“).
- Odhánění pacientů, úmyslné zdržování, pacient počká.
- Zvěcnění pacientů – označování diagnózami, lůžky, „*nakrmte tu pneumonii*“.
- Zesměšňování.
- Zneschopňování, uděláme vše raději sami.
- Invalidace – pečující zlehčuje přání obavy, výroky.
- Ponižování, pohrdání, podceňování – sarkastické poznámky.
- Obviňování, nařčení pacienta, že něco způsobil, aniž by na tom měl vinu.
- Zastaršování (HOLMEROVÁ, 2007).

5.3.4 Zásady pro efektivní komunikaci se seniory

Při komunikaci se seniory je důležité navázat kontakt, vzbudit důvěru, zlepšit porozumění a samozřejmě přimět seniora ke spolupráci. Jsou určitá vhodná témata, o kterých senioři rádi hovoří. Rádi vzpomínají na minulost, významné události, dobu, kdy žili aktivní život, co by ještě chtěli udělat, kdyby mohli, potěší je, když mohou mladší generaci poradit, rádi slyší, jak jim to sluší a stále myslí.

Zásady a doporučení pro efektivní komunikaci se seniory:

- jasně vymezit smysl a cíl komunikace,
- vybrat vhodné komunikační techniky na základě schopností a potřeb seniora,
- zajistit vhodné prostředí pro komunikaci,
- mít dostatek času, dodržovat slíbené termíny,
- rozpoznat a respektovat omezení patřící k věku,
- akceptovat smyslové, kognitivní a jiné specifické bariéry,
- při poruchách sluchu využívat také psanou formu informací,
- vždy se představit a nevyhýbat se dotekům (haptika),
- zásadně komunikovat se seniorem, ne jenom s jeho doprovodem,
- oslovovat seniora dle jeho přání,
- prokazovat úctu,
- nepoužívat formální fráze, zdravotnický žargon, odborné pojmy pečlivě vysvětlovat,
- pokud senior nerozumí, nepoužívat stejná slova, ale jiné výrazy,
- mluvit nahlas, ale ne vysokým hlasem,
- mlčky přejít afekty, slovní výpady,
- používat metody aktivního naslouchání,
- chválit za trpělivost,
- pečlivě sledovat neverbální projevy,
- nebagatelizovat seniorovy problémy,
- zapojit do péče rodinu,
- podporovat seniora v aktivním přístupu (POKORNÁ, 2011).

5.3.5 Komunikace s lidmi v tísní

Velký význam má schopnost naslouchat, porozumět tomu, co nám starý pacient sděluje. Nelze jen slyšet. Pomůžeme empatií, úctou (bez lhostejnosti), opravdovostí (kongruence, bez přetvářky).

Krizová intervence

Pokud se jedinec nedokáže vyrovnat s krizí na základě vlastních zdrojů, potřebuje pomoc jiných. Takovou formu pomoci nazýváme krizová intervence.

Principy intervence:

- Navázat dobrý kontakt.
- Zachovat klid.
- Zhodnotit situaci.
- Zhodnotit ohrožení.
- Redukovat okamžitá nebezpečí.
- Odpustit si hlubokou analýzu příčin, je čas jednat nikoli filozofovat.
- Neodsuzovat.
- Nemoralizovat.
- Nebagatelizovat.
- Nehádat se s člověkem v krizi.
- Vyjadřovat zájem, zaujetí.
- Identifikovat záchytný bod.
- Určit motivující faktor (čeho chce jedinec dosáhnout).
- Identifikovat možná řešení, vyhodnotit alternativy spolu s jedincem.
- Nabídnout další pomoc.

5.4 Kvalita života seniorů

Kvalita života seniorů patří mezi významnou a často diskutovanou problematiku. Dosahování maximální možné míry kvality života je jedním z důležitých cílů v péči o seniory a v určité míře je jedním z kritérií samotné kvality ošetrovatelské péče. S prodlužující se délkou života nabývá na významu zkoumání faktorů, které příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří. Ačkoli lze vyšší věk charakterizovat jako období psychosociálních ztrát a zvyšujících se zdravotních rizik, existují studie, které dokládají dobrou kvalitu života seniorů, vysokou životní spokojenost a emoční pohodu. Životní spokojenost se však s pojmem kvalita života zcela nepřekrývá. Je také otázkou, zda koncept kvality života nemá ve starším věku jiný význam nebo rozsah než v období mladšího a středního věku a jaké metody při zkoumání kvality života použít.

Při měření kvality života se dostávají do popředí pojmy jako autonomie, soběstačnost, schopnost rozhodování, bolest, utrpení, zachování smyslových schopností, udržení podpůrného sociálního systému, finance, pocit užitečnosti pro jiné, pocit štěstí.

V současné době je nejznámějším nástrojem pro měření kvality života seniorů WHOQOL-OLD. Jde o nástroj pracovní skupiny WHO, modul byl vytvořený na základě WHOQOL (WHOQOL-100 a WHOQOL_BREF). Hodnotí šest domén: smyslové vnímání, autonomii, aktivity (minulé, současné a budoucí), sociální participaci, smrt a umírání, intimitu (HUDÁKOVÁ, 2013).

5.5 Nejčastější ošetrovatelské problémy u seniorů

Ošetrovatelské problémy u seniorů lze rozdělit na dvě skupiny:

Ošetrovatelské problémy vztahující se k tělesným potřebám seniorů:

- zhoršená pohyblivost, zhoršená pohyblivost na lůžku, porušená chůze, intolerance aktivity, riziko pádu a úrazu,
- snížená soběstačnost, porucha soběstačnosti, deficit sebeděče ve všech denních aktivitách,
- imobilizační syndrom, riziko vzniku imobilizačního syndromu,
- porušená kožní integrita, riziko vzniku dekubitů,
- akutní bolest, chronická bolest,
- porucha ze sníženého příjmu potravy, porucha ze zvýšeného příjmu potravy, deficit tělesných tekutin, riziko deficitu tělesných tekutin, porucha polykání, zvracení, zácpa, riziko zácpy, průjem, inkontinence moči, inkontinence stolice,
- porušená výměna plynů,
- poruchy spánku, spánkový deficit,
- poruchy smyslového vnímání (zrak, sluch, chuť, dotek, čich, kinestezie).

Ošetrovatelské problémy vztahující se k psychickým a sociálním potřebám seniorů:

- narušená sebeúcta, změněné vnímání tělesného vzhledu, ztráta osobnosti, porucha sebekoncepcce, duševní tíseň,
- nedostatek informací, nedostatek vědomostí,
- zhoršená verbální komunikace,
- akutní zmatenost, chronická zmatenost, zhoršené vnímání reality, agresivita, riziko násilí, zhoršené vnímání reality,
- beznaděj, úzkost, strach, bezmocnost,
- narušená funkce rodiny, sociální izolace, osamělost, porušená společenská interakce,
- porucha adaptace, narušená sociální interakce (MALÍKOVÁ, 2011).

6 Bezpečná péče, zneužívání seniorů

Literatura:

- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2004. *Manuálek o násilí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.
- KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- NO SECRETS: Guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse. [online] [vid. 10-07-2014] Dostupné z: <http://www.doh.gov.uk/scq/nosecrets.htm>
- MPSV, 2010. *Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. [online] [vid. 10-07-2014] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobá_pece_CR.pdf.
- ONDŘIOVÁ, Iveta a Jarmila DUČAIOVÁ, 2011. Etika versus týrání, zanedbávání seniorů. In: *Sestra*. 21(4), 65. ISSN 1210-0404.
- ÚLEHLOVÁ, Dagmar, 2009. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 116 s. ISBN 978-80-7013-502-0.

6.1 Co je to zneužívání

Lidé se zdravotními hendikepy, často pacienti nebo uživatelé dlouhodobé péče jsou zvýšeně a častěji ohroženi různými formami špatného zacházení (domácím či ústavním násilím, týráním, omezováním, zanedbáváním či zneužíváním). Důvodem je snížená schopnost sebeobrany, omezená soběstačnost, závislost na lidech, kteří se nevhodného jednání dopouštějí a zejména reálná nemožnost „zvednout se a odejít“. Nejčastější formou je syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starých lidí mezinárodně známý jako elder abuse (EA), elder abuse and neglect (EAN), nebo elder dignity abuse and neglect (EDAN) (KALVACH, 2011).

Údaje o počtu výskytu elder abuse se liší, což je dáno i různým formulováním a vymezováním problému, také se předpokládá, že mnoho případů zůstává neohlášených. Definice zneužívání a týrání, tak jak je nacházíme v odborné literatuře, se nezdá překrývat, doplňují či různí. V jednotlivých definicích se promítá konkrétní realita doby a určitý úhel pohledu (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

Zneužívání lze chápat jako zneužití příbuzenského, přátelského vztahu nebo postavení důvěrné osoby, tedy člověka, který má dohled nad starým člověkem, k vlastnímu obohacení se majetkem seniora, upřednostňováním shovívavosti starého člověka pro sebe, ne ve prospěch seniora (ONDŘIOVÁ, 2011).

Zneužívání zahrnuje i týrání a zanedbávání seniorů. Tělesné týrání může mít podobu bití, kopání, nepomoci člověku od bolesti, vystavování hladu či chladu. Nevhodné zacházení nebo zanedbávání představuje nepřiměřené používání omezovacích prostředků fyzických (např. kurtování) i chemických (nepřiměřené tlumení psychofarmaky). Mezi ekonomické zneužívání patří například vynucené převody majetku a pod psychickým týráním si představme omezování lidských práv, ponižování a urážení (KALVACH, 2006).

Definice podle britské směrnice „No Secrets“ zní: „Zneužívání je narušení lidských a občanských práv jednotlivce jinou osobou nebo osobami. Zneužívání může spočívat v jednom samostatném činu nebo opakovaných činech. Může být fyzické, slovní nebo psychické, může být činem způsobeným nedbalostí nebo opomenutím nebo se může objevit, pokud je bezbranná osoba přesvědčena k tomu, aby vstoupila do finančního nebo sexuálního jednání, se kterým nesouhlasila nebo nemohla souhlasit“. Jestliže zranitelná osoba je vedena k tomu, aby si myslela, že může být zneužita, pak je to v podstatě totéž, jako by se toto zneužívání dělo.

Problematika zneužívání či násilí byla v naší společnosti dlouho tabu, teprve několik posledních let se otevírá diskuze o tomto závažném jevu, který je velmi nebezpečný z hlediska nízké možnosti kontroly společnosti a vysoké tolerance vůči pachatelům násilí (ÚLEHLOVÁ, 2009).

V roce 1996 Světová zdravotnická organizace definovala elder abuse poměrně široce jako „jednotlivé či opakované činy nebo chybění přiměřené činnosti, objevující se v jakékoli souvislosti a v jakémkoli osobním vztahu, pokud lze oprávněně očekávat, že povedou k poškození či k ohrožení starého člověka“. České trestní právo zná jen týrání svěřené osoby, což v dospělosti přichází v úvahu jen v případě opatrovnictví nebo ústavní péče. Zdůrazňujeme, že se nejedná jen o fyzické násilí. Typicky je zneužívání prováděno dlouhodobě a účelově (KALVACH, 2011).

V souvislosti se zneužíváním je třeba zmínit tzv. Stockholmský syndrom, který vysvětluje podřízené chování zneužívaných. Podle Úlehlové (2009, s. 67) bývá Stockholmský syndrom nejčastěji definován jako: „emoční vazba, pouto vzájemné závislosti mezi únoscem a zajatcem, které se rozvine, když vás někdo ohrožuje na životě, zvažuje, zda vás zabije, ale nakonec to neudělá“. Tímto jevem, se specialisté snaží vysvětlit jednání a chování, které se velice často objevuje u ohrožených osob, tím myslíme tendenci ohrožených osob zůstat v násilných vztazích, omlouvat chování násilné osoby a zlehčovat či podceňovat toto násilí ve vztahu mezi sebou. Aby se vůbec mohl Stockholmský syndrom vyvinout, je nezbytná existence 4 předpokladů: oběť je odloučená od lidí, oběť pociťuje dočasnou náklonnost k násilníkovi, oběť je přesvědčená, že ze stávající situace není úniku a život oběti je v ohrožení (ÚLEHLOVÁ, 2009).

6.2 Druhy zneužívání

Nejzávažnějším projevem agrese vůči seniorům je fyzické násilí.

Fyzické zneužívání je definováno jako způsobení fyzického násilí, které není náhodné a jež má za následek nebo by mohlo mít tělesné poranění, bolest nebo postižení.

Patří sem i zranění, které nelze dostatečně vysvětlit, kde existují obavy z toho, že toto poranění bylo způsobeno úmyslně. Konkrétní příklady: bití a fackování, pálení, štípání, třesení, tlačení, ale i násilné krmení, užívání zábran, cévkování pro pohodlí personálu, nesprávná medikace, nucená sedace. Fyzické zneužívání může rovněž zahrnovat situace, kdy je lidem působeno nesmyslné nepohodlí, když je jim odepřena péče nebo uplatňovány neadekvátní způsoby léčení. Nedostatek potravy a vody a nedobrovolná izolace představují také fyzické zneužívání.

Sexuální zneužívání je definováno jako účast dospělých v sexuálních aktivitách, které:

- nechťejí nebo k nim nesvolili
- nemohou jim rozumět
- odehrávají se tam, kde druhá strana má pozici toho, ke komu se může s důvěrou obrátit, pozici moci nebo úřadu

Veškeré sexuální aktivity, ve kterých se objeví personál, jsou v rozporu s profesními standardy, a tudíž jsou považovány za zneužití.

Příklady sexuálního zneužívání:

- Kontaktní (znásilnění, nechťené dotýkání a jiné formy sexuálních aktivit bez souhlasu dotyčného dospělého)
- Bezkontaktní (neslušné odhalování, slovní obtěžování)

Zanedbávání je definováno jako nedostatek pomoci v aktivitách denního života a opomenutí zakročit u chování, které je nebezpečné pro dotyčného jedince nebo ostatní.

Zneužívání se může rovněž vyskytnout jako důsledek neúmyslného jednání pečovatelského týmu, že z různých důvodů neumí zajistit potřeby ohrožené osoby. Může to být z důvodů finančních, z důvodů nedostatku informací, nebo pokud péče o takového pacienta přesahuje možnosti daného zařízení. Konkrétní příklady zanedbání: neposkytnutí vhodné stravy, ubytování, tepla, oblečení, lékařské péče, hygieny, ošetřovatelské péče, medikace.

Psychické a citové zneužívání je zneužívání, jež ovlivňuje duševní zdraví a rozvoj jedinců. Psychické zneužívání zahrnuje použití výhrůžek, strachu ale také vynucování úplatků například za účelem:

- splnit přání pacienta

- neuzavřít ho na izolaci
- poskytování služeb, které potřebuje

Psychické zneužívání zahrnuje zastrašování, ponižování, křik, nadávky, citové vydírání a upírání základních lidských a občanských práv. Patří sem rovněž rasové zneužívání, obtěžování a přehlížení kulturních potřeb jedince. Zvláštní formou psychického týrání je sociální izolace. Projevuje se bráněním oběti v kontaktu se svou rodinou, přáteli, kontrolou odchozích hovorů, kontrolou dopisů, SMS zpráv, emailů. Časté jsou i tzv. „kontrolní“ telefonáty, vyslýchání jako kde jsi byl/a, s kým jsi byl/a, přikazování co si má obléknout, nucení setrvat doma. Cílem je mít týranou osobu co nejvíce pod kontrolou.

Finanční/materiální zneužívání znamená nepatřičné použití zdrojů jednotlivce ve prospěch jiné osoby. Typické je: znemožnění přístupu k rodinným příjmům, neplacení nákladů a účtů spojených s bydlením, úplná kontrola nad příjmy a výdaji oběti, tajení ekonomické situace agresora i rodiny a mnoho dalších možností. Drží-li násilník svoji oběť v neustálé finanční nejistotě a pod dohledem, není schopna odejít z domova či vyhledat pomoc.

Institucionální zneužívání a zneužití personálem je definováno jako dodržování systému péče, která je organizována pro pohodlí personálu a ne pro potřeby seniorů. Konkrétní příklady:

- absence flexibility ohledně času na spaní nebo úmyslné probouzení
- podložní mísa užívaná vícero osobami, ponechávání na ní příliš dlouho
- špinavé oblečení a povlečení
- nedostatek osobního oblečení a věcí
- užívání postranic tam, kde to není třeba
- strohé prostředí, nedostatek světla v místnostech
- zanedbané prostředí a nedostatek stimulace
- nevhodné ošetrovatelské nebo zdravotnické postupy (např. klyzmata nebo cévkování), když nejsou indikovány
- nedostatek individuálních plánů péče, ritualizovaná péče
- nepřiměřená omezení a izolace
- nadřazenost personálu

Jednotlivé formy násilí jsou málokdy přesně oddělené. Většinou se kombinují nebo prolínají či přechází jedna forma v druhou.

K jedné z forem domácího násilí patří i tzv. stalkerství neboli nebezpečné pronásledování, které se dostává do popředí zejména v posledních letech. Stalker si chce udržet nad obětí moc a kontrolu. O pronásledování lze říci, že je to obtěžující a zastrašující chování, které může mít podobu sledování nebo pozorování. Chodit do míst bydliště oběti, opakovaně obtěžovat telefonáty, zanechávat vyhrožující vzkazy, předměty nebo ničit osobní věci s cílem způsobit u oběti strach. Pronásledování může být zaměřeno na širší skupinu známých nebo blízkých přátel oběti.

6.3 Bezbranní, ohrožení, zranitelní dospělí a ti, kdo zneužívají

Mezi bezbranné, ohrožené či zranitelné dospělé řadíme osoby:

- které mají nebo mohou mít potřebu pečovatelských služeb z důvodu duševního nebo jiného postižení, z důvodu věku nebo onemocnění

- ti, kdo nejsou nebo nemohou být schopni péče o sebe samé, nebo nejsou schopni chránit sami sebe před poškozením či vykořisťováním

Jaké jsou konkrétní skupiny ohrožených dospělých:

- s poruchami učení
- s fyzickým postižením
- s poruchou duševního zdraví
- senioři
- chronicky zranitelní díky abusu alkoholu nebo jiných látek
- vážně nebo terminálně nemocní
- žijící v chudobě/bezdomovectví
- s příliš silným sociálním či emocionálním cítěním

Na druhé straně je také třeba vymezit ty, kdo mohou zneužívat:

- rodina a příbuzní
- ošetřující a jiný personál (placení zaměstnanci, ale i z řad dobrovolníků)
- ostatní uživatelé služeb, ostatní pacienti či jejich blízcí
- sousedé, přátelé a společníci
- lidé, kteří ubližují vědomě

6.4 Znamky týrání seniorů

Mezi typické známky týrání ze strany rodiny nebo pečovatele patří: močový nebo fekální zápach, který se šíří po místnosti, ve které starý člověk přebývá, znečištěné prostředí, nepořádek v domě, bytě, nevyprané, špinavé prádlo, malnutrice, dehydratace, hypotermie, výskyt mnoha dekubitů spojeného s imobilizačním syndromem, nespolečné léky a další jiné zdravotní problémy. Nejčastější obětí toho syndromu jsou obyčejné ženy ve věku 70–80 let, vdovy, ženy s nižším vzděláním, senioři na pokraji chudoby, staří rodiče žijící v jedné domácnosti s příbuznými, bezbranné a zranitelné osoby s fyzickým nebo mentálním handicapem (ONDRIOVÁ, 2011).

Příznaky fyzického/tělesného týrání jsou např. opakovaná, nejasně vysvětlená poranění, přítomnost zranění odlišného stáří, škrábance, jizvy a modřiny na místech, kam si postižený sám nedosáhne, vytrhané vlasy, vynechávání návštěv, obviňování starého člověka z inkontinence, výčitky, zanedbanost a pozdě ošetřené rány, známky omezování, stopy kurtů nebo prstů, opakovaně chybné podání léků, nedostatečná hygiena či známky neadekvátní péče, strach a úzkost, kachexie, imobilizační syndrom a samotné agresivní chování ke starému člověku. Tělesné týrání je nejviditelnější a nejhrubší forma, podstatou je záměrně působit bolest seniorovi, zraňovat ho, vyvíjet fyzický nátlak.

Možné příznaky zanedbávání péče o sebe sama jsou: ignorování pomoci okolí, odkládání starých, nepotřebných nebo rozbitých věcí na horší časy, probírání odpadků, toulání se po okolí, záměrně neudržovaná domácnost, nedostatečná výživa, dehydratace, nedostatečné oblékání se, špinavé oblečení, šířící se močově-fekální zápach, zanedbané vaření, nakupování, osobní hygiena. Tito lidé žijí nejčastěji bezdomoveckým, tuláckým nebo žebráckým způsobem, který se nesnaží změnit. Velice často jde o alkoholiky, narkomany či anomální jedince, někdy jde o duševně choré včetně syndromu demence (ONDRIOVÁ, 2011).

Mezi typické známky finančního/majetkového vykořisťování patří: nervozita či nejistota při rozhovoru o financích, neznalost svého finančního stavu, mnohočetné změny v poslední vůli, převod majetku na jinou osobu, nedoplatky nebo zapomenuté uhrazení nájmu nebo služeb za seniora, chybějící vybavení v domácnosti – televizor, pračka, lednice, ztráta šperků, osobních věcí, podezřelé aktivity kolem kreditní karty, nedostatek pohodlí, které by si měl starý člověk dopřát, vůbec strach z komunikace s příbuznými, zmatek a dezorientace oběti, stavy hněvu, deprese, panický strach, uzavření se do sebe. S těmito projevy se setkáváme při poskytování péče bohužel často (ONDŘIOVÁ, 2011).

Emoční a psychické příznaky jsou: změna příjmu potravy či porucha spánku, rezignace, zmatenost, pasivita, uzavírání se do sebe, pocit beznaděje, bezmoci, neochota mluvit otevřeně nebo mluvit vůbec, vyhýbání se zrakovému, slovnímu či tělesnému kontaktu, izolace, plačtivost (KALVACH, 2004).

Přehledné shrnutí:

Alarmující ukazatelé zneužívání:

- Jakékoli zranění, které neodpovídá tomu, co se stalo
- Nevysvětlitelné zhmožděniny, popáleniny nebo zlomeniny
- Podvýživa
- Změny kontinence
- Neadekvátní oblečení
- Změny v sexuálním chování
- Změny ve finančních prostředcích
- Dekubity
- Nezajištění soukromí a důstojnosti
- Nepodávání předepsané medikace

Nejčastější důvody, proč není zneužívání odhaleno či oznámeno, protože:

- Není rozpoznáno
- Existují obavy z odvety
- Reakce „pevné ruky“
- Nejistota, zda obavy jsou oprávněné
- Pocit, že se stejně nic nezmění
- Nebude mi nikdo věřit
- Jde o intimní záležitosti
- Není známo, jak zneužívání oznámit (chybí řádné standardy a postupy)
- Pošetilá lojalita

Jak se profesionálně zachovat při odhalení zneužívání či při jeho oznámení:

- Naslouchat
- Chránit
- Řádně dokumentovat – užívat pokud možno vlastní slova postiženého
- Hovořit s postiženým, informovat ho o jednotlivých krocích

Co bychom rozhodně dělat neměli:

- Postavit se údajnému zneužívajícímu,
- Vyšetřovat sami,
- Poškodit nebo zničit důkazy.

Několik rad, jak pomoci předcházet zneužívání:

- Uznat, že se to může stát i u nás
- Informovat o svých obavách
- Nedělat nic není alternativou
- Hledat vysvětlení pro úzkost a zastrasování
- Držet se standardních postupů při poskytování intimní péče
- Mít dostatek personálu
- Vzdělávat se
- Řádně dokumentovat

Bylo prokázáno, že více případů zneužívání je z důvodu neznalosti, neinformovanosti než jako projev zlého úmyslu.

6.5 Ošetrovatelská péče o seniora zaměřená na prevenci zneužívání

V rámci ošetrovatelského procesu u seniora by měl být vždy dostatečný prostor pro rozhovor s ním. Měli bychom dbát na to, aby do vyšetřovací místnosti či ordinace vstoupila ohrožená nebo zraněná osoba sama bez doprovodu, neboť právě doprovod může být tou osobou, před kterou by oběť o svých zraněních nebo obtížích nemluvila. Důležité je na pacienta nespěchat, protože tyto osoby samy od sebe nesdělí žádné informace o svých potížích. Oběť se rozhovoří teprve tehdy, jsou-li jí kladeny správné, jednoduché a přímé otázky, a to nekonfliktním a příjemným tónem. Hned na začátku rozhovoru musíme dát prostor, aby se pacient vyrovnal s tím, že nějaká jiná osoba byla seznámena s jeho problémem. Hovor je potřeba vést normálním, standardním způsobem, je důležité věnovat se tématu, které pacient/klient považuje za důležité. Teprve později je vhodné vrátit se k tématům partnerského, příbuzenského vztahu, důkladně sledovat pacientovy reakce a na ně empaticky a rozumně reagovat. Někdy se může stát, že pacient popírá násilí, které je na něm páčáno, ale my jsme o něm přesvědčeni, tehdy bychom měli dotyčnou oběť informovat, kde může najít další pomoc, předat kontakty na příslušná pracoviště a následně svůj názor zaznamenat do zdravotnické dokumentace (ÚLEHLOVÁ, 2009).

6.6 Kvalita péče o seniory v ČR

V posledních letech se stala nedostatečná kvalita péče na odděleních typu LDN, následné péče a podobně relativně častým tématem médií. Velká mediální kampaň proběhla spontánně v létě 2008, kdy novinář v roli sanitáře sdělil veřejnosti své zkušenosti s péčí v nemocnici následné péče v sérii článků v MF Dnes. Mediální prezentace nedostatečné kvality následné péče, a to zejména v institucích, které ji zajišťují, je bezpochyby jednou z cest, jak tuto problematiku dostat na pořad jednání a dosáhnout jejího zlepšení. Nicméně je to cesta, která má mnoho velmi závažných nežádoucích efektů – patří sem zvýšení psychického tlaku na všechny pracovníky v této oblasti, tedy i na ty, kteří pracují v zařízeních poskytujících kvalitní péči. Mnozí z nich pak mají potřebu tuto skutečnost sdělovat, obhajovat sebe i svá zařízení a podobně.

Kritická místa péče o seniory v ČR:

- **Oblast péče o staré lidi je na periferii zájmu.** Bohužel skutečností zůstává, že zařízení dlouhodobé péče jsou v rámci zdravotnictví na samém okraji zájmu, často se nacházejí v objektech, které stavebně nevyhovují, často nemají dostatek pracovníků ani prostředků na

adekvátní léčbu, rehabilitaci a ošetřování a nejsou ani dostatečně vybaveny potřebnými pomůckami usnadňujícími práci se seniory a handicapovanými.

- **O seniory pečuje nedostatečně vzdělaný a podporovaný personál.** Celoživotní vzdělávání má u zaměstnanců vysokou míru důležitosti, avšak ze strany vedení organizací a jednotlivých zařízení není podporováno, respektive je povinné v rámci udržení kvalifikace především u všeobecných sester, ale školení si zaměstnanci musí zajišťovat většinou sami. Kritická situace je např. u sanitářů a dalších profesí.

- **Není respektována důstojnost starých pacientů.** Velké rezervy jsou v oblasti zachování intimity během provádění hygieny.

- **Formalizace výkonů** (náhrada administrativou) převažuje nad autentickou přítomností personálu u lůžka pacienta. Komunikace personálu s pacienty se ukazuje jako oblast, kterou zaměstnanci chtějí považovat za prvořadou, ale její míra naplnění se neshoduje s množstvím vyžadované administrativy.

- **„Odložení pacientů“.** Z pohledu návaznosti následné péče na péči v rodině je vhodné upozornit také na častý nezáměr rodiny o svého rodinného příslušníka. V některých případech slouží pouze jako zdroj finančního příjmu. Často lze rodinu vidět pouze ve dnech, kdy přichází důchod. Se stoupající informovaností veřejnosti o dostupnosti zdravotní péče stoupá také jejich náročnost ve smyslu poskytování kvalitnějších služeb. S jejich náročností ale rozhodně nestoupá jejich odpovědnost za své rodinné příslušníky (pacienty). Podle zaměstnanců je to právě naopak a během let se stávají mnohem agresivnější a hrubější.

- **Pokřivení systému** – péče zadarmo či „pseudo zadarmo“. Pacient je čím dál náročnější a zároveň nespokojený. Problematické byly zejména zavedené regulační poplatky při hospitalizaci, které často vedly k pocitu seniorů a rodiny, že si za péči platí.

Otázka kvality dlouhodobé péče není jen problémem České republiky, ale mnoha dalších evropských zemí. Ve většině z nich proběhly v posledních letech mediální aféry a skandály upozorňující na nedostatečnou kvalitu služeb dlouhodobé péče (MPSV, 2010).

6.7 Recentní vývoj dlouhodobé péče v ČR

V České republice došlo ke změně v poskytování sociálních služeb v souvislosti s legislativou platnou od roku 2007. Pacienti zejména seniorského věku zpravidla neznají účel příspěvku na péči, nebyli obeznámeni ani profesionály ani prostřednictvím veřejné informační kampaně, že se jedná o prostředky, které jsou určeny na zajištění služeb kompenzujících jejich nesoběstačnost, přičemž tyto služby mohou být zajištěny jak nákupem služeb od poskytovatelů sociálních služeb tak prostřednictvím blízkých osob, které o nesoběstačné seniory pečují v rámci rodiny, společné domácnosti a podobně. Prostředky příspěvku na péči proto někteří senioři považují za prosté navýšení svého důchodu „z důvodu věku“ a služby za ně nenakupují. Tato situace vede ke skutečnosti, že je příspěvek na péči distribuován plošně a jsou čerpány prostředky ve významně vyšší míře, než tvůrce této legislativy předpokládal. Za tyto prostředky nejsou nakupovány služby, takže se nenaplnuje další z předpokladů tvůrce tohoto zákona – rozvoj sociálních služeb prostřednictvím nákupu služeb z příspěvků na péči.

Velkým problémem je zajištění služeb ve zdravotnických zařízeních, neboť není dán mechanismus (kromě složitého a v podstatě nevratného systému „dalšího pobytu na lůžku zdravotnického zařízení ze sociálních důvodů“), jak by mohlo zdravotnické zařízení příspěvek na péči čerpat v případě, kdy (přechodně) péči příjemci zajišťuje.

V České republice tedy došlo k procesu, který je opačný například než výše uvedená „intenzifikace“ domácí péče ve Švédsku a Velké Británii – k plošnému rozptýlení zdrojů určených na péči (MPSV, 2010).

Závěry obecné

Doporučené základní principy, které by měly být respektovány pro další rozvoj služeb pro seniory:

- Respektování důstojnosti a autonomie musí být základem postojů k seniorům.
- Vzdělání profesionálů poskytujících péči seniorům, ale také úředníků státní správy a samospráv jsou stejně důležité jako vzdělání seniorů samých, ale také vzdělávání o stáří, a to na všech úrovních vzdělávacího systému.
- Při zajišťování služeb pro seniory je třeba respektovat princip subsidiarity, komunitního principu zajištění služeb. Základním principem pro poskytování služeb seniorům je snaha o zajištění služeb pokud možno v domácím prostředí, blízko místa, kde staří lidé žijí či žili a služby je třeba přizpůsobit potřebám seniorům.
- Také dlouhodobá péče musí respektovat výše zmíněné principy. Dále je důležité zajistit dostatečné kapacity služeb poskytovaných v domácím prostředí lidem s potřebou dlouhodobé péče a dále také komunitní zařízení pro denní péči i péči pobytovou.
- Kontinuita služeb je další důležitou zásadou zajištění služeb pro seniory. V péči o seniory je třeba akcentovat aktivní přístup, podporu zdraví a prevenci.
- Je třeba zlepšit služby pro seniory v rezidenčních zařízeních, a to zejména implementací ošetrovatelského procesu a kvalifikovaných zdravotnických služeb tam, kde je to zapotřebí.
- Společnost by měla více využít možností a nabídky moderní geriatry a geriatricky modifikované medicíny: aktivní a rehabilitační péče akutních geriatrických nemocničních oddělení, denních nemocnic a také celého spektra dalších geriatrických služeb.
- Přestože došlo k některým zlepšením v postavení rodinných pečujících, zůstává stále mnoho neřešených problémů. Systém podpory rodinných pečujících je třeba dále rozvíjet tak, aby tento cenný zdroj péče o seniory umožnil poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle (MPSV, 2010).

6.8 Kvalita a bezpečí v péči o seniory

Strategie cesty ke zvyšování bezpečí pacientů je v současnosti jednou z prioritních oblastí ministerstva zdravotnictví, přestože v minulosti byla zřetelně opomíjena. Jedná se o proces dlouhodobý, který nezbytně vyžaduje aktivní zapojení odborné i laické veřejnosti. Předpokladem úspěchu je změna řízení, myšlení a chování jednotlivých skupin a jejich aktivní snaha o dosažení stanovených cílů. Ideálem je zavedení kultury bezpečí do zdravotnických zařízení – stavu, kdy všichni pracovníci zdravotnických zařízení i pacienti budou vnímat bezpečí jako prioritu.

Každé zdravotnické zařízení by mělo rozvíjet, sledovat a vyhodnocovat projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a naplňování potřeb zdravotní péče. Nedílnou součástí celkového zvyšování kvality je průběžné snižování rizik pro pacienty a personál. Rizika se mohou nacházet v oblasti procesů zdravotní péče stejně jako v nemocničním prostředí. V programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb je nutné, aby zdravotnická zařízení přijala základní cyklus procesního řízení, založeného na principech kontinuálního zvyšování kvality. Úlohou státu je především nastavení legislativních parametrů, pravidel dozoru, metodického vedení, zajištění dostupnosti informací a edukace pacientů, zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. Prostředí musí být přátelské k těm, kteří se do procesu zvyšování bezpečí ve zdravotnictví aktivně zapojují.

V dubnu 2005 byla na summitu členských států Evropské unie (EU) schválena tzv. Lucemburská deklarace o bezpečí pacientů. Mezi její hlavní doporučení patří zejména umožnění volného přístupu pacientů k informacím, které o nich byly shromážděny po dobu hospitalizace, vytvoření systému hlášení mimořádných událostí a sledování indikátorů kvality.

Česká republika (ČR) přijala Národní plán bezpečí pacientů a kvality zdravotních služeb. Projekt zdůrazňuje především význam externího hodnocení kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb. Dále je u nás kladen důraz na zavádění systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče. Nedílnou součástí je rozšíření informovanosti odborné i laické veřejnosti a také zařazení bezpečnosti pacientů do procesu celoživotního vzdělávání zdravotnických profesionálů. Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZČR) jako další krok ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče vytvořilo a spustilo na svých webových stránkách Portál kvality a bezpečí, který má část určenou pro odborné pracovníky ve zdravotnictví a část pro laickou veřejnost, zejména pro pacienty. Součástí portálu je tzv. Kniha bezpečí, která slouží všem, kteří přicházejí do styku se zdravotnickým prostředím, a poskytuje důležité informace o tom, jak se v tomto prostředí chovat, jaká jsou práva jednotlivců a zároveň jak mohou sami pacienti ovlivnit efektivitu, bezpečnost a kvalitu poskytování služeb.

6.9 Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče

Počátkem roku 2010 vydala SAK, o. p. s. Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče. Předkládá nástroj, jímž je možno v těchto zařízeních řídit procesy ovlivňující kvalitu poskytované péče a bezpečí pacientů. Jedná se o 73 standardů, které jsou rozděleny do deseti oblastí:

1. Standardy řízení kvality a bezpečí
2. Standardy diagnostické péče
3. Standardy péče o klienty
4. Standardy kontinuity zdravotní péče
5. Standardy dodržování práv klientů
6. Standardy podmínek poskytované péče
7. Standardy managementu
8. Standardy řízení lidských zdrojů
9. Standardy pro sběr dat a zpracování informací
10. Standardy protiepidemických opatření

Každý standard obsahuje popis svého účelu – interpretace a popis naplnění a dále jednotlivé indikátory, což jsou měřitelné parametry naplnění – jednoduše řečeno otázky, na které se v průběhu akreditačního procesu očekává pozitivní odpověď.

6.10 Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle MZCR se vyhledávají formou doporučené metodiky postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů (i jiných osob) v procesu poskytování zdravotní péče.

Bezpečnostní cíle:

1. Bezpečná identifikace pacientů. Zdravotnické zařízení vypracuje vnitřní předpis upravující správný postup při identifikaci všech pacientů. Vnitřní předpisy vyžadují

minimálně dva nástroje k identifikaci pacienta, například jméno a datum narození. Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léčiv, krve a transfuzních přípravků, před odebíráním vzorků k laboratorním vyšetřením a před diagnostickými a terapeutickými výkony.

2. Bezpečnost při používání rizikových léčiv. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem spektrum léčiv s vyšší mírou rizika. K těmto léčivům patří vždy injekční roztoky chloridu draselného o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulinů a neředěné hepariny. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem postupy při objednávání, skladování a podávání léčiv s vyšší mírou rizika. Léčiva s vyšší mírou rizika nejsou umístěna na pracovištích zdravotnického zařízení, pokud to není z klinického hlediska nutné. Tam, kde zařízení jejich umístění připouští, jsou zavedeny postupy zabraňující nesprávnému podání.

3. Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech. Zdravotnické zařízení používá standardizovaný způsob označování místa výkonu a zajistí účast pacienta na označování místa operačního výkonu. Zdravotnické zařízení používá a dokumentuje předoperační bezpečnostní proceduru bezprostředně před zahájením operačního výkonu.

4. Prevence pádů pacientů. Zdravotnické zařízení zavede vnitřním předpisem proces vstupního hodnocení rizika pádu u pacientů a opakovaného hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu či spektra užívaných léků. Zdravotnické zařízení zavede opatření ke snížení rizika pádů u pacientů vyhodnocených jako rizikových. Zdravotnické zařízení analyzuje sledované výsledky a pravidelně je vyhodnocuje. V případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.

5. Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.

Prevence infekce. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem postup mytí rukou, používání bariérových technik a dezinfekčních prostředků, které jsou základem prevence a kontroly infekcí. Zdravotnické zařízení zajistí, že mýdla, dezinfekční prostředky a ručníky či jiné prostředky na osušení jsou umístěny v těch oblastech, kde se vyžaduje mytí rukou a dezinfekční postupy. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem situace, kdy jsou ústní roušky, ochrana očí, ochranný oděv a rukavice vyžadovány, a zajistí dostupnost těchto ochranných pomůcek. Zdravotnické zařízení provádí pravidelná školení. Proces prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních je komplexním způsobem začleněn do celkového programu zvyšování kvality a bezpečnosti pacientů.

6. Bezpečná komunikace. Zdravotnické zařízení má vypracovaný standard na předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky. Soustředí se zejména na ordinace léků či výkonů lékařem po telefonu.

7. Bezpečné předávání pacientů. Zdravotnické zařízení má vypracovaný standard pro předávání pacientů například z oddělení na oddělení, z operačního sálu, z jednotky intenzivní péče apod. Soustředí se zejména na osobu, která pacienta doprovází a je za něho v tu chvíli odpovědná a také na dokumentaci, která by měla být vždy předána s pacientem.

7 Delirantní stavy u seniorů

Stavy porušené orientace, vyskytující se u pacientů somatických oddělení, představují závažnou komplikaci zdravotního stavu. Jsou příznakem určité poruchy či stavu, který může vést k bezprostřednímu ohrožení života nebo může představovat faktor zkracující délku života (např. hypoxie mozku). Proto je třeba stavy dezorientace nebagatelizovat, snažit se odhalit jejich příčinu a léčit je. Nejčastější příčinou dezorientace je delirium. Jde o alteraci psychického stavu, vznikající jako odpověď na různé somatické a environmentální

noxy a velmi často na jejich kombinace. Některé etiologické faktory jsou brány jako základní, jiné jako precipitující, spouštěcí (JIRÁK, 2008).

Delirium je kvalitativní porucha vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, organický mozkový syndrom s prudkým průběhem. Postižený je naprosto dezorientován, má poruchy vnímání (halucinace), bývá rozrušený, úzkostný. Současně bývají přítomny i vegetativní příznaky (bušení srdce, změny krevního tlaku).

Delirium (akutní stav zmatenosti) patří k nejčastějším neuropsychickým poruchám u akutně hospitalizovaných seniorů. Delirium zvyšuje celkovou mortalitu, ohrožuje pacienta trvalou ztrátou soběstačnosti, úrazem, prodlužuje délku jeho hospitalizace. V praxi tento syndrom bývá diagnostikován v nedostatečné míře (TOPINKOVÁ, 2005).

Pojem delirium pochází z latinského delirare – blouznit. První informace o tomto syndromu se objevily již z dob Hippokrata. Poprvé popsal delirium tremens v roce 1813 Sutton.

V nedávné době se užíval pro méně nápadnou kvalitativní poruchu vědomí pojem amence, amentní stav. Tento pojem se už příliš nepoužívá, podle Konráda je vhodné tento stav označovat jako hypoaktivní delirium a dále upozorňuje, že adjektivem je tvar „deliriózní, nikoliv delirantní“. Nicméně ve zdrojové literatuře se tento tvar adjektiva vyskytuje pouze ojediněle (KONRÁD, 2006).

Literatura:

BOHÁČEK, P. a A. NIEVERSOVÁ. *Amentně delirantní stav v následné péči* [online]. Nemocnice následné péče Ryjice. 2009. [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/amentne-delirantni-stav-v-nasledne-peci>.

FRANKOVÁ, V. *Delirium ve vyšším věku*. [online]. 2007. [cit. 02.12.2013] Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2326&magazine_id=2.

HOLMEROVA, I. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha, Gerontologické centrum: EV public relation, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOŠKOVÁ, K. Diagnostika delirantního stavu testem MMSE. In: *Florence*. 2011, roč. 7, č. 7-8, s. 24-26. ISSN 1801-464X.

JIRÁK, R. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, R., I. Holmerová a C. Borzová a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z. *Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén* [online]. Gerontologické centrum v Praze. 2008. [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>.

KONRÁD, J. Deliria (stavy zmatenosti) u geriatrických pacientů. In: *Česká geriatrická revue*. 2006, roč. 4, č. 2, s. 65–71. ISSN 1801-8661.

ŠIMEK, J., M. VENGLÁŘOVÁ a T. TOŠNEROVÁ. Sestry a delirantní stavy u hospitalizovaných nemocných. In: *Praktický lékař*. 2007, roč. 87, č. 5, s. 292 – 293. ISSN 0032-6739.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262 365-6.

7.1 Definice deliria

Deliria jsou závažné psychické poruchy vznikající zpravidla jako nespecifické odpovědi na různé tělesné poruchy, intoxikace, poruchy výživy a hydratace, na závažné stresory psychosociální povahy. Etiologie a patogeneze jsou zpravidla multikauzální. Někdy se nám nepodaří základní vyvolávající příčinu zjistit, např. při

polymorbiditě a polypragmazií, jindy je příčina zřejmá, např. alkoholové delirium tremens (KALVACH et al., 2008). Od demence se delirium liší rychlým nástupem a proměnlivostí kognitivních funkcí, kde se lucidní intervaly střídají s projevy kognitivní poruchy (zhoršenou pamětí, dezorganizovaným myšlením, dezorientací).

Tabulka Diferenciální diagnostika deliria a demence

| Příznak | Delirium | Demence |
|------------|----------------------|-------------------|
| Začátek | Náhlý, horší v noci | Pomalý, nenápadný |
| Průběh | Kolísající | Pomalá progresse |
| Trvání | Krátké (hodiny, dny) | Měsíce-roky |
| Vědomí | Vždy porušeno | Neporušené |
| Pozornost | Porušena | Intaktní |
| Orientace | Dezorientovanost | Dlouho zachována |
| Halucinace | Časté | Vzácné |
| Náhled | Lucidní intervaly | Obvykle chybí |
| EEG | Abnormální, pomalé | Často normální |

Zdroj: WEBER, 2009

Ke zhodnocení deliria jsou používány tyto klasifikace:

MKN – 10 klasifikace (Mezinárodní klasifikace nemocí, která stanovuje kódy pro klasifikaci nemocí a celé řady příznaků, abnormálních nálezů, zdravotních obtíží, sociálních situací a příčin poranění a nemocí):

- Delirium vyvolané návykovými látkami (F1X.3)
- Delirium vyvolané odnětím návykových látek (F1X.4)
- Delirium jiné než vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami (F05).

Čtvrté kódovací číslo diferencuje:

- F05.0 Delirium nenasedající na demenci
- F05.1 Delirium nasedající na demenci
- F05.8 Jiné delirium,
- F05.9 Nespecifikované delirium (TOPINKOVÁ, 2010).

DSM – IV klasifikace (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch je mezinárodně používaná příručka pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch):

- Delirium při somatickém onemocnění.
- Delirium při intoxikaci určitou látkou.
- Delirium v rámci odvykacího stavu.
- Delirium se smíšenou etiologií (TOPINKOVÁ, 2010).

7.2 Výskyt deliriózních (delirantních) stavů

S deliriózními (delirantními) stavy ve stáří se setkávají především lékaři akutních oddělení nemocnic, a to již při přijetí, kde jsou příznaky deliria přítomny u 15-30 % přijímaných pacientů starších 65 let. V systematickém přehledu 42 publikovaných studií se incidence deliria během hospitalizace pohybovala v rozmezí 11-42 %. Vysoký výskyt deliria (60 %) je na jednotkách intenzivní péče, u pacientů po chirurgických výkonech, především po rozsáhlých nitrohručních, nitrobřišních a ortopedických operacích a u polytraumat (40-60 %). U malých chirurgických výkonů (např. operace katarakty) nepřesahuje výskyt 5 %.

Incidence výrazně stoupá s věkem nemocných, se závažností klinického stavu (dle APACHE - Acute Phase and Chronic Health Evaluation). Systém akutního fyziologického a chronického zhodnocení zdraví (APACHE) je nejčastěji používán ve své verzi APACHE II. Systém APACHE II využívá bodového skóre, které je založeno na počátečních hodnotách 12 fyziologických proměnných, věku a předchozím zdravotním stavu pacienta, a poskytuje tak obecné měřítko závažnosti dané choroby. Čím je skóre vyšší (v rozsahu od 0–71), tím je vyšší i korelace se zvyšujícím se rizikem úmrtí při pobytu v nemocnici.

Tabulka 12 fyziologických proměnných měřených v rámci akutní fyziologické části skórovacího systému APACHE II

| | |
|----|--|
| 1 | Teplota |
| 2 | Střední arteriální tlak |
| 3 | Tepová frekvence |
| 4 | Dechová frekvence – pacient ventilovaný nebo neventilovaný |
| 5 | Oxygenace |
| 6 | Arteriální pH |
| 7 | Sodík v séru |
| 8 | Draslík v séru |
| 9 | Kreatinin v séru |
| 10 | Hematokrit |
| 11 | Počet bílých krvinek |
| 12 | Glasgow koma skóre |

Zdroj: ŠIMEK, 2007

Delirium je časté u seniorů na interních odděleních a na odděleních onkologických, geriatrických a odděleních následné péče. V běžné populaci starších osob v komunitě je prevalence 1-3 %. Rizikovou populací jsou pacienti s demencí, u nichž se delirium objevuje v závažnějších fázích onemocnění u 20-40 %. Podobně u terminálně nemocných lze delirium diagnostikovat až v 80 % (ŠIMEK, 2007).

7.3 Patofyziologie deliria

Patofyziologické mechanismy deliria nejsou dosud plně prozkoumány. Delirium představuje globální reakci mozku na nespecifické podněty, které přesahují jeho adaptační schopnosti. Topograficky jsou zapojeny korové i podkorové struktury mozku. V poruše vědomí hraje důležitou roli ascendentní retikulární aktivační systém CNS v mozkovém kmeni, který za normálních podmínek zajišťuje přehodnocování podnětů ze zevního prostředí přicházejících aferentními drahami a má integrační funkci a vigilitu. Konstantně lze nalézt mnohočetnou neuromediátorovou poruchu, především přechodný deficit acetylcholinu. Uplatňuje se i dysbalance hladin dopaminu, serotoninu, kyseliny gama-aminomáselné a dalších látek ze skupin cytosinů, excitačních aminokyselin, beta-endorfinů. Předpokládá se i porucha permeability neuronální membrány při dysbalanci elektrolytů nebo hypoxémii (TOPINKOVÁ, 2010).

7.4 Etiologie deliria

Deliria velmi často nasedají na demence, i když sami o sobě součástí syndromu demence nejsou. Proto také v klasifikaci rozlišujeme **deliria nasedající na demenci a deliria bez**

přítomnosti demence. U některých demencí je výskyt deliria častý, především u demencí s Lewyho tělisky. Přesto i u delirií nasedajících na demenci musíme vždy myslet na vyvolávající faktory, na zhoršení somatického stavu nebo vliv nevhodné medikace (KALVACH et al., 2008).

Dobrá znalost rizikových faktorů umožňuje vyhledávat nemocné s vysokým rizikem výskytu deliria, a to již v době přijetí do nemocnice. U těchto pacientů lze cíleně uplatnit intervenční postupy, které mohou jak primárně snížit výskyt, tak i sekundárně zmírnit závažnost delirantního stavu. Základní rizikové faktory lze začlenit do 5 oblastí:

1. **pokročilý věk** a to zejména nad 80 let (četnost výskytu delirií roste s věkem, který je jeden z hlavních rizikových faktorů),
2. **systémová onemocnění** - infekce (močová, plicní); nemoci, které vedou k hypoxii mozku (ICHS, generalizovaná ateroskleróza, kardiální dekompenzace, anémie, plicní choroby); nemoci s vlivem na metabolismus mozku (hypoglykémie a jiné endokrinopatie, jaterní a renální selhání); další poruchy (dehydratace, malnutrice, retence moči a stolice, bolest),
3. **organické onemocnění CNS** (demence, tumor, trauma, cévní mozková příhoda, hydrocefalus, absces, neuroinfekce, epilepsie),
4. **vliv farmak, psychoaktivních a dalších látek** (anticholinergní látky – některá antidepresiva a neuroleptika, antiparkinsonika, benzodiazepiny s dlouhým vylučovacím poločasem, některá analgetika, alkohol)
5. **psychosociální vlivy, deprese** (změna prostředí, ztráta blízké osoby, nadměrná nebo nedostatečná sensorická stimulace).

Mezi další rizikové faktory patří i polypragmázie, nesoběstačnost, těžší sensorické poruchy (nekorigovaná porucha zraku, sluchu), výskyt delirií v anamnéze, fenotyp geriatrické křehkosti, aj. (TOPINKOVÁ, 2010).

Ke vzniku deliria musí být přítomna jak základní somatická příčina, tak tzv. vyvolávající faktory, spouštěče delirií. Mezi něž se řadí:

- dehydratace a metabolické změny (hypoglykémie, hyperglykémie, hypernatremie, hyponatremie, hyperkalcémie a jiné iontové dysbalance, uremie, jaterní selhání),
- nutriční faktory,
- polypragmázie,
- hypoperfúze a hypoxie mozku (srdeční selhání, dysrytmie, bronchopulmonální onemocnění s hypoxemií, těžké anémie),
- horečnatá a zánětlivá onemocnění (často nenápadná, přehlédnutá či podceněná, např. zánět močových cest),
- alkohol a další zneužívané léky (někdy vzniká delirium jako abstinenční syndrom po jejich náhlém vynechání),
- nežádoucí účinky léků (nevhodná farmaka, např. centrálně působící anticholinergika, či náhlé vysazení návykových látek, např. benzodiazepinů, riziko zvyšující kombinace léků v rámci polypragmázie),
- průjmy a zvracení (kombinace dehydratace, iontových změn, popř. zánětlivé reakce),
- operace a celková anestezie (pooperační deliria patří k typickým geriatrickým problémům, uplatňuje se kombinace faktorů – stres, bolest, imobilizace, vliv anestetik, anodyn a dalších léků, zánět, popř. krevní ztráty, změny vnitřního prostředí, pooperační hypoventilace),
- imobilizace na lůžku (rizikové jsou např. pobyty na JIP s imobilizujícím monitorováním, zvláště rizikové je mechanické omezení, např. kurtování),
- sensorické deficity (těžší smyslová postižení, tma, sensorická deprivace),

- psychosociální stres (přesazení pacienta do neznámého prostředí, odloučení od blízké osoby, jazyková bariéra, pohybové omezení),
- bolest (KALVACH et al., 2008).

Je důležité usilovat o důslednou léčbu a prevenci vyvolávajících příčin, spouštěčů delirií, a o úpravu celkového stavu. Často jde o správnou hydrataci a alimentaci, úpravu vnitřního prostředí, zaléčení zánětu, ale také o vysazení nevhodných léků (JIRÁK, 2013).

7.5 Klinický obraz a klasifikace deliria

Klinický obraz delirií je značně různorodý. Je přítomna kvalitativní porucha vědomí různého stupně. Typický je akutní začátek a kolísání příznaků během dne. Rovněž se objevují poruchy kognitivních funkcí. Pacienti si obvykle pamatují jen krátké úseky událostí a vybavují si určité ostrůvky, které mohou být zkreslené. V průběhu delirií je různý stupeň dezorientace převážně místem a časem, někdy se však může objevit i dezorientace osobou. Poruchy pozornosti jsou pravidelné, pacienti většinou nejsou schopni soustředit se delší dobu na jeden objekt. Rovněž se vyskytují problémy s naplánováním či vykonáním jednoduché aktivity.

U **hyperaktivních delirií** se objevují především poruchy vnímání typu halucinací, respektive iluzí. U delirujících pacientů se mohou objevovat bludy (poruchy myšlení), nejčastěji paranoidního obsahu. Významné jsou také poruchy emotivity. Obvykle převládá úzkost, někdy se vyskytuje až depresivní nálada. Mohou však nastat i projevy agresivity, včetně brachiální agrese vůči okolí. Jindy se objevuje emoční útlum s neadekvátními aktivitami jako je stereotypní provádění určitých úkonů (kutipost), které může být spojeno a ničením předmětů. Chování deliriózních pacientů může být nenápadné, přesto však bývá někdy velmi rušivé a zneklidňující pro okolí.

Hospitalizovaný deliriózní pacient většinou bloudí po oddělení, bere cizí věci, vytahuje si žilní kanylu nebo močový katétr. U delirií se také mohou vyskytnout poruchy chůze a především nebezpečné pády včetně pádů z lůžka, navíc mnohdy z větší výšky při překonávání postranice jako zábrany (KALVACH, 2008).

Dle převládajícího klinického obrazu můžeme deliria dělit do čtyř subtypů:

- **Hyperaktivní forma** deliria – převažuje zrychlené psychomotorické tempo a zvýšená aktivita. Časté bývají psychotické příznaky – poruchy vnímání, přítomnost bludů, mnohdy projevy agrese a autoagrese (vytrhávání kanyl a katétrů, strhávání obvazů apod.). Etiologicky se často podílejí toxické faktory (alkohol, drogy, nevhodná medikace) včetně jejich náhlého vysazení (abstinenční deliria). Hyperaktivních forem deliria bývá okolo 15 %.
- **Hypoaktivní forma** deliria – nenápadná, u geriatrických pacientů častá a mnohdy přehlédnutá forma. Postižení bývají dezorientováni místem i časem, ale snaží se vyznat v situaci, někdy se objevuje letargie. Etiologicky se často uplatňují metabolické faktory, např. iontový rozvrat nebo uremie. Hypoaktivních forem deliria bývá okolo 20 %.
- **Smíšená forma** deliria – střídání hyperaktivních a hypoaktivních projevů a kolísání intenzity kvalitativní poruchy vědomí. Etiologicky se často uplatňuje multimorbidita a léková polypragmázie. Smíšených forem bývá nejvíce (65 %).
- **Subsyndromální forma** deliria – vyznačuje se neúplně vyjádřenými příznaky a bývá poměrně častá. U mladších osob má delirium krátké trvání a příznaky se mohou vrátit. Ve stáří mohou symptomy přetrvávat i týdny, v některých případech s již trvalou kognitivní poruchou (KALVACH et al., 2008).

Základními klinickými znaky delirií jsou:

- Zastřené vědomí, snížená schopnost udržet pozornost vůči vnějším podnětům. Pocitové poruchy jako halucinace, iluze a misinterpretace (Capgrasův syndrom).
- Porucha kognitivních funkcí s poruchou bezprostřední a krátkodobé paměti.
- Psychomotorické poruchy (snížená aktivita, hyperaktivita, střídání stavů).
- Rozvrat myšlení různého stupně, např. nedostatek souvislosti při mluvení, roztěkanost, irelevantní projevy.
- Poruchy spánku či cyklu spánku a bdění, zhoršování příznaků ve večerních a nočních hodinách, nespavost, denní ospalost, spánková inverze, rušivé sny, noční můry.
- Rozvoj během krátkého času – hodiny až dny, kolísání během dne.
- Prokázaná vyvolávající příčina.
- Poruchy emocí (úzkost, iritabilita, apatie) (KALVACH, 2008), (FRANKOVÁ, 2007).

Capgrasův syndrom je pojmenován po francouzském lékaři Jean Marie Josephu Capgrasovi, který ho zaznamenal v r. 1923. Spolu s Cotardovým syndromem, Fregoliho syndromem, syndromem domnělého dvojníka a některými dalšími se řadí do skupiny bludných syndromů nesprávného určení totožnosti. Postižený člověk, který jím trpí, je přesvědčen, že některé jemu blízké osoby v jeho okolí (rodinné příslušníky, vlastní ženu nebo vlastního manžela) nahradili dokonalí dvojníci, kteří se za ony blízké osoby jen podvodně vydávají. Bludy mohou zajít až k pokusům nastrčeného dvojníka fyzicky odstranit. Vlastní obličej viděný nemocným v zrcadle se jim může jevit bez života, a proto se také někdy považují za mrtvé (v takovém případě se jedná o blízký, tzv. Cotardův syndrom). Syndrom někdy zahrnuje také zvířata anebo věci.

Delirium může být doprovázeno i některými typickými nálezy:

Tabulka Některé typické nálezy u deliria

| Symptom | Co může znamenat |
|---------------------------------------|--|
| dTK > 120 mmHg | hypertenzní encefalopatie |
| sTK < 90 mmHg | šoková hypoperfuze mozku, předávkování antihypertenzivy |
| tachykardie | sepsa, delirium tremens, hypertyreóza, hypoglykemie, organické onemocnění mozku s úzkostí a neklidem |
| febrilie; hypotermie | infekce, delirium tremens; podchlazení |
| tachypnoe, dyspnoe | hypoxie, hyperkapnie, CHOPN, další nemoci plic či srdce |
| mydriáza; mióza; asymetrie; nystagmus | delirium tremens; předávkování narkotiky; trauma mozku, tumor; předávkování benzodiazepiny |
| chrůpky na plicích | srdeční selhávání, zánět plic |
| fokální neurologický nález | cévní mozková příhoda, trauma mozku, tumor |
| otok DK | srdeční selhávání, trombóza, fraktura |

Vysvětlivky: sTK = systolický krevní tlak, dTK = diastolický krevní tlak

Zdroj: FRANKOVÁ, 2007

7.6 Diagnostika deliria

Deliria se diagnostikují klinickým vyšetřením v kontextu celkového stavu pacienta. Všichni rizikovní pacienti by měli být vyšetřeni na přítomnost deliria při přijetí do nemocnice. Způsob a rozsah vyšetření záleží na hloubce deliria a ochotě nemocného ke spolupráci. Delirium diagnostikujeme ve dvou rovinách – rozpoznání syndromu deliria a určení příčiny stavu. Vyšetření začínáme **anamnézou a fyzikálním vyšetřením**. Následuje vyšetření **psychického stavu**.

Pro rozpoznání deliria a zhodnocení stavu kognitivních funkcí se používají u opakovaně delirujících seniorů screeningové testy. V běžné praxi se volí rychlá a spolehlivá metoda. Nejčastěji se k diagnostice deliria používá test **CAM (Confusion Assessment Method)**. Byl vyvinut pro zlepšení rozpoznání deliria na akutních odděleních nemocnic a v ošetrovatelských ústavech a primárně je určena pro posouzení sestrou. Považuje se za vhodný především pro rozpoznání hyperaktivních forem deliria. Pacient se opakovaně vyšetřuje, aby se zjistilo, jaká je přítomnost deliria. Provedení testu je rychlé, proveditelné od 5 minut maximálně do 10 minut. Hodnotí se zde 4 kategorie - náhlý vznik a kolísání stavu, porucha vědomí, pozornosti a myšlení (TOPINKOVÁ, 2010).

Tabulka Hodnotící škála pro diagnózu deliria - CAM (Confusion Assessment Method)

| Příznak | Bodové hodnocení | Nutné pro dg. deliria |
|--|------------------|-----------------------|
| Náhlý začátek a kolísavý průběh | 1 | ano |
| Porucha pozornosti (únava, neschopnost koncentrace) | 1 | ano |
| Porucha myšlení (inkohorentní, paralogismy, těkavé) | 1 | |
| Porucha vědomí (agitovanost, spavost, stupor, komatózní) | 1 | |

Celkové skóre 0-4 body, 3 a více bodů značí vysokou pravděpodobnost deliria

Zdroj: WEBER, 2009

K dalším testům patří například Test kreslení hodin.


Tabulka Test kreslení hodin

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Jméno pacienta:</p> <p>Datum vyšetření:</p> | | | |
| <p>Test kreslení hodin</p> | | | |
| <p>Pokyny pro provedení:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas 10 hodin a 10 minut.“ Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem a provedení na kresbu. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické. | | | |
| <p>1. Bezchybné provedení</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ číslíce 1-12 ve správném pořadí i místě ▲ dvě ručičky ve správné poloze | | <p>4. Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ nepravidelné mezery ▲ zapomenutí číslic ▲ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 ▲ záměna pravý-levý (číslíce proti směru) ▲ dysgrafie - chybějí čitelné číslice | |
| <p>2. Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné ▲ číslice mimo kruh ▲ otočení papíru s otočením číslic ▲ použití pomocných čar pro lepší orientaci | | <p>5. Těžká prostorová dezorganizace</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno | |
| <p>3. Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ pouze jedna ručička ▲ čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“ ▲ čas vůbec nezaznamenan | | <p>6. Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ žádný pokus zakreslit hodiny ▲ ani vzdálená podobnost s hodinami ▲ napsáno slovo nebo jméno | |

Zdroj: HOŠKOVÁ, 2011

Ke zhodnocení kognitivních funkcí je používán test MMSE – Mini Mental State Examinaton. Tento test je nejpoužívanějším testem jak v diagnostice, tak i ve výzkumu a je považován pouze za orientační (HOŠKOVÁ, 2011).

Tabulka MMSE – Mini Mental State Examinaton

| Oblast hodnocení | Max. skóre |
|--|---|
| 1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je teď měsíc? Ve kterém jsme státě? Ve kterém jsme kraji? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)? Ve kterém jsme poschodí? | každá správná odpověď = 1 bod 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |
| 2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – např. okno, židle, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. | každá správná odpověď bez ohledu na pořadí = 1 bod 3 |
| 3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě. | každá správná odpověď = 1 bod 5 |
| 4. Krátkodobá paměť (= vybavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty. | každá správná odpověď = 1 bod 3 |
| 5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: „Záchná ale, jestliže a kdyby.“ Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu.“ Dejte nemocnému přičíst papír s nápisem „Zavřete oči.“ Vyzvěte nemocného, aby napsal smyslupnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl). Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předchozí. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník. | správná odpověď nebo splnění 1 úkolu = 1 bod 2 1 3 1 1 1 |
|  | |
| Celkové skóre | Max. 30 bodů |
| Hodnocení: 0-10 b. těžká kognitivní porucha, 11–20 b. středně těžká kognitivní porucha, 21–23 b. lehká kognitivní porucha, 24–30 b. pásmo normálu | |

Zdroj: HOŠKOVÁ, 2011

Test MMSE vznikl pro potřeby gerontopsychiatrické kliniky ve státě Massachusetts. V roce 1975 byl vyvinut a také poprvé publikován dr. Folsteinem. Jeho pacienti trpěli depresemi, demencí, deliriem nebo schizofrenií. Pro určení závažnosti stavu postižení kognitivních funkcí seniora potřeboval kvantitativní rozeznávací zkoušku, kterou by určil rozmezí od mírné po těžkou demenci a rovněž chtěl, aby bylo možné zdokumentovat průběh, případně zlepšení nebo zhoršení. Test zahrnuje 10 subtestů (30 otázek), které hodnotí:

1. orientaci v čase a prostoru (den v týdnu, měsíc, město, stát aj.),
2. krátkodobou paměť (vštipivost) - zapamatování si tří slov (lopata, šátek, váza),
3. exekutivní funkce a početní schopnosti při sériovém odčítání (100 minus 7 rovná se 93 minus 7 rovná se 86 atd.),
4. vybavení si tří slov (lopata, šátek, váza),
5. řečovou expresi při pojmenovávání běžných předmětů (hodinky, tužka),
6. schopnost bezchybného zopakování věty,
7. schopnost vykonání třístupňového příkazu (uchopení, přeložení a položení papíru),
8. čtení a splnění psaného textu (zavřete oči),
9. psaní (libovolné celé věty),
10. konstrukčně praktické dovednosti – kreslení (dle předlohy prolínající se dva pětiúhelníky).

Za každý správně provedený úkol je možné získat jeden bod.

Maximální dosažitelné skóre je 30 bodů. Jednotlivé ukázky a úkoly zadává vyšetřující seniorovi podle jednotných instrukcí. Předností MMSE je snadná administrace bez složitých pomůcek. Výhodou testu je i to, že jeho provedení nevyžaduje žádné speciální školení pro vyšetřovatele a může jej tedy provádět i nelékařský zdravotnický pracovník. Přestože úkoly jsou relativně nenáročné, test dobře odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí. Nedokáže však spolehlivě identifikovat osoby s mírnou kognitivní poruchou. Testy se provádí často v rámci prevence vzniku delirantního stavu u seniorů. Test by měl být proveden u každého seniora bez polymorbidity nad 75 let, s polymorbiditou nad 65 let a u každého seniora hospitalizovaného nad 65 let vždy na počátku hospitalizace a v jejím průběhu v pravidelných intervalech. Výchozí a průběžné znalosti kognitivní kondice seniora usnadní ošetřujícímu personálu identifikaci blížícího se delirantního stavu a urychlí indikaci nefarmakologické i farmakologické léčby. Léčba je tak cílená a časná (HOŠKOVÁ, 2011). V diferenciální diagnostice deliriózního stavu je při podezření na možnou nitrolební příčinu (trauma, zánět) nutno provést zobrazovací vyšetřovací metody (CT, popř. MR), nebo vyšetření likvoru (KALVACH et al., 2008).

7.7 Terapie

Delirium pro svou častou multifaktoriální etiologii vyžaduje komplexní přístup, mnohdy za účasti lékařů více specializací. Léčba probíhá v následujících krocích:

1. léčebně- preventivní opatření
2. identifikace a léčba vyvolávající příčiny
3. symptomatická léčba deliria

Léčebně preventivní opatření slouží jako primární nebo sekundární prevence deliria u rizikových nemocných či jako základní opatření při rozvíjejícím se či rozvinutém deliriu. Optimální je trvalá přítomnost sestry či blízké osoby. Pečujeme o celkový tělesný stav nemocného, zajišťujeme hydrataci a výživu a dle možnosti mobilizaci. Bráníme vzniku

retence moči a stolice, odstraňujeme bolest. Snažíme se o stabilizaci chronického onemocnění a optimalizaci léčby. Je třeba úzká spolupráce s rodinou, kterou se snažíme zapojit do péče. Během léčby deliria monitorujeme stav nemocného, zajišťujeme vitální funkce, dohlížíme na jeho bezpečnost a bezpečnost okolí. V krajních případech (nezvládnutelný neklid s agresivitou) saháme po restriktivních opatřeních (fixační pomůcky), pro zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí. Používáme je po nezbytně nutnou dobu se zajištěním nepřetržitého dohledu nemocného (FRANKOVÁ, 2007). CAVE: kurtování a fyzické omezování prohlubuje delirium a zvyšuje riziko úrazu (TOPINKOVÁ, 2010).

Tabulka Léčebně preventivní opatření

| Opatření | Způsob provedení |
|------------------------------|--|
| vhodný přístup a reorientace | jasná a srozumitelná komunikace, uklidňování, navozování pocitu bezpečí, klidné prostředí, přiměřená zevní stimulace, orientační tabulky („WC“, „koupelna“ apod.), velké nástěnné hodiny, kalendář, vývěsky s denním režimem, opakované informování o situaci, místě apod. personálem, známé předměty (fotografie), noční světlo |
| spánek bez sedativ | vynechání medikace na spaní, večerní rituály: teplé mléko nebo bylinkový čaj, relaxační hudba, masáž zad apod. |
| mobilizace | rehabilitace, aktivní cvičení, chůze (s dopomocí či pomůckami), redukce katetrů k umožnění volného pohybu |
| smyslové funkce | brýle, naslouchadlo, lupa, knihy s velkými písmeny, zubní protéza |
| hydratace | aktivní pravidelná hydratace chutnými nápoji |

Zdroj: FRANKOVÁ, 2007

Cílená, pokud možno kauzální léčba základního onemocnění (např. vysazení toxické látky, podání antibiotika dle citlivosti, úprava biochemie). Při podezření na delirium u odvykacího stavu po alkoholu je důležité doplnit vitaminy (B1), minerály (hlavně hořčík a draslík), glukózu a tekutiny.

Hlavní opatření snižující výskyt deliria a zkracující trvání již přítomného deliria:

- optimalizace funkce CNS (vnitřní prostředí, zevní podmínky),
- vysazení anticholinergně působících léků a dle možnosti i léků s účinkem na CNS,
- monitorování bolesti a její dostatečná léčba, minimum bolestivých intervencí
- dostatečný a kvalitní spánek, biorytmů spánek-bdění, přes den denní světlo a aktivita, v noci klid a tma (noční lampa),
- aktivní hydratace (snížení pocitu žízně ve stáří), sledování příjmu tekutin, parenterální doplnění,
- sledovat vyprazdňování (retence moči, stolice),
- optimalizace příjmu potravy a stavu výživy,
- zákaz zneužívání fyzických omezení (kurtování, postranice u lůžka),
- včasná mobilizace, přiměřená fyzická aktivita,
- vhodná sensorická stimulace, kompenzace sensorických defektů (brýle, naslouchadlo, osvětlení, komunikace),
- emočně orientovaná péče (TOPINKOVÁ, 2010).

K vlastní farmakoterapii deliria přistupujeme u agitovaného, psychotického nebo nespoupracujícího nemocného (odmítá jídlo, pití, nezbytná vyšetření), případně u těžší nespavosti. Slouží k navození přiměřené sedace s cílem zajistit bezpečnost nemocného a jeho okolí, zabránit exhausci (vyčerpání), zlepšit spolupráci při vyšetřeních. Nemá jednoznačný algoritmus. Používají se *antipsychotika a benzodiazepiny* s krátkým vylučovacím poločasem. Léky jsou podávány frakcionovaně, v nejnižších účinných dávkách s ohledem na cestu aplikace (Tiaprid, Haloperidol, Melperon), antipsychotika II. generace (Risperidon, Sulpirid). Při přetrvávající agitovanosti je léčba doplněna benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem (Oxazepam, Lorazepam, Midazolam). Delirium nasedající na demenci (F05.0) má zpravidla kratší trvání a lepší prognózu než delirium nasedající na demenci, objevuje se často jako komplikace známého základního somatického onemocnění, v pooperačním období apod. Při symptomatické farmakoterapii deliria bychom měli odlišovat akutní léčbu a doléčování (JIRÁK et al., 2013).

Symptomatickou léčbu a formu aplikace léků akutní léčby volíme podle typu deliria:

Hyperaktivní delirium – je vhodnější parenterální aplikace. Vhodný je lék Haloperidol, který nemá v menších dávkách výraznější nežádoucí kardiovaskulární účinky. Při intravenózním podání větší dávky však může Haloperidol ohrozit pacienta arytmií. Nejzávažnějším a nejčastějším nežádoucím účinkem je možný rozvoj extrapyramidových příznaků. Nejrychlejší a nespolehlivější je intravenózní aplikace, méně rychlý je účinek při podání intramuskulárním. U klidnějších nemocných lze podat lék perorálně buď v tabletách, nebo ve formě kapek. Rozsah dávkování je široký, proto je třeba se přizpůsobovat stavu pacienta a léky podávat ve správných časových intervalech během dne (JIRÁK et al., 2013).

Tabulka Farmakoterapie hyperaktivního deliria u geriatrického nemocného

| |
|---|
| 2,5–5 mg haloperidolu (100–200 mg tiapridu) i. v. nebo i. m. dle stupně agitovanosti |
| Observace stavu, při nelepšení stavu aplikaci opakovat každých cca 60 (120) minut (do maximální denní dávky 10 mg haloperidolu nebo 400–800 mg tiapridu) |
| Při neúčinnosti, vzniku extrapyramidové symptomatiky nebo výrazné anxiety přidat lorazepam (0,5–1 mg) nebo oxazepam (5–10 mg) p. o. nebo k akutnímu zklidnění midazolam (2,5–5 mg) i. m. nebo v krátkodobé infuzi (kontrola dechových funkcí a míry sedace! riziko paradoxního efektu po benzodiazepinech!) |
| Postupně snižovat dávky použitých antipsychotik a po odeznění deliria během 3–7 dnů postupně vysazovat, benzodiazepiny vysazovat pomaleji. |

Zdroj: FRANKOVÁ, 2007

Hypoaktivní a smíšené delirium – k potlačení nočních delirií je vhodné použít Tiapridal v jednorázové dávce. Výhodou je možnost parenterálního podání. Dalším vhodným preparátem je Melperon. U nemocných s komorbiditou Parkinsonovy nemoci a s demencí Lewyho tělíska, u nichž může dojít ke zhoršení příznaků, by neměl být podáván Haloperidol. Zde je vhodnější použít antipsychotikum, např. Tiapridal nebo Quetiapin. Použití benzodiazepinů s krátkým biologickým poločasem (např. Oxazepam, Midazolam) lze doporučit jen jako pomocnou léčbu tam, kde není dostatečný efekt dosud podaného antipsychotika nebo kde je v anamnéze nadužívání alkoholu, benzodiazepinů či jiných psychoaktivních látek a delirium zde může být součástí abstinčního stavu. V praxi se podávají také nootropika, ale jejich účinnost v léčbě deliria nebyla prokázána. Jejich užití parenterálně ve vyšších dávkách je opodstatněné u deliria způsobeného cévní mozkovou

příhodou nebo mozkovou hypoxií jiného původu. V tomto případě jde však o léčbu základního onemocnění, kterou indikuje zpravidla neurolog nebo internista (JIRÁK et al., 2013).

U demenčních pacientů s přechodnými nočními deliriozními stavy lze přes den podávat vyšší dávky nootropik, na noc pak Tiaprid nebo Melperon, eventuelně v kombinaci s Midazolamem.

Delirium může vyústit v úplnou úzdravu v průběhu několika dnů až týdnů, přejít do amnestického syndromu či demence (pokud došlo k ireverzibilním změnám na mozku), nebo skončit smrtí (20-30 % nemocných). **Každého staršího nemocného je třeba vyšetřit na možnou přítomnost známek deliria, u každého je třeba dodržovat léčebně-preventivní opatření!**

7.8 Specifická péče o seniora s deliriem

Péče o seniory v deliriózním stavu je velmi specifická a náročná, vyžaduje profesionální a trpělivý přístup zdravotnického personálu. Individuální péče zahrnuje:

- vhodné odebrání anamnézy, stanovení správné diagnózy a sestavení vyhovujícího ošetrovatelského plánu,
- monitoraci stavu, nutno počítat s pravděpodobným neklidem a zmateností, často končící až agresivitou nebo zraněním,
- vedení řádné dokumentace o průběhu deliria,
- omezení pohybu na lůžku či použití farmakologických prostředků v případě potřeby,
- dostatečnou rehydrataci a realimentaci,
- korekci smyslových deficitů,
- orientaci pacienta v čase a místě,
- úpravu prostředí,
- informování, případně i vhodné zapojení, rodinných příslušníků,
- specifickou komunikaci (BOHÁČEK, 2009).

U nemocných může docházet k postupnému zhoršování schopností komunikace obvykle v tomto pořadí snížených schopností:

- sledovat konverzaci,
- zapojit se do konverzace,
- začít konverzaci,
- klást otázky,
- najít správná slova,
- gramaticky správně složit větu,
- správně vyslovit některá slova,
- mluvit smysluplně,
- pochopit psaný materiál,
- pochopit neverbální signál,
- následovat a opakovat pokyny.

Pro komunikaci se seniory platí (ještě výrazněji než u jiných pacientů), že je třeba vytvořit dobré podmínky a mít na paměti tato specifika:

- začátek komunikace zahájit iniciálním dotekem,
- komunikovat bez rušivých vlivů prostředí,
- udržovat zrakový kontakt,
- sdělení formulovat krátce a jednoduše,

- komunikovat zřetelně a přiměřeně hlasitě,
- mít trpělivost a informaci i několikrát zopakovat (v různých větech, není vhodné pouhé opakování),
- používat uzavřené otázky s možností odpovědi ano/ne,
- neodporovat nemocnému v nepodstatných úvahách a myšlenkách,
- v průběhu komunikace nemocného povzbuzovat, poskytovat mu zpětnou vazbu a sdělovat mu, co dělá správně,
- používat slova, která sám nemocný nejčastěji používá,
- při společných činnostech vysvětlovat námi vykonávanou činnost.

Okruhy ošetrovatelských problémů u deliriózních (delirantních) stavů:

- Bezpečnost pacienta a okolí.
- Kontrola vitálních funkcí (může dojít k poruše vědomí).
- Vegetativní hyperaktivita (tachykardie, pocení, křeče).
- Somatické komplikace.
- Alterace kognitivních funkcí.
- Násilí zaměřené na sebe či okolí. Sebeпоškození.
- Nedostatečná nebo žádná spolupráce.
- Pocity osamělosti.
- Popírání daných skutečností.
- Porucha interpretace okolního prostředí.
- Porucha kožní integrity.
- Porucha paměti.
- Porucha soběstačnosti.
- Poruchy spánku.
- Poruchy vztahů, rolí.
- Porucha přizpůsobivosti.
- Užívání obranných mechanismů.
- Komplex méněcennosti.
- Sexuální dysfunkce.
- Snížená obranyschopnost.
- Sociální izolace.
- Stavy beznaděje.
- Zvýšená úzkost, strach.

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II:

[Úzkost - 00146](#)

[Syndrom zhoršené interpretace okolí - 00127](#)

Akutní zmatenost 00128

[Zhoršená paměť - 00131](#)

Neefektivní kontrola impulzů 00222

[Zhoršená verbální komunikace - 00051](#)

Riziko oslabení lidské důstojnosti 00174

Narušená osobní identita 00121

[Snížený srdeční výdej - 00029](#)

Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze 00203

[Nedostatek spánku - 00096](#)

[Riziko poškození - 00035](#)

[Riziko traumatu - 00038](#)

Riziko sebepoškození 00139
Riziko násilí vůči druhým 00138
[Nedostatečná výživa - 00002](#)
Riziko dehydratace 00028
Retence moči 00023
[Zhoršené vylučování moči - 00016](#)
[Zácpa - 00011](#)
Inkontinence stolice 00014
[Deficit sebek péče při stravování - 00102](#)
[Deficit sebek péče při koupání - 00108](#)
[Deficit sebek péče při vyprazdňování - 00110](#)

7.9 Shrnutí

Delirium je porucha mozkové činnosti v důsledku různých příčin. Mohou to být infekční onemocnění (bronchopneumonie, ale také infekce močových cest), srdeční selhání, které způsobí nedostatečné prokrvení mozku, ale také bolest, retence moči, hypoglykémie, senzorická deprivace včetně imobilizace, důsledek užívání či náhlého vysazení psychofarmak. Jedná se o akutní stav, který je reverzibilní, trvá řádově hodiny až dny. Je přítomna porucha myšlení, orientace, paměti, vnímání, pozornosti, bývá přítomen neklid, agresivita, halucinace i bludy. Tento stav je zapotřebí odlišit od demence. Zjistíme-li, že se tento stav rozvinul během několika hodin či dnů, je jasné, že se nejedná o demenci. Pro správnost je však třeba připomenout, že delirium se může vyskytnout i u pacientů s demencí a výrazně zhoršit jejich stav. Delirium, jak již bylo výše uvedeno, je stavem akutní dezorientace, zmatenosti, neklidu (dříve se používalo termínu akutní amentní stav). Jedná se o selhání mozkových funkcí z příčin, které se zpravidla nacházejí mimo mozek. Může to být pooperační stav či stav po úrazu, infekční onemocnění, srdeční selhání, vyčerpání a podobně. Delirium je vždy stavem akutního zhoršení celkového stavu, které se projevuje zhoršením mozkové činnosti. Takto musíme k pacientovi přistupovat. Jedná se o stejně závažnou situaci, jakou je například dušnost, krvácení a podobně. **Delirium je vždy stavem, který musí řešit lékař.**

8 Demence

Literatura:

HOLMEROVA, Iva. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, EV public relation, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.
KLÁN, Jan. Demence – závažný medicínský problém stárnoucí populace. In: *Practicus: odborný časopis praktických lékařů*. 2011, roč. 2011, č. 5. ISSN 1213-8711.
MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 67 s. ISBN 80-701-3436-4.

8.1 Co je demence

Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek

určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence. Demence řadíme mezi tzv. organická mozková onemocnění, může se jednat o degenerativní proces, jak je tomu např. u Alzheimerovy choroby nebo o důsledek vaskulárních, metabolických či traumatických změn.

8.1.1 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce souvisejí s tím, jak vnímáme a jednáme ve světě kolem nás, jsou nezbytné k vykonání jakéhokoli úkolu, jednoduchého i složitého, a patří k nim všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. Je to například paměť, koncentrace, pozornost, řečové funkce, rychlost myšlení a porozumění informacím. Dále sem zahrnujeme exekutivní funkce - schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, náhled a úsudek. Jednotlivé kognitivní funkce jsou umístěny v různých částech mozku. Narušena je prostorová orientace a vnímání.

8.1.2 Incidence, prevalence

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou syndromu demence 50-70 %. Jedná se o onemocnění, které je velmi úzce spjato s lidským věkem. Zatímco se vyskytuje u několika procent šedesátníků (nejčastěji se uvádí 1 %), postihuje již téměř třetinu lidí osmdesátiletých a starších. Jedná se tedy o onemocnění, které je častější ve vyšším věku. V souvislosti s prodlužováním průměrné délky života a poklesem porodnosti se neustále urychluje proces stárnutí populace. S tím souvisí stoupající výskyt demence. Ve světě trpí Alzheimerovou chorobou zhruba 25 milionů lidí, v Evropě 5,4 milionu, v České republice se odhaduje na 100 000-150 000 lidí. Demence je 4. nejčastější příčinou úmrtí v civilizovaných zemích, po ischemické chorobě srdeční, nádorových onemocněních a cévních mozkových příhodách. S postupným stárnutím evropské populace se však stává jedním z nejzávažnějších problémů. Postižení demencí má podstatný vliv nejen na kvalitu života nemocného, ale také na kvalitu života celé jeho rodiny. Demence je záležitostí nejméně dvou lidí – nemocného se stoupající závislostí a jeho pečovatele.

8.1.3 Patofyziologie Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc je progresivní primárně degenerativní onemocnění CNS projevující se kortiko-subkortikální atrofií, jejíž rozsah vždy nemusí korelovat s tíží demence. Makroskopicky dochází ke ztenčení mozkové kůry, rozšíření sulků i komor mozkových. Obvykle bývá výrazná atrofie v oblasti hipokampů a rozšíření temporálních rohů postranních komor. Mikroskopicky nacházíme změny intra i extracelulární. Ukládání beta-amyloidu je nedůležitější extracelulární patologickou změnou. Uložená depozita této bílkoviny tvoří shluky, kolem kterých vznikají další neurodegenerativní procesy. Takto vznikají útvary, kterým říkáme Alzheimerovské plaky. Platí zde, že čím větší je počet plaků, tím horší je tíže demence. V okolí dále dochází k apoptóze neuronů (PIDRMAN, 2007). Jako hlavní intracelulární změna u Alzheimerovy choroby je degenerace bílkoviny tau, která je spojená s neuronálními vlákny. Dochází k jejímu nadměrnému fosforylování, vlákna se zkracují, ztrácí svou funkci a tvoří neuronální uzlíky, nazývané tangles. Postižené neurony apoptózou zanikají. V oblasti plaků také dochází ke vzniku sterilního zánětu (RŮŽIČKA,

2003). Na neurochemické úrovni dochází k deficitu acetylcholinu. Snižuje se jeho tvorba a naopak se zvyšuje aktivita cholinesteráz, což jsou enzymy regulující množství acetylcholinu na synapsích (PIDRMAN, 2005).

8.2 Rizikové faktory demence

Ve většině případů neznáme příčinu onemocnění vedoucích k demenci, to platí zejména u onemocnění degenerativních (například Alzheimerova choroba, nemoc s Lewyho tělísky). Vaskulární demence je v naprosté většině případů důsledkem aterosklerotického poškození mozkových cév.

Mezi rizikové faktory řadíme:

1. Věk.
2. Pohlaví - některé studie prokázaly, že ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži. Naopak muži jsou více ohroženi demencí cévního původu.
3. Rodinný výskyt a genetické faktory - pokud se demence vyskytne před 60. rokem věku, jedná se velmi často o dědičně podmíněné onemocnění. Blízcí příbuzní lidí s Alzheimerovou chorobou mají tři až čtyřikrát větší pravděpodobnost tohoto onemocnění než lidé bez této zátěže.
4. Vzdělání - některé studie prokazují, že demence a zejména Alzheimerova choroba jsou méně časté u lidí s vyšší úrovní vzdělání. Také úroveň psychické aktivity v průběhu celého života může být důležitým protektivním faktorem.
5. Cévní mozkové příhody - demence se rozvine zhruba u třetiny lidí po cévní mozkové příhodě.
6. Kouření.
7. Alkohol.
8. Poranění hlavy (boxeři).
9. Deprese.

8.3 Příznaky demence

Skutečné **primární symptomy** počínající demence lze s přibývajícím věkem těžko rozlišit od projevů běžného fyziologického stárnutí. Demence nepředstavují pouhou poruchu kognitivních funkcí, i když tato je vlastně definuje. Demence jsou provázeny změnami a poruchami chování a pestrou psychiatrickou symptomatologií, vedou k poruše soběstačnosti a mají významné sociální dopady pro pacienta a jeho rodinu.

8.3.1 Poruchy soběstačnosti

Demence vede záhy k poruchám **soběstačnosti** nejprve v instrumentálních a později i v základních sebeobslužných aktivitách. Pro posouzení soběstačnosti pacientů s demencí je možné použít různé škály, nejběžnější jsou škály podle Katze, Lawtona nebo Barthelové. Pomocí nich hodnotíme soběstačnost jak v instrumentálních aktivitách denního života (IADL), jedná se o ty činnosti, které jsou potřebné k samostatnému nezávislému životu. Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách hodnotíme prostřednictvím testů základních sebeobslužných aktivit denního života (ADL).

Základní sebeobslužné aktivity denního života dle Katze. Hodnotíme:

1. koupání
2. používání toalety

3. uléhání a vstávání
4. stravování
5. oblékání
6. kontrola vyprazdňování močového měchýře a střev

Test IADL (M.P. Lawton a E.M. Brody) hodnotí:

1. Schopnost používat telefon
2. Schopnost nakupovat
3. Schopnost připravit si (uvařit) jídlo
4. Schopnost postarat se o domácnost (uklidit)
5. Schopnost vyprat si prádlo
6. Schopnost samostatného cestování
7. Schopnost užívat léky podle doporučení lékaře
8. Schopnost obhospodařovat vlastní finance

Hodnocení testu: 8 bodů – plná soběstačnost. Čím nižší je skóre, tím menší je soběstačnost pacienta.

8.3.2 Behaviorální a psychické příznaky (BPSD)

Behaviorální a psychické příznaky (BPSD) mohou výše uvedené předcházet a často tomu tak bývá. Může se jednat o významné a nápadné změny (u frontálního postižení), nevhodné či nepřiměřené chování, odbržděnost, netaktnost a podobně, ale může jít také „jen“ o úzkost, depresivitu, poruchy spánku a podobně. Tedy o příznaky, které často ke škodě všech u lidí středního věku bagatelizujeme.

8.3.3 Kognitivní změny

Kognitivní změny - poruchy paměti, soustředění, orientace, myšlení, řeči a kognitivní funkce jsme schopni změřit. Používáme k tomu různých testů, mezi nejznámější patří Mini mental state examination. Kognitivní změny bývají ze všech přítomných symptomů nejnápadnější a často, se objevují jako první klinické příznaky. Označujeme je jako **primární symptomy** a mezi ty patří:

- Intelektová deteriorace

- **Poruchy paměti** jsou doprovázejícím, prvním a nejnápadnějším symptomem demencí. Pokles paměti je nejzřetelnější při učení se novým informacím a neschopnost se těmto informacím podřídit. *Projevuje se častými, opakovanými dotazy, nemocný se snaží současnou situaci vysvětlit používáním znalostí z dřívější doby.* Porucha paměti souvisí s poruchami orientace, konfabulací (*nemocný si dotváří průběh situací nebo událostí tak, jak si myslí, že probíhaly, tato rekonstrukce neodpovídá realitě*). Tato porucha podmiňuje úzkostnost, nejistotu a nedostatek vzhledu v různých situacích. V počátcích nemoci je postižena paměť krátkodobá, dlouhodobá paměť zůstává déle zachována, zejména u vaskulárních demencí.

- **Poruchy orientace** - jedná se o dezorientaci časem, místem, prostorem a později i vlastní osobou. Porucha orientace v čase se projevuje tím, že tento člověk *neví, jaký se píše letopočet, jaký je měsíc, den v týdnu, jaké je venku roční období, v průběhu nemoci neví, zda je ráno, odpoledne nebo večer.* *Nemocný bloudí zpočátku na neznámých, později i na známých místech, např. neorientuje se v místě bydliště, neví kudy ke stánku s novinami, do obchodu, neví, jak se dostane z pracoviště domů atd.* Postupně může bloudit i v domácím

prostředí, hledá WC, koupelnu. Zde je velmi vhodné upravit prostředí, ve kterém nemocný žije s ohledem na jeho bezpečnost a zajistit vhodné osvětlení. Šero, tma nebo různé stíny tyto nemocné mohou ještě více znejistit a působí matoucím dojmem. Stupeň dezorientace se zhoršuje s postupem onemocnění. Takže v pokročilé demenci člověk ani *neví, kolik je mu let, může se splést o tři nebo také o třicet let, někdy vůbec neví, jak je starý.* Dezorientace vlastní osobou souvisí i se ztrátou vlastní identity, která se projevuje tím, že dotčený *neví, jak je starý, kolik měl dětí, kdo byl jeho manželem (manželkou), zda byl vůbec ženatý nebo vdaná, neví, kolik měl sourozenců a často zaměňuje sourozence s vlastními dětmi, jakou vykonával profesi, v jakém okruhu přátel se pohyboval atd.*

- **Poruchy úsudku a myšlení** souvisí s deteriorací intelektu. Nemocný není schopen vyložit přísloví, neví, co mají společného pes a kůň, nemají pojem množství (např. peněz), nedokáží spočítat důchod, nepřečtou, kolik je hodin, je pro ně nesnadné odečítat zejména přes desítku. **Racionální úsudek** je v různé míře zasažen – např. nemocný není schopen posoudit, jak se obléknout: v zimě si obleče letní oděv, dlouho po vypuknutí nemoci se pokládá za zcela zdravého (zejména u Alzheimerovy choroby), odmítá chodit k lékaři, protože je zdravý, někdy i příznaky zastírá. K zastírání symptomů nemocného může vést obava z nastalé situace, protože vnímá, že se něco děje, současně si ale mnohé události nedokáže vysvětlit vzhledem k poruše paměti. Myšlení bývá často hned v počátcích nemoci paranoidní (podezřivé), protože *nemocný mnoha situacím a událostem přestává rozumět, podezírá ze ztráty celé řady věcí v důsledku poruchy paměti své blízké okolí. Zde je třeba do tohoto jeho neklidu vnášet klid, ochotně s ním začít hledat a odvést myšlení jiným směrem, k jiné činnosti. Je vhodné, když má důležité doklady nebo finance některý z členů rodiny pod svou kontrolou. Blízkému nemocnému mohou tak nechat k dispozici např. kopie dokladů, aby měl pocit, že si kontrolu nad vlastními věcmi drží on sám.*

- **Poruchy pozornosti a motivace.**

- **Korové poruchy**, mezi něž řadíme:

a) **Fatické poruchy** – porucha řeči nebo porozumění řeči (řeč mluvená i slyšená) na korové úrovni.

b) Při vystupňované **afázii** není schopen tvořit srozumitelnou řeč, konfabuluje, komolí slova, používá zkomolené žargonové výrazy, neologismy, řeč je po gramatické stránce nesprávná.

c) **Agrafie** - neschopnost psát a zejména se podepsat.

d) **Alexie** - neschopnost číst, zpočátku nemocný čte, ale neví přesně co, později čte mechanicky, obsah si nepamatuje a pak již nerozeznává písmena, není schopen skládat slabiky, slova – jedná se tedy o úplnou neschopnost číst.

e) **Akalkulie** – neschopnost počítat.

f) **Agnosie** – snížená schopnost až neschopnost rozpoznávat předměty, věci, lidské tváře, v zrcadle nemusí poznat ani sám sebe. Nemocný zpočátku nerozeznává méně známé tváře, později i vlastní rodinu včetně pečujícího, který se o něho stará, svého dlouholetého partnera, při dobré úrovni péče ho může považovat např. za svou matku.

g) **Amuzie** – neschopnost rozeznávat hudební formy, písně, skladby, hudební skladatele, rytmus, intonaci (zejména v pokročilejší fázi demence).

h) **Apraxie** – snížená schopnost až neschopnost vykonávat motorické úkony a aktivity navzdory neporušeným motorickým funkcím. *Pacient s demencí není tedy schopen se najíst příborem, obléknout se, odemknout klíčem zámek, neví, jak by si ručníkem utřel ruce, často ani nemusí chápat, k čemu ručník vlastně slouží. Chová se tak, že místo utírání do ručníku začne ručník skládat, rolovat, případně ho někam odnese, zastrčí na neobvyklé místo.*

- **Porucha exekutivních funkcí** plánování, organizování, řízení. Nemocný v důsledku těchto poruch není schopen si naplánovat řešení určitých úkonů, není schopen řešit zpočátku složité, později i jednoduché problémy. Situaci ale může ještě prohloubit úzkost z nevládnutých situací, která sníženou schopnost rozhodovat se a řešit problémy ještě umocní. Nemocný pak má pocit nejistoty a bezmoci.

8.3.4 Sekundární symptomy

Mezi **sekundární symptomy** řadíme zejména poruchy chování související s demencí:

- agitovanost
- poruchy příjmu potravy
- poruchy emotivity
- inkontinence
- bludy
- halucinace
- úzkosti, fobie, strach
- iluze
- pláč a křik
- neklid
- naléhání, obsedantní chování
- bloudění, bloumání, přecházení
- změny osobnosti
- agresivita
- poruchy denního rytmu
- změny sexuálního chování
- nutkavé chování

V průběhu demence se objevují halucinace a iluze (poruchy vnímání) nebo bludy (poruchy myšlení). Tento stav je v podstatě nevratný, demence jsou zpravidla způsobena onemocněními, která postupně a víceméně nezadržitelně progredují. V žádném případě nemůžeme stav zcela normalizovat, nemůžeme dosáhnout úplné remise onemocnění. Léčba antipsychotiky (neuroleptiky) přináší zejména u pacientů s demencí mnoho nežádoucích účinků. U pacientů s demencí bývá přítomna emoční oploštělost, dochází k postupnému úbytku vyšších citů (projevovat soucit). Dále se může vyskytovat emoční plachost nebo nepřiměřená euforická nálada. Na druhé straně může jít o „odbrzdění“ emotivity (emoční inkontinence), k nevládnutým nepřiměřeným výbuchům vzteku.

Rozvíjející se demence vede postupně k **poruše osobnosti**, která se projevuje degradací osobnosti až po její rozpad. Osobnost pacienta se v průběhu nemoci mění, dochází k celkovému oploštění, ztrátě zájmů a motivace. Často dochází ke zvýraznění některých negativních premorbidních osobnostních rysů (egocentrismus, sobectví, agrese, žárlivost, ale i klid, pokora, dobrá spolupráce, důvěra, trpělivost) jako důsledku více faktorů – především charakterových vlastností osobnosti nemocného a povahy vztahů s partnerem, s rodinou, způsobu zvládnání zátěže nemocného i pečovatele.

Častými projevy jsou hypoaktivita nebo naopak hyperaktivita, někdy až agitovanost, neklid, přecházení sem a tam, bradypsychismus (zpomalené duševní tempo). Pacient tak např. celé hodiny hledí do jednoho místa a střídavě podřimuje. Při agitovanosti je naopak

konfliktnější, neklidný, projevuje averzi vůči okolí na verbální i nonverbální úrovni. Poruchy chování jsou vlastní příčinou náročnosti a problematičnosti péče o pacienty s demencí.

V průběhu Alzheimerovy nemoci a řady podobných onemocnění dochází také ke změně sexuálního chování nemocného člověka. Právě tyto poruchy, například nepřiměřené požadavky vůči pečujícímu partnerovi, mohou řadu takto postižených rodin velmi nepříjemně zaskočit. Pečující partner bývá touto situací překvapen a uveden do rozpaků, často do té míry, že se jí nechce zabývat, nechce se s ní nikomu svěřit. Mnohé z těchto příznaků lze významně ovlivnit, a to jak prostřednictvím farmakoterapie, tak jinými postupy. Po změnách a poruchách sexuálního chování pacientů trpících demencí je třeba aktivně pátrat a pomoci je řešit, neboť představují závažný faktor zhoršující kvalitu života zejména pečujících rodinných příslušníků.

Demence má závažné sociální dopady. Přicházejí velmi záhy, nemocní se často straní společnosti více, než by to odpovídalo jejich zdravotnímu stavu, někteří si zneprátelejí okolí svým chováním, někdy se podílí také obavy rodiny na její rychlé sociální izolaci. Syndrom demence se zpravidla rozvíjí ve zralém věku. Onemocnění často přichází v době očekávání klidu a pohody po naplněném životě, v případě partnerské či manželské dvojice navíc ještě prožitým společně. Pacient postižený demencí se začíná měnit, chová se nepřiměřeně, nespolečensky, jeho chování připomíná řadu schválností a budí přinejmenším rozpaky, o okolí ztrácí zájem a navíc potřebuje pomoc a dohled. Srovnatelně závažné a taktéž invalidizující somatické onemocnění je zpravidla přijímáno jako smutná či tragická událost, a to jak rodinou, tak širším okolím. Demence nikoli, přestože progredující demence je minimálně stejně závažnou situací ve všech svých důsledcích!

8.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Diagnózu stanovíme na základě klinického vyšetření, a to dle následujících kritérií:

- je přítomen syndrom demence (testy, eventuálně psychologické vyšetření prokazující poškození kognitivních funkcí),
- není přítomno jiné onemocnění, které by syndrom demence mohlo způsobit,
- CT nebo NMR mozku neprokazují jiné onemocnění (nádor, hematom, důsledky cévního onemocnění mozku...) a zpravidla prokazují určitý úbytek mozkové tkáně (někdy ale mohou být i negativní, a to zejména pokud jsou popisována na pracovišti, které se touto problematikou speciálně nezabývá).

Pokud jsou výše uvedená kritéria splněna, jedná se velmi pravděpodobně o primární degenerativní proces, který k demenci vedl, ale nemusí se jednat čistě o Alzheimerovu chorobu, může to být jednotka, která je jí blízká (Pickova choroba, nemoc s Lewyho tělísky). Mezi nimi odlišujeme na základě klinického obrazu a zkušeností.

Záludností v přístupu k pacientům s počínající demencí je skutečnost, že mnozí pacienti při návštěvě lékaře zmobilizují všechny své síly, maximálně se dle svých možností soustředí, jsou často nesmírně motivováni. To je důvodem, že často u lékaře předvedou daleko lepší výkon, než jsou schopni v běžném životě!!! Doprovázející rodinný příslušník se potom velmi diví, jak je situace odlišná od běžného života. Proto by se moudrý klinik neměl spoléhat pouze na momentální výkon a dojem z pacienta. Jedinou možností, jak zjistit opravdový stav, je pečlivá anamnéza s pacientem i s rodinným příslušníkem!!!

8.5 Stadia demence

První stadium, syndrom počínající a mírné demence lze charakterizovat tak, že pacient je soběstačný žít relativně samostatně, ale potřebuje určité návody a pomůcky, upomínky a cedulky, občasné zatelefonování, aby se mu připomenula návštěva lékaře a podobně. V tomto stadiu je také pacient schopen velmi dobře vyjádřit, co si přeje či nepřeje. Mezi prvními příznaky pozorujeme: horší vyjadřování, hledání slov, obtíže v nových situacích, obtíže s novými přístroji (v domácnosti i práci), počítačovými programy atd., zhoršení paměti (zejména krátkodobé), zhoršení orientace v čase i prostoru, nemocný se může ztrácet i na dobře známých místech, potíže s rozhodováním, ztráta iniciativy a motivace, depresivní nálada, apatie či naopak agresivní chování, ztráta zájmu i o koníčky a oblíbené činnosti. Velmi brzy je narušena krátkodobá paměť. Častá je také porucha orientace – nemocní se obtížně orientují v neznámém prostředí či při neočekávaných situacích.

Druhé stadium, syndrom rozvinuté demence je charakterizováno potřebou prakticky nepřetržitého dohledu a dopomoci při sebeobslužných aktivitách. Toto období je obdobím nejdelším (trvá 2 až 10 let) a pro ošetřujícího je také obdobím nejnáročnějším. Pacient vyžaduje dohled a péči prakticky 24 hodin denně po 365 dní v roce. Pacient se již špatně orientuje v čase i prostoru, nedokáže si poradit s některými sebeobslužnými činnostmi a potřebuje pomoci či poradit. Ztrácí se a bloudí i ve známém prostředí. U některých se projevují další příznaky, které péči o pacienta velmi ztěžují: dochází k pomočování, později i k inkontinenci stolice, pacienti mohou být neklidní, agresivní. Obecně platí, že není v silách jedince či jedné rodiny dlouhodobě bez pomoci a bez přestání péči o takto nemocného člověka zajistit.

Ve třetím stadiu onemocnění potřebují pacienti zejména ošetrovatelskou péči, jejich schopnost komunikace je velmi omezená. Přesto však i oni jsou schopni vnímat laskavý přístup pečující rodiny či zdravotnických pracovníků. Na tomto principu jsou založeny moderní ošetrovatelské přístupy k pacientům postiženým demencí. Všechny bez výjimky zdůrazňují, že je velkou, bohužel však přetrvávající chybou mnoha zdravotnických pracovníků domnívat se, že pacient, který již nepoznává ani své rodinné příslušníky, vlastně nic nepotřebuje. Právě naopak. Právě tito lidé potřebují kvalitní a laskavou pomoc a péči, také oni jsou schopni rozpoznat vlídnost prostředí a tváří, které je obklopují. Také oni jsou schopni prožívat pocity spokojenosti a štěstí, které jsou možná trochu jiné než ty naše, jsou však stejně lidské a hodnotné. Nejčastější problémy nemocných:

- obtížně polyká
- nepoznává příbuzné, přátele ani dobře známé předměty
- není schopen porozumět nebo se vyjádřit
- bloudí, ani doma se neorientuje
- špatně chodí
- neudrží moč a/nebo stolici
- zůstane upoután na vozík nebo lůžko

Ve třetím stadiu již není pacient soběstačný a potřebuje péči a dohled po celých 24 hodin denně nebo podle možností a situace umístění v ošetrovatelském zařízení. V této fázi onemocnění pacient potřebuje zejména a především kvalitní ošetrovatelskou péči.

V **terminálním stadiu** u demencí je postižena celá osobnost, nemocný je v plné míře 24 hodin denně závislý na péči okolí, zpravidla upoután na lůžko a je inkontinentní, možnost

verbální komunikace je omezená až vymizelá, trpí ztrátou osobní identity. Relevantní otázkou je **smrt a umírání** v instituci. Pečující personál by neměl zapomínat, že má stále před sebou lidskou bytost, byť by se jednalo o pacienta v konečném stadiu demence.

8.6 Terapie

Je nutné mít stále na paměti, že demence jsou onemocnění progredující a mají určitý zákonitý průběh, takže i péče se musí stále individuálně přizpůsobovat úrovni a možnostem každého nemocného. I přes intenzivní výzkum dosud není k dispozici lék ani metoda, která by nemoc vyléčila, či alespoň zastavila její progresi. Za úspěch farmakologické terapie lze v současnosti pokládat stabilizaci nemocného na určitou omezenou dobu a prodloužení doby soběstačnosti pacienta. Léčba by měla **pozitivně ovlivňovat kognitivní funkce, kvalitu života a poruchy chování**. Tohoto cíle lze lépe dosáhnout vhodnou kombinací léčby farmakologické a nefarmakologických intervencí. Ty mají zcela zásadní postavení, jsou mimo jiné i účinným prostředkem v redukci stresové zátěže pečujících. Pozitivně ovlivňují především psychiatrické komplikace onemocnění, lze je provádět ve všech stádiích nemoci a většinu z nich i v domácím prostředí.

Mezi nefarmakologické přístupy patří:

- **Realitní terapie** - konfrontujeme pacienta s realitou, jak jen to jde (časem, místem, osobou). Přistupujeme maximálně citlivě, neboť při intenzivní aplikaci můžeme vyprovokovat jeho agresivitu či úzkost.
- **Reminiscenční terapie** upevňuje sebeúctu a identitu pacienta, zlepšuje komunikaci mezi pacientem a pečovatelem. Příkladem může být prohlížení fotografií, starých filmů, předmětů z dřívějších dob.
- **Validační terapie** usiluje o zachování a posílení lidské důstojnosti. Nikdy neříkáme ne a postupnými kroky vedeme pacienta správným směrem. Laskavým odvedením pozornosti předcházíme nežádoucímu chování.
- Při léčbě užíváme **environmentální manipulaci**, která pomáhá k lepší orientaci, posiluje soběstačnost a zajišťuje bezpečí.
- **Dotekem** snižujeme agitovanost, můžeme zlepšit chování pacienta při jídle a tím pozitivně ovlivnit denní příjem potravy.
- **Kognitivní trénink** spočívá v upevňování dosud neztracených znalostí, má využití spíše v časných stádiích demence, jsme si vědomi, že přílišnými nároky bychom mohli zapříčinit frustraci nemocného.
- **Muzikoterapie** formou zpívání, improvizace, poslechu oblíbené hudby redukuje agitovanost pacienta a zlepšuje příjem potravy.
- **Fyzickou aktivitu** podporujeme pravidelnými procházkami, jednoduchými cviky pro zlepšení držení těla a rovnováhy, má pozitivní vliv na deprese, bloudění, agitovanost a zlepšuje také kvalitu spánku.
- **Taneční terapie** je metodou uznávanou a rozšířenou po celém světě. K tanci je přístupováno jako k terapeutickému pohybu a proto estetická stránka ustupuje do pozadí. Respektujeme ostych nemocných.
- V léčbě užíváme **pracovní terapii, aktivizaci, vedení k soběstačnosti**. Dbáme na dobrou informovanost rodinných příslušníků, neboť by tento přístup mohl být považován za neochotu personálu.
- **Lifestyle approach** neboli návod k pacientovi znamená vzájemné sdělení důležitých informací mezi pečujícími.

- Dalšími vhodnými přístupy jsou **arteterapie, pet terapie a také léčba světlem**, kde se pokoušíme například upravit poruchy spánku nebo zmírnit syndrom pozdního odpoledne, zapadajícího slunce (sundowning), pro který je typická narůstající zmatenost na konci dne a během noci.
- Metoda **Namaste** je užívána v pokročilých až terminálních stádiích nemoci.

Vyjadřuje maximální úctu k nemocnému. V České republice není zcela běžně užívanou metodou i přes svou neobyčejnou lidskost a prostotu. Tato metoda vyžaduje zcela kvalifikovaný a kultivovaný pečující personál. Součástí se stávají i rodinní příslušníci či přátelé nemocných, kteří rovněž zpětně dostávají podporu a pomoc. Cílem tohoto přístupu je snaha o co největší pohodu a komfort pacienta v terminálním stadiu onemocnění demencí. Denní režim je maximálně podřízen nemocnému a jeho rodině.

Významnou pomoc a podporu pečujícím osobám poskytuje **Česká alzheimerovská společnost**. Nabízí konzultace, poradenství určené lidem trpícím demencí a jejich rodinným příslušníkům či přátelům, poskytuje i respitní péči (odlehčovací služba) v domácnosti. Organizuje kurzy a semináře, setkání rodinných pečujících, má vytvořen [certifikační systém Vážka](#), který je zaměřen na kvalitu zdravotně sociálních služeb pro lidi s demencí.

8.7 Koncepce péče

Usnesením vlády ČR v říjnu 2010 bylo stanoveno na základě doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace zpracování koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice. Přípravou koncepce byla pověřena čtyři ministerstva (MZ, MPSV, MŠMT, Ministerstvo spravedlnosti ČR). Koncepce by měla být v souladu s usnesením Evropského parlamentu Deklarace o prioritách v boji s Alzheimerovou chorobou a podobnými onemocněními s ohledem na demografickou prognózu. Péče o lidi s demencí se stává stále významnější prioritou v mnoha zemích světa. Například Francie, Anglie, Skotsko či Norsko již formulovaly své národní strategie pro problematiku demencí. Tyto strategie zahrnují také zásadu, že je zapotřebí podporovat rodiny, neboť to jsou právě ony, kdo poskytují péči osobám s demencí. Dokumenty Rady Evropy vyzývají členské země, aby podporovaly a lépe koordinovaly výzkum Alzheimerovy choroby, vzdělávání pracovníků a nových specialistů.

Vycházíme-li z prognóz, že **21. století bude stoletím degenerativních onemocnění**, zejména **neurodegenerace**, problematiku demencí musíme řešit, neboť představuje **riziko ohrožení udržitelnosti zdravotnických a sociálních systémů**. Nemoc lze nazvat **skrytou epidemií**, protože v populaci stále přibývá nemocných a nemoc se objevuje stále víc a víc v mladších věkových kategoriích. **Nemoc může postihnout každého.**

Péče o lidi s demencí je finančně náročná a to z mnoha důvodů. Jedná se o zvýšené náklady na zdravotní péči, materiál, léky a zajištění potřebných služeb. Pečující rodinní příslušníci nebo osoby blízké mají sníženou možnost výdělečné činnosti, jsou nuceni ke změně či opuštění zaměstnání. Péče o blízkého nesmírně ovlivňuje život pečujících rodinných příslušníků. Jedná se o významnou fyzickou i psychickou zátěž, ale zanedbatelné nejsou ani finanční a sociální aspekty. Pečující rodinní příslušníci se tak stávají **skrytými oběťmi demence**. Většina zodpovědnosti za péči o demenčního jedince

případá na členy rodiny a to v pořadí partner, dcera, snacha, syn, sourozenci a další příbuzní.

V říjnu 2012 vláda schválila předloženou koncepci, která by *měla snížit výdaje a současně zvýšit komfort pacientů, pečujícím osobám by stát měl pomáhat finančně i širokou paletou sociálních služeb a poradenství*. Koncepce se stane podkladem pro Národní plán pro Alzheimerovu chorobu a další podobná onemocnění na období let 2014-2017.

8.8 Etické aspekty poskytované péče

Aby pacient s demencí mohl být informován o své diagnóze, na což má beze sporu právo, musí sdělenému rozumět. Tedy i proto je zdůrazňována nutnost včasné diagnostiky. Je třeba respektovat i to, kdy si pacient nepřeje být informován, či nemůže sdělenému již porozumět. Neméně důležitou je problematika způsobilosti nemocných demencí k právním úkonům. Nově je počítáno s koncepcí podpůrného či asistovaného rozhodování, která vychází ze skutečnosti, že každá osoba je schopna se rozhodovat, může však potřebovat větší či menší míru podpory.

Lidem s demencí je třeba ponechat právo rozhodovat o svých záležitostech vždy, pokud je to možné. Od 1.4.2012 je v platnosti Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách s institutem „Dříve vysloveného přání“. Tímto sdělením mohou nemocní vyjádřit své stanovisko, a to ještě v době, kdy jsou schopni je sepsat, například ke kardiopulmonální resuscitaci, umělé plicní ventilaci, k umělé výživě (nazogastrickou sondou či perkutánní endoskopickou gastrostomií). Evropská asociace alzheimerovských společností Alzheimer Europe zdůrazňuje důležitost včasné diagnózy onemocnění vedoucích k demenci, a to v dostatečně časně fázi. Pokročilá fáze syndromu demence je ve světě vesměs považována za indikace k zavedení paliativního přístupu. I v ČR je třeba urychleně řešit etickou a právní problematiku dystanzie (zadržené smrti) u pokročile dementních pacientů. Vždy je třeba pečlivě odlišovat pokročilá stadia nemoci od mírné demence s přiměřenou kvalitou života.

8.9 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy

[Deficit sebezpečí při stravování - 00102](#)

[Deficit sebezpečí při koupání - 00108](#)

[Deficit sebezpečí při oblékání - 00109](#)

[Deficit sebezpečí při vyprazdňování - 00110](#)

Zanedbávání sebe sama – 00193

[Chronická zmatenost - 00129](#)

[Zhoršené vylučování moči - 00016](#)

[Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu - 00002](#)

[Nedostatek zájmových aktivit - 00097](#)

Chování náchylné k zdravotním rizikům – 00188

[Porucha polykání - 00103](#)

Narušená osobní identita – 00121

[Neefektivní plnění rolí - 00055](#)

[Neefektivní udržování zdraví - 00099](#)

Noncompliance - 00079

[Neefektivní zvládnutí zátěže - 00069](#)

[Syndrom zhoršené interpretace okolí - 00127](#)

[Nespavost - 00095](#)

[Zhoršená paměť - 00131](#)
[Zhoršená sociální interakce - 00052](#)
[Potulka - 00154](#)
[Riziko bezmocnosti - 00152](#)
[Riziko syndromu nepoužívání - 00040](#)
[Riziko intolerance aktivity - 00094](#)
[Riziko sníženého objemu tekutin v organismu - 00025](#)
[Riziko osamělosti - 00054](#)
[Riziko pádů - 00155](#)
[Riziko poškození - 00035](#)
[Riziko traumat - 00038](#)
[Sociální izolace - 00053](#)
[Úzkost - 00146](#)
[Zhoršená verbální komunikace - 00051](#)
[Zhoršené udržování domácnosti - 00098](#)

9 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je onemocnění mozku, nejčastější příčina demence. Patří do skupiny atroficko-degenerativních chorob. Některé formy mají familiární výskyt. **Presenilní** forma začíná před 65. rokem, **senilní** forma po něm. Postižena je zejména cholinergní transmise z oblasti bazálních částí mozku do kůry a hipokampu (souvisí s pamětí). Morfologicky jsou změny v neuronech (tangles) a extracelulárně (neuritické senilní plaky, depozice amyloidu). Je patrné rozšíření komorového systému, atrofie hipokampů. Příčina není známa, jsou popsány mutace některých genů zvyšující riziko vzniku nemoci. V klinickém obrazu je porucha paměti, kognitivních funkcí, porucha citů, motivace, orientace, výkonných funkcí a další. Nemoc trvá několik let, rychleji probíhá forma s familiárním výskytem a presenilní forma. Diferenciálně diagnosticky je patrný postupný začátek s pomalým, ale plynulým zhoršováním. Léčba je obtížná, nověji se popisují pozitivní výsledky zejména při zpomalení progresu u časnějších forem (VOKURKA, 2002).

Literatura:

- JIRÁK, R., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2873-5.
- GLENNER, J., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAMPLOVÁ, L., 2012. Presentation of the best practices of European partners. In: *TACT Europe (Training for Alzheimer Care through Europe)*. Project No.: CZ/11/LLP-LdV/PS/P/134075. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.
- HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a J. SUCHÁ, 2007a. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HOLMEROVÁ, I. et al., 2007b. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HOLMEROVÁ, I., 2007c. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0174-3.
- KALWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.
- MASOPUST, J., 2002. Syndrom profesionálního vyhoření. In: *Practicuss*. 2002, **2**(10). ISSN 1213-8711.

SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-849-0.

SHEARDOVÁ, K., 2011. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. In: *Psychiatrie pro praxi* [online]. [vid. 2012_10_10]. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz.

TACT EUROPE, 2013. *Training for Alzheimer care through Europe. Compendium of good Practices* [online]. [vid. 2013_12_12]. Dostupné z: <http://www.tact-europe.eu>.

VOKURKA, M., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 80-85912-70-8.

VOLICER, V., 2012. Syndrom demence – jaká péče je efektivnější v pozdních stádiích. Zkušenost z USA. In: *Management péče o pacienta v pozdních fázích demence, role paliativní péče, konference*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 31.5.2012.

9.1 Stadia nemoci dle české alzheimerovské společnosti

Česká Alzheimerovská společnost doporučuje dělit progresi Alzheimerovy choroby do tří stadií dle strategie P-PA-IA (poradenství, pomoc, podpora-programované aktivity-individualizované aktivity, asistence). Toto dělení velmi dobře odráží specifické potřeby nemocných a zároveň poukazuje, jakým směrem by se měla ubírat poskytovaná neformální i profesionální péče v jednotlivých stádiích.

První stadium P-PA-IA I

První stadium P-PA-IA I, počínající až mírná demence odpovídá přibližně stupni 2 až 4 Reisbergovy škály. Nemocní jsou relativně nezávislí, soběstační, někteří již mohou potřebovat asistenci či výpomoc druhou osobou, ale zpravidla ne trvalou. V této fázi je třeba provést včasnou a správnou diagnostiku nemoci, což významně ovlivní kvalitu dalšího života nejen nemocného, ale také těch, kdo o něho pečují nebo budou pečovat, zpravidla jde o rodinné příslušníky. Se stanovením diagnózy by měly být diskutovány otázky, co bude dál. Jak si sám nemocný představuje své stáří, kde by chtěl žít a dožít, kdo by o něho měl pečovat, jaké jsou jeho vlastní preference pro konec života. Je to období, kdy by nemocný měl zvážit a vykonat všechny nezbytné zejména právní a finanční kroky, o kterých si přeje sám rozhodnout.

Nemocní v tomto období jsou schopni být sami přes den, někteří i po celý týden. Většina z nich je schopna pochopit situaci a uvědomuje si zákeřnost postupující demence. Mnoho z nich díky tomu upadá do deprese. Je vhodné, aby si nemocní vypomáhali přes den děláním písemných zápisků a připomínek, aby si stanovili písemný denní program a vyznačili úkoly, které musí provést. Měli by používat kalendář, do něhož si dělají poznámky a který jim denně připomíná, co je za den, kolikátého je, jaký je měsíc, rok. Vyznačují si zde, kdy se dostaví někdo z rodiny či ten, kdo o něho nějakým způsobem pečuje. Pro nákupy je třeba si dělat seznamy. Zvláštní důraz musí být kladen na podávání medikace. Nemocný se svým pečovatelem musí najít spolehlivý a bezpečný systém přípravy denní (týdenní) medikace, upozornění, kdy si léky vzít a kontroly, zda si nemocný léky vzal a zda si vzal správné.

Nemocní, ale i jejich neformální neprofesionální pečovatelé potřebují v tomto stadiu poradit, potřebují podporu. Měli by se obrátit na profesionály z oblasti zdravotní i sociální péče a získat maximum informací, které jim leckdy velmi významně pomohou vylepšit budoucnost.

Druhé stadium P-PA-IA II

Druhé stadium P-PA-IA II, středně pokročilá a rozvinutá demence odpovídá přibližně stupni 4 až 5 Reisbergovy škály. Průměrná doba trvání je 2-10 let. Většina nemocných již nežije ve svém domácím prostředí, ale v nějakém typu nejčastěji sociálního zařízení. Nemocní v tomto stadiu již nejsou soběstační, zpravidla ani v základních denních aktivitách a nutně potřebují asistenci (při oblékání, při hygieně, při stravování). Nezvládnou si již sami připravit jídlo. Je nezbytné, aby nemocnému byla podávána medikace pečovatelem. Potřebují celodenní dohled a asistenci pečovatele a nezbytné jsou také pravidelné kontroly lékařem.

Nemocní jsou dezorientovaní místem, časem i osobou, často jsou zmatení, mají výrazně zhoršenou paměť. Jsou však schopni komunikovat a dokonce se dokážou ještě i dobře pobavit. V tomto období je třeba pro ně připravovat vhodné aktivity. V podstatě vyžadují pravidelný denní režim s různými aktivitami a dostatek nočního spánku. Programované aktivity mají značný význam též pro pečující. Musí být voleny vždy tak, aby podporovaly lidskou důstojnost, duševní i fyzické zdraví. Není třeba vymýšlet žádné složitosti, nejlépe je zařazovat činnosti, které jsou blízké domácím pracím a běžnému životu.

Pokud je nutné umístit nemocného do zařízení dlouhodobé péče ať již zdravotní či sociální, nikdy by toto nemělo být provedeno proti jeho vůli. Svůj souhlas může potvrdit písemně či ústně. Pokud však v žádném případě nesouhlasí a hospitalizace je nezbytná, je třeba zahájit detenční řízení. Profesionální pečovatelé oslovují nemocné v tomto stadiu vždy titulem paní/pane, či jak si sám přeje. Nejde-li o akutní hospitalizaci, vždy je třeba nemocné denně oblékat do vlastního domácího oblečení přes den. K denním aktivitám je třeba využívat prostory, kde jsou nemocní společně se svými pečovateli i rodinnými příslušníky. Tento společný prostor by měl mít prvky domácího prostředí, koutky k různým aktivitám, musí být bezpečný a je zpravidla uzamčen, neboť nemocní často putují a bloudí. Nemocný spolu s rodinou měl mít možnost připravit si zde kávu, čaj, drobné občerstvení. V blízkosti musí být toaleta. Součástí by měl být koutek k odpočinku, sledování televize, prostor k pohybovým aktivitám – tanec, cvičení a také pracovní stůl k vykonávání ručních prací apod. Zde by měli nemocní trávit společně převážnou část dne. Ideální je, pokud každý má svůj jednolůžkový pokoj, kde tráví menší část dne, spí zde, může provádět hygienu, je zde zcela respektováno jeho soukromí.

V sociálních či zdravotních zařízeních, kde je pečováno o nemocné ve stadiu II, musí pracovat profesionálové školení v problematice péče o lidi s Alzheimerovou nemocí. Jejich počet musí odpovídat náročnosti potřebné péče. O 15 nemocných by měli v sociálním zařízení pečovat alespoň dva pečovatelé spolu se všeobecnou sestrou, která je vždy dostupná alespoň na zavolání. Pro pacienty ve druhém stadiu jsou velmi vhodné denní stacionáře s profesionální péčí.

Třetí stadium P-PA-IA III

Třetí stadium P-PA-IA III je stadium těžké demence a demence komplikované poruchami chování, odpovídá přibližně stupni 6 až 7 Reisbergovy škály.

Pacienti v tomto stadiu vyžadují značnou pomoc při vykonávání základních denních aktivit. Ztrácí schopnost mluvit, tedy i komunikovat, ztrácí schopnost samostatné chůze a dalších motorických dovedností. Stávají se plně inkontinentními. Jejich osobnost je zcela narušena, často mívají poruchy chování zvláště při poskytování neadekvátní péče. Příčiny poruch chování musí být včas rozpoznány a léčeny. Pacienti v tomto stadiu potřebují maximálně individualizovanou péči, potřebují individualizovanou asistenci podle svých momentálních potřeb. Nejsou schopni se již účastnit programových aktivit, což je naopak značně obtěžuje a může u nich vyvolávat stavy agitovanosti a další obtíže. Vyžadují ošetřovatelskou péči, která se nutně zaměřuje na problémy s polykáním (riziko aspirace), s hydratací a příjmem

potravy. Pečující personál musí být schopen odhadnout míru dezorientace a umět řešit nastalé komplikace stavu. Pro dlouhodobou péči je nezbytný dohled lékaře, který také musí být na zavolání dostupný.

I v tomto stadiu pacienty denně oblékáme do domácího oblečení. Prostředí, ve kterém se pohybují, musí být maximálně účelné a bezpečné. Jako omezující prostředek není považováno použití postranic lůžka při spánku. Pokud to není nezbytně nutné, pacienti by neměli být probouzeni dle potřeb rutinní péče.

V případě nutné hospitalizace či dlouhodobého pobytu v sociálním zařízení již nelze získat ústní ani písemný souhlas nemocného. Souhlas však může být vyjádřen i tím, že u něho nejsou zvýrazněny poruchy chování.

Velmi vhodným přístupem při péči o pacienty v tomto stadiu je program „*Namaste*“. Je to způsob péče a filozofie, při níž je kladen důraz na hodnotu lidského ducha a jedinečnost každého člověka. Pacienti, nejsou izolováni, zůstávají obklopeni lidmi (pečovateli, nemocnými s podobnými problémy a hlavně rodinou či přáteli). Přístup „*Namaste*“ využívá aromaterapii, hudbu, četbu a především lidský dotek.

Terminální stadium

V terminálním stadiu, které trvá několik týdnů, pacienti nekomunikují a nejsou schopni pohybu. Jsou zcela inkontinentní. Velmi často trpí bolestí, která může být způsobena například svalovými kontrakturami, špatným polohováním a různými somatickými onemocněními. Pacientům v tomto stadiu by měla být poskytována paliativní péče.

Péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí je velmi náročná, prakticky v každém stadiu. Aby byla co nejefektivnější, vyžaduje řadu nezbytných předpokladů:

- přizpůsobení prostředí potřebám nemocných i pečujících,
- ošetrovatelský personál musí být dobře vycvičený v péči o tento typ pacientů, musí dobře chápat jejich specifické potřeby v různých stadiích a znát způsoby, jak je uspokojovat,
- počet pečujících musí vždy odpovídat počtu nemocných a náročnosti péče o ně,
- mezi profesionálními pečovateli a rodinou musí probíhat efektivní komunikace a musí být vytvořen pozitivní až přátelský vztah,
- neformálním pečovatelům, rodinným příslušníkům či přátelům, kteří o nemocného doma pečují, musí být poskytnuta maximální podpora, pochopení a pomoc (HOLMEROVÁ, 2007b).

9.2 Profesionální a psychosociální rizika při péči o lidi s alzheimerovou chorobou

Praxe ukazuje, že pečující ať již profesionální či neformální hlavně rodinní příslušníci jsou denně konfrontováni s náročnou realitou, která jim přináší značnou míru stresu, což ve svém dlouhodobém důsledku vede často také k ovlivnění jejich zdraví. Zpravidla nemají dostatek času pro sebe a řešení svých osobních bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Vyskytují se u nich poruchy pohybového aparátu, poruchy příjmu potravy a jsou náchylnější k různým typům infekce. Dlouhodobý stres a nedostatek pohody významně ovlivňují jejich duševní zdraví. U mnohých pečovatelů nalzáme příznaky syndromu vyhoření. Cítí se prázdní, demotivovaní, ztrácí naději, že je v budoucnu očekává nějaká pozitivní změna (HANZLÍKOVÁ, 2007), (MASOPUST, 2002).

Velmi závažným problémem je syndrom vyhoření u profesionálních poskytovatelů péče. Mezi nejzávažnější rizikové faktory, se kterými se denně setkávají, patří zejména organizační nedostatky tedy chyby managementu – náročný denní program, příliš velký počet pacientů, o které musí pečovat, časově náročné administrativní úkony, nedostatečná

znalost problematiky péče, málo zkušeností, žádný nebo nedostatečný výcvik v péči o lidi se specifickými potřebami, špatně vedená supervize, nedostatečný prostor pro osobní i profesní růst, málo nebo žádný čas na týmovou komunikaci, nedostatek znalostí o syndromu vyhoření.

Často existují drobné elementární problémy, které se mohou stát důvodem pro rozvoj syndromu vyhoření:

- nedostatek zájmu o tuto profesi (pochybnosti o profesionálních schopnostech, špatná koncentrace na práci, nezájem o pacienty a jejich rodinné příslušníky, stagnace profesionálního růstu, neuspokojení),
- emocionální problémy (nedostatek radosti, pocit smutku, těžko řešitelné konflikty, nedostatek ocenění, pochvaly, poděkování, pocit strachu),
- fyzické problémy (vyčerpání, nespavost, bolesti hlavy, problémy se zažíváním, dýchací obtíže, nemoci srdce),
- sociální problémy.

Syndrom vyhoření může více či méně postihnout každého, ať už profesionála či rodinného pečujícího. Rozdílný je zpravidla čas, ve kterém se u nich začíná rozvíjet. Psychickému a emocionálnímu přetížení se těžko zabraňuje, ale neměli bychom nikdy dopustit, aby bylo přenášeno z profesionálních pečovatelů na rodinné.

Existuje řada doporučení, jak bránit rozvoji syndromu vyhoření, ať v osobní rovině či v rovině managementu. Mezi základní doporučení v rovině osobní patří:

- naučit se a používat relaxační techniky,
- dobře si organizovat svůj čas,
- nebýt sám, scházet se s přáteli, udržovat sociální kontakty,
- nebát se svěřit někomu, komu důvěřujeme,
- stanovovat si reálné cíle,
- nebát se požádat o pomoc někoho druhého,
- vyhledat profesionální pomoc psychoterapeuta,
- udržovat si fyzickou kondici, dostatečně spát a kvalitně jíst,
- vzdělávat se v oblasti péče o lidi s Alzheimerovou nemocí,
- být realistou, akceptovat nevyhnutelnou progresi nemoci.

Mezi základní doporučení pro management patří:

- Kontinuálně monitorovat a pravidelně vyhodnocovat úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření u pečujících.
- Analyzovat příčiny ohrožení syndromem vyhoření, definovat ve spolupráci s klinickým psychologem adekvátní preventivní opatření a realizovat je v praxi formou skupinovou nebo individuální.
- Uplatňovat k pečujícím citlivý, taktní a podle potřeby individuální přístup a formou edukativně - psychoterapeutických postupů jim pomáhat řešit osobní problémy.
- Zvážit na úrovni organizace odpovídající hranici náročnosti požadavků na práci pečujících.
- Vypracovat v rámci týmové spolupráce plán péče a definovat organizaci práce pečujících.
- Stanovit ve spolupráci s lékařem priority ošetrovatelské péče podle specifických požadavků pacienta.
- Respektovat zákoník práce s ohledem na rozpis služeb, definování přestávek na oddech během pracovní doby, na příplatky za riziková pracoviště a volno za odpracované směny.

- Podporovat týmovou práci, spolupracovat s týmem lékařů a všeobecných sester a společně řešit aktuální problémy.
- Podporovat vzdělávání pečujících v oblasti psychohygieny, správného životního stylu a v oblasti prevence nemocí.
- Motivovat ke spolupráci morálně i finančně.
- Řešit a neodkládat řešení interpersonálních a ostatních problémů s ohledem na závažnost problému, na jeho důsledky a dopady.
- Kultivovat pracovní atmosféru a vztahy na pracovišti a snažit se utvářet kvalitní pracovní týmy.
- Zajišťovat vhodnou personální politikou dostatek erudovaných a kvalitních profesionálů po stránce profesní i osobnostní.
- Snažit se zajistit všem pečujícím optimální pracovní podmínky pořízením technicky kvalitní přístrojové techniky a kvalitních a bezpečných zdravotnických pomůcek.
- Chápat supervizi z pozice manažera ošetrovatelství či sociálních služeb jako systematickou pomoc při řešení profesionálních problémů.
- Mít dobře nastavený systém odměňování, dobré mzdové ohodnocení na základě jasných, veřejně deklarovaných požadavků a snažit se obhajovat a prosazovat navyšování jejich platů v souladu s legislativními normami na straně jedné a kvalitou práce na straně druhé (KALWASS, 2007).

Syndrom vyhoření se objevuje ve všech subjektivně náročných povoláních, která jsou definována nerovnováhou mezi emočními stavy a postupným vyčerpáním psychických i fyzických rezerv člověka. Svými projevy dosahuje nejen roviny osobní, ale i společenské. Jeho vznik je determinován nejen příčinami osobnostními, pracovními, ale i podmínkami celospolečenskými a politickými.

9.3 Zlepšení kvality života pacientů a jejich rodinných příslušníků

Kvalita života pacienta a jeho rodinných příslušníků je velmi úzce spjatá. Pokud jsou rodinní příslušníci v kontaktu s profesionály, mají od nich dostatek informací, doporučení a podpory, pak zcela jistě tím bude kladně ovlivněna sama péče o nemocného v domácím prostředí. Pokud je již nemocný trvale umístěn do zdravotního či spíše sociálního zařízení pro dlouhodobou péči, pak kvalitní komunikace a spolupráce profesionálů a rodinných příslušníků je absolutně klíčovým pilířem v péči.

Z hlediska pacienta a veřejného zdravotního pojištění, tedy v podstatě státu je naprosto prioritní, aby nemocnému byly vytvořeny takové podmínky, které by mu umožnily co nejdéle setrvat ve vlastním domácím prostředí. To ovšem nejde bez zcela zásadní pomoci rodiny či přátel, kteří se stávají neformálními, neprofesionálními pečovateli. Nestačí tedy vytvářet podmínky pouze pro nemocné, ale také pro ty, kdo o ně pečují. Jde o péči dlouhodobou, vysoce náročnou, která zasahuje do všech oblastí života pečovatele. Má vliv na jeho zdraví, sociální postavení včetně financí, psychiku a emoce. V první fázi je třeba se zaměřit na poskytnutí dostatku informací a naučit je řadě dovedností při péči o nemocné. Tak, jak se rozvíjí choroba, je třeba věnovat nemocnému stále více času. Stává se prakticky nemožné, skloubit péči s plným pracovním úvazkem a popřípadě také s péčí o svou vlastní rodinu a domácnost. Vhodné by tedy bylo alespoň zpočátku umožnit práci na zkrácený pracovní úvazek. I tak je péče stále více vyčerpávající. Ve Francii jsme se setkali s dobře organizovaným systémem mobilních Alzheimerovských jednotek, které poskytují péči zdravotní i sociální ve vlastním domácím prostředí nemocného. Case manager vytvoří plán

péče, který je realizován sestrami, pečovateli, ergoterapeuty, fyzioterapeuty. Už i v České republice některá zařízení nabízejí služby denních stacionářů a respitní péče. Toto jsou jednoznačně přístupy, které by stát měl maximálně podporovat (TACT, 2013), (HAMPLOVÁ, 2012).

Pro profesionální i neprofesionální pečovatele, zejména tedy rodinné příslušníky jsou doporučovány nefarmakologické přístupy v péči o nemocného. Před více než třiceti lety se do péče o seniory dostává nový přístup, nová filozofie péče, která je zaměřena rovněž na pečovatele. Koncept „*Humanitude*“ přinesl malou revoluci v oblasti geriatrické péče. Průkopníky byli Yves Gineste a Rosette Marescotti. Smyslem metody bylo vrátit starému člověku jeho důstojnost a zlepšit vztahy mezi pacienty a pečovateli. Starým lidem jsou při péči často odepírány základní prvky, které člověka provází od jeho narození – jeho vzhled, možnost komunikace, něha. Některé osoby toto přijmou, uzavírají se do sebe a zůstávají prakticky upoutáni na lůžko. U jiných takové přístupy vyvolávají odmítavé postoje až agresivní chování.

Koncept péče „*Humanitude*“ staví na čtyřech základních pilířích:

- Oční kontakt – oči nemocného i pečovatele by měly být ve stejné úrovni, s pacienty je třeba mluvit z očí do očí, tváří v tvář. Zdůrazňuje sílu úsměvu.
- Mluva – při péči se nelze omezit jen na neverbální komunikaci, s nemocným je třeba mluvit.
- Dotyk – od narození má nesmírný význam, staří nemocní o dotyk nesmí být ochuzováni.
- Vertikalizace – přirozený vzpřímený stoj člověka, který ho odlišuje od říše zvířat. Nemocní musí být maximálně vertikalizováni – žádné koupání pacientů na lůžku, které již nikdy neopustí.

Tento koncept, který je velmi jednoduchý a v podstatě velmi krásný, vytváří paralelu mezi evolucí v různých oblastech našeho života a současným stavem. V tomto smyslu je velmi moderní a dobře se implementuje do ošetrovatelství. Vede nás k hlubokému pochopení některých denních činností. Zdůrazňuje základní aspekty našeho vztahu s pacientem, kterým jsme ne vždy přikládali dostatečný význam (TACT, 2013).

V 70. letech byl vyvinut přístup „*Snoezelen*“. Zaměřuje se na oblast pěti lidských smyslů a usnadňuje relaxaci pacientů. Používá se u lidí s tělesným postižením, v geriatrici i psychiatrii. Provádí se ve speciální místnosti, v níž lze navodit příjemnou atmosféru – filtrované světlo, tichá hudba, měkké pohovky, vodní lůžka, aromaterapie. Pomocí světelných a zvukových efektů je možné stimulovat či relaxovat nemocné (TACT, 2013).

Pro pacienty, kteří jsou umístěni do zařízení dlouhodobé péče, je doporučováno založit „*Book of Life*“. Tato metoda umožňuje lepší adaptaci nemocného v novém neznámém prostředí mezi neznámými pečovateli. Má také stimulační vliv na kognitivní funkce a emoce. Kniha sestává ze dvou částí. V první je shrnut životopis nemocného včetně jeho zvyků, víry, zálib, chutí. Obsahuje jednoduché genealogické schéma, obrázky rodiny, data narození, znamení zvěrokruhu, v němž se pacient narodil, jeho úroveň vzdělání, dřívější povolání, sporty, které má rád. Vhodné je vložit mapku bydliště, obrázky z domova, obrázky oblíbených domácích mazlíčků, seznam oblíbených pokrmů, oblíbené hudby. Druhá část je tvořena v průběhu pobytu a zachycuje podstatné údaje k péči (jak komunikovat, jak organizovat denní program, oblíbené a neoblíbené aktivity, úroveň kognitivních funkcí, zachovalé dovednosti). Na tvorbě knihy se podílí pečovatelé, rodinní příslušníci a pochopitelně i sám pacient. Je to významný nástroj k dobré komunikaci s rodinou, pomáhá

profesionálním pečovatelům v orientaci v životě nemocného a také pomáhá k podpoře jeho emocí. Je dobrým pomocníkem proti zapomínání, pomáhá vyplnit denní program. Seznámit se podrobně s biografií nemocného a jeho rodiny pomáhá změnit vztah pečovatel a pacient na partnerský vztah. „Book of life“ je vhodný způsob, jak volně a nenásilně stimulovat starého člověka (TACT, 2013).

Při institucionální péči jsou dále doporučovány aktivity, jako je například vaření. Je vhodné, pokud pacienti používají nádobí donesené z domova, pracují s kořením, které dříve rádi používali. Významným prvkem je pak společná konzumace připraveného pokrmu – nemocní, pečovatelé a rodinní příslušníci. Oblíbenými aktivitami se mohou stát diskuzní kluby, a pokud je to možné, také venkovní aktivity.

Všemi našimi přístupy se snažíme docílit toho, že pacienty těší námi zvolené nastavené každodenní aktivity. Při jejich organizaci podporujeme jejich pravidelnost a strukturovanost. Každý nemocný by měl mít svůj individuální plán, který mu přináší potěšení a uspokojení. Plán je třeba revidovat a upravovat. Pacientům ukládáme jasné přesné jednoduché úkoly pro situaci tady a teď (VOLICER, 2012).

9.4 Užívání omezovacích prostředků

Velmi diskutovanou problematikou je užívání omezovacích prostředků u lidí s demencí, u kterých se objevují poruchy chování ztěžující péči a ohrožující pacienta. Při použití omezovacích prostředků je třeba vycházet ze současné legislativy a z doporučení vyplývajících z Madridského plánu.

Omezovací prostředky je možné používat tam, kde je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta. Je to krajní řešení, kdy ostatní možnosti byly vyčerpány. Vždy je třeba zcela přesně uvést důvod použití a tím v žádném případě nesmí být usnadnění péče či pouhý neklid pacienta a vždy je třeba pátrat po příčinách problémového chování. Přínos tohoto opatření musí být vyšší než jeho možné riziko. Pokud je to možné, rozhodnutí k použití by mělo být multidisciplinární s pokusem vysvětlit pacientovi, co se děje, proč a jak dlouho bude toto opatření trvat a kdo na něho bude dohlížet, na koho se může obracet. Je nemyslitelné, aby pacient zůstal bez dozoru. Omezovací prostředky použijeme na nezbytně nutnou dobu, po kterou zajišťujeme potřeby nemocného a vše řádně dokumentujeme.

Při **mechanickém omezení** používáme speciální nábytek, oblečení či další pomůcky, které mohou omezit pohyb v prostoru: může jít například o zvláštní židle se zvedacími podnožkami, kurty a pásy, rukavice, postranice. Pozornost je třeba věnovat prostředí, přiměřené teplotě, úrovni hluku, osvětlení, počtu přítomných. Při **fyzickém omezení** pomocí rukou zabraňujeme, aby pacient učinil pohyb, který by jej mohl ohrozit.

Zamykání dveří provádíme v zájmu bezpečí pacientů tam, kde zůstávají ve společných prostorách, kde probíhá péče a kam mají přístup také jejich rodinní příslušníci a další pečující.

V indikovaných případech lze užívat **elektronické dohlížecí systémy a pasivní alarmy**. **Dohled prostřednictvím kamerového systému** lze užít ve společných prostorách a chodbách.

Tento systém by měl být používán jen v případě, pokud s tím souhlasí pacienti či jejich rodinní pečující. Jedná se o opatření, které je vstupem a zásahem do soukromí pacienta.

Omezujícím prostředkem může být také **medikace** - užívání léků pro pouhé zmírnění neklidu či poruch chování (tedy nikoli pro léčení příčin této poruchy), a to zejména z toho

důvodu, že chování pacienta obtěžuje ostatní či způsobuje větší nároky na pečující. Diskutabilní je podávání léků per os ve stravě pacientů, tedy bez jejich vědomí. Velmi těžko identifikovatelné je **psychologické omezování** - používání verbálních a nonverbálních pokynů, příkazů a zákazů omezujících pohyb a jednání pacientů s demencí (HOLMEROVÁ, 2007c).

10 Inkontinence moče

Močová inkontinence se stává ve stáří častým klinickým symptomem, který výrazně zhoršuje kvalitu života seniorů, může vést k závažným zdravotním komplikacím (dekubity, dermatitidy, uroinfekce), často je spojena také s nesoběstačností, s vyšším výskytem pádů a úrazů (TOPINKOVÁ, 2005).

Literatura:

HOLMEROVÁ, I., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0179-8.

KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KRHUT, J., 2013. Inkontinence a rizikové faktory. In: *Inkontinence v ČR 2013* [online] [vid. 01-06-2014].

Dostupné z:

http://www.incoforum.cz/wpcontent/uploads/2013/07/Brozura_CZ_FINAL.pdf

MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, H., 2009. *Akutní stavy v geriatrici*. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-620-5.

TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

10.1 Definice a klasifikace inkontinence

Při vstupním a orientačním zhodnocení celkového stavu seniora v ošetrovatelské péči pátráme vždy po problémech s inkontinencí moče. Ta je stále ještě tabuizována a nemocní nemají tendenci sami se svěřovat. Mnoho lidí se za tuto poruchu stydí, neboť se domnívají, že je projevem jejich stárnutí. To však nemusí být pravda, v mnoha případech po podání antibiotik a po vyléčení infekce močových cest nebo po cvičení k posílení svalů pánevního dna a těch, které ovládají močení, obtíže ustanou. Proto je třeba vždy aktivní získávání informací doplněné pozorováním (absorpční pomůcky, zápach, potřísněný oděv).

Inkontinence moče je definována (dle International Continence Society ICS – Mezinárodní společnost pro kontinenci) jako „stížnost na jakýkoli vůlí neovladatelný únik moče“ resp. jako „stav jakéhokoli úniku moče“. Představuje významný zdravotně psychologický a sociálně hygienický problém. Podle Světové zdravotnické organizace jí trpí 5-8 % světové populace (KALVACH, 2011).

S přibývajícím věkem se incidence zvyšuje. Vyskytuje se přibližně u 20 % mužů a dokonce až 40 % žen starších 65 let. Primární depistáž pacientů s poruchami držení moči začíná v ambulancích gynekologů, urologů, ale především praktických lékařů. Je prokázáno, že doba od objevení se prvních příznaků inkontinence do zahájení adekvátní diagnostiky a léčby je průměrně tři roky (HOLMEROVÁ, 2007).

Rozdělení uretrální inkontinence moče mimo demence (jednotlivé typy inkontinence se mohou kombinovat):

- stresová inkontinence,
- urgentní (nutkavá) inkontinence,
- reflexní inkontinence,

- paradoxní inkontinence (při přeplnění močového měchýře).

Stresová inkontinence

K inkontinenci dojde zvýšením tlaku na močový měchýř při zakašlání, smrkání, smíchu, zvednutí těžkého předmětu nebo při náhlém, rychlém či silném pohybu. Zpočátku mohou být úniky moče ojedinělé s nepatrným množstvím uniklé moči. Postupně, jak se stále více močová trubice uvolňuje ze své původní polohy anebo více ochabuje svěrač močové trubice, jsou úniky častější a s větším množstvím uniklé moče. Již nestačí jen měnit prádlo, je nutné nosit vložky. Pacient omezuje pitný režim, a jak narůstají obtíže, začne omezovat i své aktivity.

Klasifikace stresové močové inkontinence podle Inglemanna-Sundberga:

1. stupeň: moč uniká po kapkách při kašli, smíchu, kýchnutí, zvedání těžkých břemen, k úniku dochází intermitentně, při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku.
 2. stupeň: moč uniká při podstatně mírnějším zvýšení intraabdominálního tlaku (běh, chůze, fyzická práce).
 3. stupeň: moč uniká při minimálním vzestupu intraabdominálního tlaku (hlubší dýchání), uniká i při pomalé chůzi či stojí prakticky permanentně (KALVACH, 2011).
- Množství uniklé moči je doporučeno zjišťovat vážením vložek.

Urgentní (nutkavá) inkontinence

Náhlé intenzivní nucení na močení, následované únikem moče. Pacient se obává, že se na toaletu nedostane včas, že tzv. nedoběhne. Několikrát za noc ho probudí nutkavá potřeba se vymočit.

Reflexní inkontinence

Nechtěný únik moče z uretry zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením na močení. Příčinou mohou být především míšní léze. Při poškození CNS pacient ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu, ten probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v míše. Někdy se mohou dostavit varovné vegetativní příznaky (pocení).

Paradoxní inkontinence při přeplnění močového měchýře

Močový měchýř je trvale naplněn (pro neschopnost močit nebo pro překážku v odtoku moči) a moč odkapává (jedná se o tzv. inkontinenci z přeplnění).

Hyperaktivní měchýř

V poslední době je pozornost věnována hyperaktivnímu měchýři (overactive bladder, OAB). Ten je definován:

- výskytem urgencye,
- vysokým počtem močení přes den (více než 8x), které pacienta obtěžují,
- nykturií (1-2x za noc).

OAB může mít suchou i mokrou formu. Syndrom OAB je léčitelný, ale je třeba jej odlišit od jiných chorob s podobnými příznaky. Pro léčbu symptomů OAB jsou primárně indikována antimuskarinika, která mohou být doplněna behaviorální léčbou (návlek močení s prodlužujícím se intervalem, mikční deník).

10.2 Příčiny inkontinence

Močová inkontinence u seniorů má řadu příčin – nadměrně nebo naopak příliš málo dráždivý močový měchýř, překážku v odtoku moče, infekci, vedlejší účinek užívání léků a podobně. Inkontinence může být i průvodním příznakem vážnější nemoci, nádorového onemocnění, diabetu, mozkové příhody, Parkinsonovy nemoci nebo roztroušené sklerózy. U mužů se takto může ohlásit zvětšení prostaty nebo jiná její porucha. V každém případě by o inkontinenci měl být informován lékař (HOLMEROVÁ, s. 120, 2007).

Ke vzniku inkontinence přispívají i prokázané rizikové faktory:

- Pohlaví: ženy jsou stresovou inkontinencí postiženy 2–3x častěji než muži. Tento rozdíl je patrný zvláště ve věkové kategorii pod 60 let, kdy je prevalence stresové inkontinence u mužů velice nízká.
- Věk: s věkem narůstá prevalence inkontinence i její závažnost. Nárůst však není lineární. Recentní práce demonstrují nárůst prevalence mezi 40. - 60. rokem s další akcelerací u pacientek starších 65–70 let. Typ inkontinence se rovněž mění s věkem. Řada odborných prací dokladuje vyšší prevalenci stresové inkontinence u mladších žen, zatímco urgentní typ lze pozorovat u vyšších věkových kategorií.
- Rasa: jsou popisovány mezirasové rozdíly, co se týče jednotlivých forem dysfunkce pánevního dna. Dosud však není jasné, zda jsou rozdíly podmíněny genetickými či sociálně-kulturními rozdíly, nebo spolupůsobením i jiných vlivů.
- Parita: relativní riziko vzniku inkontinence u multipary je 2–4x vyšší ve srovnání s nuliparou. Porod císařským řezem zvyšuje riziko minimálně nebo vůbec, vliv hmotnosti plodu > 4 000 g může představovat riziko vzniku inkontinence. Ženy, u kterých se v průběhu těhotenství objevila dočasně inkontinence stresového typu, mají vyšší riziko, že se u nich v případě proběhlého vaginálního porodu inkontinence znovu objeví v pozdějším věku.
- Obezita: představuje významný nezávislý rizikový faktor pro všechny typy inkontinence. U žen s nadváhou dochází k soustavnému navyšování intraabdominálního tlaku s následným překonáním kontinentních mechanismů.
- Kouření: řada prací potvrdila nikotinismus jako nezávislý rizikový faktor pro stresovou a smíšenou inkontinenci (KRHUT, 2013, s. 7).

Rizikové faktory s nejasným vztahem ke vzniku inkontinence:

- recidivující infekce močových cest,
- omezení pohyblivosti, kognitivní poruchy,
- gynekologické operace, komplikovaný vaginální porod (klešťový porod, prodloužená druhá doba),
- rodinná anamnéza močové inkontinence (KRHUT, 2013, s. 7).

10.3 Inkontinence u demence

Inkontinence je jedním z projevů demence, u některých pacientů se vyskytuje relativně brzy, u jiných nastupuje až v pokročilém stádiu. I u demenčních pacientů je však nezbytné pátrat po příčině. Často nemocný potřebu mikce nesprávně vyhodnotí, často zapomene, nenajde záchod, nedokáže se svléci, splete si místo mikce a podobně. Je proto důležité mít na vědomí, že inkontinence je u pacientů s demencí skutečně specifickým problémem. Její příčinou je podstata choroby, tedy porucha kognitivních funkcí a nastupující poruchy chování. „Cílem správné ošetrovatelské péče o pacienty postižené demencí je udržet pacienta kontinentním. Pomáhá k tomu právě správný léčebný režim včetně režimu mikčního, který je jeho integrální součástí. Je třeba, aby se vždy přibližně v 2hodinových

intervalech, ale i častěji, mohl pacient vymočit. Tento režim minimalizuje spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci (které jsou sice pro tyto pacienty nesmírně důležité, ale představují pouze jakousi pojistku)“ (HOLMEROVÁ, 2007, s. 122).

10.4 Diagnostika močové inkontinence a její nedostatky

Anamnéza

Vstupní rozhovor se týká typu a závažnosti močové dysfunkce, prodělaných infekcí močového systému, všeobecné anamnézy, gynekologické anamnézy s porody - jejich vedením a porodní hmotností dětí, operacemi. Je třeba vědět o současné medikaci, předchozí léčbě inkontinence, pracovním zařazení i rodinném a sexuálním životě. Pátráme po polakisurii, nykturii, hematurii, dysurii, paradoxní ischurii. Při dotazování pomůžou i speciální dotazníky (např. Gaudenzův). Dotazníky kvality života jsou u nás zatím málo používány, chybí dokonalé překlady dobrých a jednoduchých dotazníků. Jejich použití je však trendem, který nabývá ve světě na vážnosti, vyhodnocení umožňuje komplexní náhled na potíže inkontinentních pacientů.

Klinická vyšetření

Gynekologické vyšetření

U inkontinentních žen je indikováno gynekologické vyšetření. Aspekty sledujeme specifické příznaky a patologické stavy charakteristické pro inkontinentní pacientku - macerace kůže rodidel, fluor, zápach atp. V zrcadlech hodnotíme orientačně stav hormonální saturace sliznic. Pečlivě posuzujeme defekty závěsu pochvy a dělohy v klidu a při zátěži, resp. při zatlačení. Přítomnost moči v pochvě nás musí vést k podezření z vezikovaginální píštěle. Při palpačním vyšetření posuzujeme velikost a uložení dělohy, její pohyblivost, palpační citlivost (cervicitida může být příčinou urgentní inkontinence). Oblast uretrovezikálního spojení vyšetřujeme palpačně v klidu a při zatlačení a sledujeme její mobilitu. Neměli bychom opomenout vyšetření per rektum, s jehož pomocí můžeme posoudit míru poškození závěsu zadní poševní stěny, eventuálně posoudit poškození svěrače.

Jednoduché testy:

- Stres - test: při náplni močového měchýře kolem 200 ml vyzveme pacientku, aby se rozkročila, nohy mírně pokrčila v kolenou (postoj vede k vyřazení účinku pánevního svalstva) a zakašlala. Pozitivní je test v případě úniku moči.
- Mikční deník: pacient si do předtištěného formuláře zaznamenává mikční režim včetně epizod nutkání a inkontinence. Je to jednoduchý a neinvazivní způsob vyšetření. Doba záznamu je 24 hodin, je třeba zaznamenávat i objem vymočené tekutiny. Hodnotíme nejen počet mikcí a objem vymočené moče, ale i rozložení četnosti během dne a noci. Lze sledovat i četnost nutkavých pocitů. Lékař získává přehled o zvyklostech pacientky a mikční deník dobře objektivizuje stížnosti pacientky. Pacientku je nutné poučit o způsobu vyplnění deníku.
- Test vážení vložek (pad-weight test, PW test): principem je vážení vložek za určité časové období. Zvýšení hmotnosti nás informuje o stupni závažnosti inkontinence. K rutinnímu použití se hodí jednoduhodínový PW test. Před ním pacientka nemočí, poté provádí hodinu předem určenou pohybovou aktivitu. Před a po uplynutí doby jsou převáženy vložky, které použila.

U inkontinentních pacientek je základem chemické bakteriologické vyšetření moči a vyšetření močového sedimentu. Znalost bakteriálního prostředí rodidel by neměla být výjimkou, vzhledem k častému zdroji infekce právě v poševním prostředí.

Urodynamická vyšetření

Jde o speciální vyšetření prováděná zpravidla na urologii: cystometrie, profilometrie, uroflowmetrie, techniky „leak-point-pressure“, elektromyografie (EMG).

Přes zdánlivou jednoduchost diagnostiky se však v praxi setkáváme s řadou nedostatků. Problémem je, že mnohdy není diagnóza inkontinence vůbec zaznamenána do dokumentace a pokud ano, často chybí záznam o typu a charakteru, přitom bez přesné diagnostiky nelze zahájit účinnou terapii (TOPINKOVÁ, 2005).

10.5 Doporučené postupy při inkontinenci seniorů

Prvořadým cílem je zachování renální funkce, zajistit kontinenci, zabránit urologickým komplikacím a uroinfekci, ale také zajistit sociální flexibilitu, vyloučit technické problémy a dodržet přiměřenost finančních nákladů (KALVACH, 2011).

Léčba inkontinence může být farmakologická, operační, reflexní, stimulační, protetická, režimová, injekční (aplikací např. kolagenu, silikonu pod sliznici močové trubice), intermitentní katetrizací. Z ošetřovatelského hlediska je třeba určit typ inkontinence, její povahu a prognózu, také prognózu základního onemocnění, schopnost nemocného o sebe pečovat, spolupráci s rodinou. Poté je pacient vybaven pomůckami, u kterých je nutné sledovat:

- zda brání komplikacím (maceraci pokožky, dekubitům, infekci),
- zda zlepšují kvalitu života nemocného,
- zda posilují důstojnost a sociální aktivity nemocného,
- zda usnadňují péči o takového nemocného,
- zda jsou finančně dosažitelné.

Je třeba si uvědomit, že používání inkontinentních pomůcek není terapeutický postup, ale jen symptomatické řešení, které významně ovlivňuje kvalitu života i pocit bezpečí. Proto by pomůcky neměly být předepsány bez předchozího vyšetření pacienta se stanovením diagnózy event. prognózy.

Pomůcky dělíme na absorpční (savé), sběrné a obstrukční (penilní svorka pro muže). Absorpční pomůcky jednorázové zahrnují vložky, vložkové pleny, plenkové kalhotky (s lepitkem či natahovací) a různé velikosti a kvality podložek, fixační kalhotky. Optimální doba použití jednorázové pomůcky jsou 4 hodiny, maximálně až 8 hodin. Při výměně vždy necháme pokožku odvětrat, omyjeme ji, očistíme a usušíme. Existuje celá řada vhodných prostředků, kterými pokožku chráníme (Menalind – pěna, pasta, krém). Upozorňujeme však, že není možné pouze vrstvit tyto prostředky, ideální je, když pokožku můžeme osprchovat, opláchnout vodou. Při výměně pomůcky nikdy nezapomeneme zhodnotit stav pokožky a genitálu. V praxi se setkáváme také s použitím více pomůcek najednou – zavedený močový katétr, plenkové kalhotky a jednorázová podložka. Jde o poměrně velkou finanční zátěž, která nepřináší efekt ani pacientovi ani pečujícím. Systém, jaký bude u pacienta používán, je vždy třeba pečlivě zvážit.

„Absorpční pomůcky jsou odlišeny barevně podle jejich savosti (absorpční kapacita po dobu 4 hodin). Podle barevného označení:

- žlutá – lehká inkontinence (100 ml) moče,
- zelená – střední inkontinence (100-200 ml), označení plus,

- světle modrá – těžká inkontinence (200-300 ml), označení extra,
- tmavě modrá, fialová – velmi těžká inkontinence (300 ml a více), označení super, vhodné i při současné inkontinenci stolice“ (KALVACH, 2011, s. 350).

Dlouhodobě ležícím pacientům lze nabídnout i další jednorázové pomůcky – prostěradla, podložky, povlaky na přikrývky apod. Velikosti pomůcek jsou zpravidla označeny small, medium a large.

Úhrada pomůcek pro inkontinentní pacienty v domácí péči či sociálním zařízení z prostředků všeobecného zdravotního pojištění se řídí Číselníkem VZP ČR (aktuální verzí). Vzájemná kombinace savých a sběrných pomůcek je omezena (nelze současně v 1 měsíci obojí).

Velmi diskutabilní je používání permanentních močových katétrů (PMK). Jeho zavedení vede k rozšíření močové trubice, poruše svěračů, ochabnutí stěny močového měchýře a vyhasnutí jeho vyprazdňovací funkce. PMK má své indikace u pacientů v bezvědomí, u pacientů s retencí moči a při rozsáhlejších dekubitech. Pokud jeho zavedení je nezbytné, pak vždy na nejkratší nutnou dobu a před jeho odstraněním je nezbytné pacienta postupně připravit na spontánní močení. Nejprve katétr uzavíráme a poté intermitentně vypouštíme. Po odstranění podkládáme pod pacienta podložní mísu v pravidelných intervalech, v lepším případě jej posazujeme na toaletní židli. V mezidobí vkládáme jednorázové podložky, plenkové kalhotky, anebo síťované kalhotky s vložkou. PMK vyžaduje pečlivou péči i o celý svodný systém, jehož součástí je i močový sáček (s výpustí nebo bez ní). Celý systém také může být uzavřený s filtrem, u něhož není třeba rozpojování.

10.6 Infekce močového ústrojí u seniorů

Infekce močového ústrojí seniorů tvoří 40-45 % nozokomiálních infekcí a téměř vždy je spojena s předchozím instrumentálním výkonem na močových cestách. Původce jsou nejčastěji mikroorganismy z periuretrální oblasti, perinea nebo trávícího ústrojí. Významným zdrojem infekce je personál při provádění proplachů permanentních močových katétrů či při vyprazdňování sběrných močových sáčků. Bakteriurii lze očekávat u každého nemocného s dobou katetrizace delší pěti dnů.

Mezi zásadní preventivní opatření nozokomiální močové infekce patří tyto zásady:

- zavádět katetry jen tehdy, když je to nezbytně nutné, rozhodně ne pouze pro usnadnění práce personálu!
- používat uzavřené systémy,
- používat aseptické postupy vždy při manipulaci v močovém ústrojí,
- rozpojování drenáží provádět co nejméně a vždy za aseptických podmínek,
- odstranit katétr ihned, jakmile to klinický stav pacienta dovolí.

Dosud používané proplachy katétru jednoznačně zvyšují riziko infekce.

Léčba močových infekcí se opírá o kultivační nález – nejčastěji nalezeným původcem je *E. coli*, nozokomiální G- baktérie (*Pseudomonas aeruginosa*, rod *Klebsiella*, rod *Proteus*), enterokoky a rod *Candida*. Původce aktuálního akutního problému může být patogen odlišný od flóry osidlující biofilm dlouhodobě zavedeného katétru. Proto je vhodné před odběrem vzorku na kultivaci provést výměnu katétru. Dalším problémem může být více původců infekce. Často při vzplanutí infekce automaticky přičítáme příčinu zavedenému katétru, ale může jít o zcela jiné ohnisko v organismu (MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, 2009).

10.7 Ošetrovatelská péče při prevenci infekce močových cest v souvislosti se zavedením PMK

Výzkumy ukazují, že 15-30 % mužů a 25-50 % žen v domovech pro seniory mají bakteriurii (symptomatickou i nesymptomatickou). U diabetiků je výskyt asymptomatické bakteriurie až pětikrát častější (TOPINKOVÁ, 2005).

Infekce močových cest představují v nemocnicích akutní péče podstatný prognostický faktor z hlediska sepse.

I u suprapubických katétrů dochází po delší době nevyhnutelně k bakteriurii.

V ošetrovatelské péči platí stále dvě nejdůležitější zásady při zavedení permanentního katétru:

1. Udržovat bezpodmínečně katetrizační systém stále uzavřený, aby se co nejdéle oddálil nástup bakteriurie.
2. Katétr co nejdříve odstranit. Významnou prevencí je odstranění katétru před vznikem bakteriurie, je-li to možné. Pochopitelně nejlepší prevence je nezavádět katétr vůbec.

Doporučení k péči o zavedený PMK:

- Vždy zavádět pouze jen u indikovaných pacientů.
- Silikonové katétry minimalizují zanášení.
- Upřednostňovat uzavřené systémy.
- Denně provádět hygienu meatusní oblasti.
- Při uzavírání katétru předcházet sekundárnímu poškození ledvin.
- Pokoušet se o odvykání katetrizace, provádět pokusy o vyprázdnění.

V prevenci močové infekce je zcela zásadní:

- Striktní indikace k zavedení PMK a včasné odstranění.
- Zavést suprapubický odvod moči při očekávané katetrizaci delší než 5 dnů.
- Při delším zavedení upřednostňovat plně silikonové katétry.
- Před zavedením katétru dezinfikovat ruce a používat sterilní rukavice (obě).
- Před a po každé manipulaci se soupravou dezinfikovat ruce.
- Před zavedením katétru řádně omýt genitál (sprcha, oplach) vodou a nedráždivým mýdlem. Dezinfikovat jen prostředky k tomuto účelu určenými! Nikdy nepoužívat dezinfekci určenou k použití na kůži!
- Neprovádět rutinní antiseptické výplachy močového měchýře. Pokud je výplach indikován, vždy používat sterilní roztoky. Zásadní nedbalostí je použití nesterilní „Žanetky“ a vody z kohoutku!!!
- Neprovádět rutinní výměnu katétrů ve fixních intervalech.

Indikace pro zavedení PMK:

- Odvod moči bezprostředně před a po delším chirurgickém zákroku v celkové nebo spinální anestézii.
- Při monitorování vylučování moči (JIP). Pokud je třeba stanovit přesné množství moči a pacient toto jinak nezvládá.
- Při indikovaném kontinuálním výplachu močového měchýře (např. k zabránění hromadění intravezikální krve).
- Při kongenitálních či získaných anomáliích močových cest.
- Při retenci moče. Nutno zjistit příčinu.
- Při otevřených sakrálních a perineálních defektech (např. dekubitů).
- Na přání pacienta v terminálním stadiu.

10.8 Komunikace s inkontinentním pacientem

Inkontinence způsobuje pacientům nejen zdravotní a hygienické obtíže, ale také sociální a psychické problémy. Mnohdy jde o velkou psychickou zátěž, proto komunikace s inkontinentním pacientem je podstatným bodem celkové poskytované ošetrovatelské péče. Základem je důvěra mezi pacientem a zdravotníkem, pak je pro pacienta snazší se se svými obtížemi svěřit. Ze strany zdravotníků je vždy vyžadován individuální přístup nikoli běžná rutina. Je třeba si uvědomit, že podstatný podíl v komunikaci patří řeči těla tedy neverbální komunikaci. Základem péče je ohleduplnost a pochopení situace pacienta. Hrubou chybou zdravotníků je zesilování pocitu studu a hanby, kterými mnozí z inkontinentních pacientů trpí. V praxi se můžeme setkat s hubováním a výčitkami ze strany personálu, také se zesměšňováním a zlehčováním situace. Při přebalování respektive při výměně absorpčních pomůcek, což je mnohem přijatelnější termín, je vhodné navodit nějaké jiné téma pro konverzaci a v něm pokračovat i po dokončení výkonu.

Sestra při zjišťování anamnézy musí vždy zjistit přítomnost inkontinence, její typ a stupeň, způsob řešení, míru soběstačnosti a psychický stav pacienta. Vše je třeba zaznamenat do dokumentace.

Za největší chybu, i když zcela běžně praktikovanou za účelem ulehčení péče o ležícího či špatně pohyblivého pacienta, považujeme rituální použití plen u kontinentních pacientů. Těm je pak v případě nucení na moč doporučeno vykonání potřeby do plen. Jde o ponižující postup, který nemá místo v ošetrovatelské praxi!

11 Hlavní rizikové faktory onemocnění a nesoběstačnosti ve stáří

Mnoho odvětví medicíny zaznamenalo významný pokrok v léčbě chorob, které podstatně zkracovaly délku lidského života. Za posledních 15 let došlo k prodloužení střední délky života v našich zemích asi o 6 let a mnozí senioři se dožívají vyššího věku ve velmi dobré tělesné i duševní kondici. Průměrná očekávaná délka života je nyní 18 let v 65 letech, 11 let v 75 letech, 6 let v 85 letech, 4 roky v 90 letech a 2 roky u stoletých. Ve věku nad 85 let je stále třetina seniorů relativně zdravých a pouze 20 % je odkázáno na péči druhé osoby (HOLMEROVÁ, 2007).

Literatura:

- HOLMEROVÁ, I., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ., 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, H., 2009. *Akutní stavy v geriatrici*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.
- SLÁMA, O., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
- TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

11.1 Specifické rysy nemocnosti seniorů

S věkem přibývají chronické degenerativní nemoci jako je osteoporóza, osteoartróza, kardiovaskulární choroby, cerebrovaskulární postižení a demence. Topinková (2005, s. 8-9) uvádí, že 90 % osob nad 75 let trpí jednou, či více chronickými nemocemi. Časté je sdružování nemocí a to bez vzájemné příčiny, nebo jedna nemoc zapříčiní další. Například zlomenina krčku femuru zapříčiní imobilizaci s následným vznikem dekubitů, svalových kontraktur, zánětu močových cest, flebotrombózy a dalších komplikací. Stejná autorka také popisuje klinický obraz a průběh nemoci u seniorů, který zahrnuje mikrosymptomatologii až asymptomatologii, nespecifické příznaky (nechutenství, únava), symptomy druhotného postižení, řetězení příznaků, atypické lékové reakce, prudké zhoršení stavu, vysoký invalidizující potenciál nemocí, který vede k nesoběstačnosti (TOPINKOVÁ, 2005).

Již několikadenní klid na lůžku zvětšuje u geronta křehkost kostí, vede k atrofii svalů, ke slábnutí reflexů regulujících krevní tlak – nehledě k tomu, že nucená nehybnost může pacienta zúzkostnit a rozesmutnit (HOLMEROVÁ, 2007).

Významné změny u seniorů:

- Šedesátíkovy bicepsy mají poloviční sílu než dvacátníka.
- Poloviční je vitální kapacita plic.
- Ubývá funkčních tkání – ty nahrazeny vazivem.
- Zuby pokud slouží pak jen z „dobré vůle“.
- Oči jsou přecitlivělé ke světlu.
- Zhoršení zraku až slepota.
- Častá je nedoslýchavost, zejména klesá citlivost pro vysoké tóny.
- Snižuje se látková výměna – hrozí obezita, pozor na šetrnost (finance) při omezování!! Hrozí kvalitativní podvýživa.
- Přibývají (po padesátce) srdeční choroby, chronický zánět kloubů, vysoký krevní tlak, nemoci páteře a dolních končetin, nohou.
- Po sedmdesátce je častá polymorbidita – současný výskyt více než jedné chronické choroby.
- Častou příčinou nemoci či smrti ve stáří je PÁD či úraz (HOLMEROVÁ, 2007).

Stejně tak jako je zdraví výsledkem působení mnoha vlivů, tak i nemoc je zapříčiněna mnoha faktory, které se vzájemně ovlivňují. Ke stejné nemoci mohou jedinci dospět různými cestami, stejně tak jako mohou různými cestami dospět ke srovnatelnému zdravotnímu stavu. V této souvislosti je třeba zmínit **salutogenezi**, jejímž hlavním představitelem byl Aaron Antonovsky a která se zabývá studiem individuálních zdrojů zdraví. Je zde popisován význam celkového holistického postoje k životu – smysl pro integritu, v němž se uplatňují tři základní aspekty zdroje zdravotní síly:

- smysluplnost,
- vidění zvládnutelnosti úkolů,
- schopnost chápat dění.

Specifika chorob ve stáří:

1. Polymorbidita – souběžná přítomnost více onemocnění.
2. Vztah a podmíněnost zdravotní a sociální situace.
3. Zvláštnosti klinického obrazu – atypický průběh – mikrosymptomatologie, mono nebo oligosymptomatologie (ne všechny příznaky jsou patrné), vzdálené příznaky – v popředí jsou symptomy, které odpovídají jinému orgánu, sklon k chronicitě, sklon ke komplikacím.

Faktory ovlivňující dlouhověkost:

1. Genetika,
2. dobré společenské postavení a „bohatství“,
3. vysoká inteligence a dobré vzdělání,
4. ženské pohlaví,
5. aktivita, činnost,
6. racionální životospráva,
7. současná medicína a technika (HOLMEROVÁ, 2007).

11.2 Specifika akutní péče u seniorů

Z hlediska akutní medicíny je třeba akceptovat, že i emergentní situace či choroby a stavy vyžadující intenzivní péči mají u nemocných ve věku nad 80 let šanci na uspokojivý výsledek. Specifika chorob starších nemocných ve vztahu k akutní medicíně:

1. Příznakové soubory se manifestují obvykle atypicky. Příznaků je méně (oligosymptomatologie), z celého souboru příznaků se často projeví jen jeden (monosymptomatologie). Obzvláště zavádějící může být přenos zátěže na nejkřehčí orgány (mozek, srdce, muskuloskeletální či urogenitální trakt – příznakové soubory potom mohou být velmi podobné i u různých typů základních chorob (zmatenost, kardiální selhávání, závratě, pády, deprese, synkopy).
2. Vzhledem ke snížené funkční rezervě dochází k manifestaci příznaků chorob dříve než u mladších jedinců (ale v atypické podobě).
3. Mnohé klinické a laboratorní nálezy, které u mladších nemocných znamenají již patologický stav, jsou u starších nemocných běžné – bakteriurie, častější výskyt extrasystol, porušená glukózová tolerance.
4. Výskyt některých příznakových souborů může být podmíněn více chorobami a léčba pouze jedné z nich nevede k podstatnému zlepšení stavu seniora.
5. Efektivita terapie mnohých chorob i preventivních opatření může být vlivem zamezení řetězení chorob a přetnutí patologických spirál dokonce vyšší u starších nemocných než u mladších.
6. Intenzivní péče u seniorů nejen léčebná, ale i ošetrovatelská může být tak náročná, že ji nelze bez újmy na kvalitě poskytovat v rámci standardních oddělení.
7. Medikace starších nemocných má také své zvláštnosti. U starších nemocných je 2-3x vyšší pravděpodobnost výskytu nežádoucích účinků – leckdy je jejich nástup rychlejší než sám terapeutický efekt. Eliminace léčiv je zpomalena (MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, 2009).

Etické hledisko intenzivní péče o starší nemocné zahrnuje 4 základní postuláty:

- Princip **beneficence** – prospěch nemocnému.
- Princip **non maleficence** – vždy nutná kalkulace profit versus riziko pro nemocného (také např. u diagnostických metod).
- Princip **autonomie** – při kognitivních poruchách či kvalitativních poruchách vědomí velmi problematické – stoupá zodpovědnost zdravotnického týmu.
- Princip **respektování zákona** – vztah k nemocnému, nemocného k okolí, často odhalíme např. při hospitalizaci závažné utajované skutečnosti – týrání, majetkové delikty (SLÁMA, 2011).

Specifické rysy resuscitace u starších pacientů:

- Čas hraje daleko významnější roli u starších pacientů než u mladších. Doba od zástavy oběhu do počátku rozvoje ireverzibilních změn mozku je u starších lidí 2 minuty.

- Technika je identická, ale např. komplikací je kalcifikace žebních úponů a jiné změny na skeletu.
- Věk je významným faktorem mortality a nepříznivého vývoje po úspěšně resuscitované oběhové zástavě. Riziko stoupá významněji u mužů než u žen.
- Výsledky porovnání efektu monofázické a bifázické defibrilace nemají statistickou rozdílnost, i když se v poslední době spíše upřednostňuje bifázický výboj (vyšší procento přežívajících, ale neurologický výsledný efekt se významně neliší).
- Z hlediska neurologického postižení i celkového přežití je doporučována klasická manuální zevní srdeční masáž oproti automatizovaným technikám zevní srdeční masáže.
- Včasnost zásahu při zástavě oběhu u starších nemocných má významně vyšší význam pro celkový výsledek celé epizody. Z tohoto pohledu se jeví jako nadějný systém zavádění poloautomatických externích defibrilátorů (AED) a systém „first responder“, kdy první osoba, která u nemocného zjistí stav podezřelý ze zástavy oběhu, zasahuje zapojením AED, a to i u hospitalizovaných nemocných. Tímto způsobem je možné docílit zkrácení intervalu od vzniku maligní arytmie po aplikaci výboje pod dvě minuty.
- U multimorbidních nemocných vyššího věku se stává problémem samotné rozhodnutí o zahájení neodkladné resuscitace. Zkušenosti z některých pracovišť ukazují, že otázka resuscitace je diskutována asi s třetinou geriatrických pacientů se zachovalým náhledem, diskuze bývá zaznamenána v dokumentaci a asi jen u třetiny pacientů, kteří rozhodnutí učinili, byla také informována rodina. Na druhé straně i starší nemocní s mnoha chorobami nahlížejí na kardiopulmonální resuscitaci až neadekvátně nadějně. Tato situace vyplývá z velmi chabých znalostí samotných nemocných i jejich rodinných příslušníků o vlastním provedení a možných výsledcích resuscitace. Je třeba tedy více diskutovat o reálných možnostech dosažitelných u konkrétních pacientů (MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, 2009).

11.3 Hlavní rizikové faktory ve stáří

Mezi rizikové faktory řady onemocnění s ohledem na znalost veškerých fyziologických změn ve stárnoucím organismu patří **stařecká křehkost, dehydratace, nadměrné užívání léků a nedostatečná výživa**. Jednou ze změn, které přicházejí s vyšším věkem, je změna složení těla, kdy dochází k přibývání tukové tkáně a vaziva a k úbytku svalové a kostní hmoty. Pokud úbytek přesáhne hranici normy, při úbytku tkáně kostní hovoříme o **osteopenii nebo osteoporóze**, pokud se jedná o úbytek tkáně svalové, jde o **sarkopenii**.

V literatuře se objevuje stále častěji pojem frailty (z angl.), syndrom křehkosti. Syndrom křehkosti představuje jednak úbytek svalové hmoty a následně i svalové síly, s tím souvisí snadná unavitelnost, slabost, hypokinéza, zpomalená a mnohdy nejistá chůze, zhoršená stabilita a v důsledku toho zvýšené riziko pádů. Lidé trpící křehkostí stáří mají zpravidla sníženou chuť k jídlu, ztrácejí tělesnou hmotnost a častěji než ostatní senioři stejného věku trpí depresí a zhoršením kognitivních funkcí. Lidé trpící syndromem křehkosti umírají dříve. Stařecká křehkost představuje rizikovost, která je dána již samotnými fyziologickými změnami funkce jednotlivých orgánů ve stáří a dále následnou dekondíci. Snížení svalové síly, pevnosti kostí, kloubní pohyblivosti, výkonnosti ostatních orgánů – např. kardiovaskulárního aparátu, funkce CNS, ohrožuje jedince zhoršením soběstačnosti, poruchou pohybové koordinace, pády, zlomeninami, poruchou homeostázy, celkovým zhoršením zdravotního stavu. Takový člověk je často rehospitalizován, představuje větší zátěž pro zdravotní a sociální systém. Člověk ve stáří je ohrožen stařeckou křehkostí, jejíž míra závisí na genetické predispozici, prevenci, pohybové aktivitě a psychické zdatnosti. Je tedy důležité sledovat rizikové faktory ve stáří a předcházet jim, včas je co nejvíce



eliminovat, tj. více dbát na preventivní programy a edukaci (HOLMEROVÁ, 2007), (TOPINKOVÁ, 2005).

11.3.1 Sarkopenie

Pod pojmem sarkopenie rozumíme progresivní redukci svalové hmoty a svalové síly, která postihuje zejména starší lidi, přichází často společně se ztrátou kostní hmoty a s osteoporózou a způsobuje značné procento dysability ve vyšším věku. V současné době se zkoumají mechanismy, které by mohly vést k sarkopenii například inaktivita, chronický zánět a celkové změny tělesného složení. Sarkopenie významně přispívá k morbiditě, mortalitě, zhoršení kvality života a rovněž ke zvyšování nákladů na zdravotní péči o seniory. Lidé, kteří trpí sarkopenií a přitom jsou obézní („fat frail“), mají významně horší prognózu. Sarkopenii je třeba považovat za významný problém veřejného zdravotnictví. Sarkopenie způsobuje nejen poruchu lokomoce, ale dochází také ke zhoršení funkce svalů dýchacích a těch, které jsou důležité pro polykání. V praxi se setkáváme s pacienty s atrofickým svalstvem, u nichž rehabilitace má jen malý či žádný efekt, kteří přijímají málo stravy, jedí obtížně, bez chuti, při jídle kašlou, aspirují. Jsou dlouhodobě odkázáni na ošetrovatelskou péči, a pokud jim není poskytnuta kvalitně a odborně, jejich stav se rychle zhoršuje. Nutnou podmínkou pro to, aby si člověk vytvořil a zachoval dostatečnou svalovou hmotu, je jednak správná a dostatečná výživa, jednak dostatečná pohybová aktivita. Svaly, které nejsou používány, postupně atrofují. Nicméně je třeba podotknout, že ani lidé, kteří se snaží udržovat svou kondici pravidelným cvičením, nejsou stoprocentně chráněni vůči sarkopenii. Proto je třeba se domnívat, že příčina sarkopenie je komplexní (HOLMEROVÁ, 2007).

Normální reakcí na prosté hladovění je spotřeba zásobního tuku, tvorba a také utilizace ketoláttek, které zabraňují katabolismu, tedy odbourávání svalové tkáně. Pokud je však organismus ve stresu způsobeném onemocněním či úrazem, zareaguje autokatabolickou reakcí. Dochází k mobilizaci nejen zásob energie uložené v tukové tkáni, ale také k využívání aminokyselin, elektrolytů, minerálů, stopových prvků a nukleotidů. V situaci stresu je důležité, že jsou tyto substráty k dispozici rychle. Proto pro další osud nemocného hraje nesmírně důležitou roli jednak celkový stav výživy, ale také hmotnost svalové hmoty při vzniku akutního onemocnění nebo během úrazu či chirurgického zákroku. Je tedy možné konstatovat, že každé akutní onemocnění, úraz, operace či další významný zdroj stresu, a to zejména pokud není zajištěna dostatečná nutriční podpora, představují významné riziko úbytku svalové hmoty a vzniku či zhoršení sarkopenie.

Přestože se sarkopenie považuje za reverzibilní situaci, její léčení je obtížné a kromě všeobecného uznání účinnosti rehabilitace a nutriční podpory neexistuje metoda pro její léčení. I akutní ztráta tělesné svaloviny, která může vzniknout během několika dní akutního onemocnění, se i za dokonalých podmínek (dokonalé výživy a rehabilitační péče) často upravuje až několik měsíců. Je tedy zřejmé, že neúčinnější strategií je prevence situací, které by mohly sarkopenii způsobit či zhoršit. Jedná se především o včasnou diagnózu a léčení onemocnění, a to zejména se stoupajícím věkem pacienta. Dále mají význam opatření vedoucí ke zvýšení svalové hmoty, a to zejména dostatek pohybu a správná, plnohodnotná výživa (HOLMEROVÁ, 2007).

11.3.2 Poruchy hydratace

Dehydratace je rizikovým faktorem determinujícím řadu onemocnění ve stáří, které jsou pro jedince vyššího věku limitující. Denní ztráty představují 2000–2500ml. Z tohoto množství

odchází 1000–1500ml močí, 500ml pokožkou, perspirací 400ml a stolicí 100ml. Při silném pocení a horečce se potřeba tekutin zvyšuje o 1000–1500ml. Znalost tohoto údaje je klíčovým momentem v péči o nemocné seniory. Průměrná denní potřeba u zdravého jedince činí 1500–2500ml, což stačí k udržení diurézy a náhradě ztrát vody perspirací a kůží. Na dehydrataci ve stáří se podílí faktory dané věkem, dále vlivy iatrogenní (též sororigénie) a psychologické. Příčinné důvody dané věkem spočívají většinou ve strachu z příjmu většího množství tekutin z obavy z inkontinence, především při omezení hybnosti.

Na další příčiny participují bohužel i lékaři a zdravotničtí pracovníci, protože nedostatečně kontrolují medikaci svých pacientů. Dochází tím k polypragmazonii a mnohdy i lékové intoxikaci, následným dyspeptickým obtížím a v důsledku toho i dehydrataci. Psychické příčiny mohou spočívat v pocitu nepotřebnosti, v polymorbiditě a sociální nejistotě vedoucí k depresivním náladám. Jedním z prvních příznaků může být nejen ztráta zájmu o okolí, rodinu, koníčky, ale i odmítání základních potřeb – příjmu tekutin, potravy. Je smutné, když tento stav bývá označen jak rodinou, tak mnohdy samotnými zdravotníky jako dekompenzace aterosklerózy. Rozpoznání primární příčiny zhoršení stavu pacienta je pak daleko složitější.

Existují tři typy dehydratace

Podle poměru jednotlivých součástí rozlišujeme tři typy dehydratace:

- hypertonickou, u které je ztráta vody větší než ztráta elektrolytů,
- izotonickou, kdy ztráta vody a elektrolytů odpovídá normálnímu poměru v extracelulární tekutině (ECT),
- hypotonickou – ztráta elektrolytů je větší než ztráta vody.

K **hypertonické dehydrataci** dochází při nedostatečném přísunu čisté vody bez ztrát Na⁺. Voda difunduje z intracelulárního prostoru do hypertonické extracelulární tekutiny, což je provázeno zvýšením sodíku v séru, kde je zvýšena i osmolalita. Tento stav může nastat při horečce, zvracení, průjmeh, onemocnění ledvin. Vídáme projevy slabosti, apatie, někdy neklidu, halucinace. V objektivním nálezu nacházíme oschlý jazyk, snížení kožního turgoru, laboratorně zvýšení osmolality v moči a v séru, Na⁺ a Cl⁻ + v moči, v séru a urey, hemoglobinu, hematokritu a totálního proteinu v séru. Terapie spočívá v podání nápojů chudých na elektrolyty, např. slabý čaj, stolní voda nebo infuze nízkoprocentních cukerných roztoků. Sledujeme tekutinovou bilanci, diurézu, systémový tlak krve, při těžších stavech při hospitalizaci měříme centrální žilní tlak.

U **izotonické dehydratace** dochází ke zmenšení objemu extracelulární tekutiny. K tomuto stavu dochází při zvracení, průjmeh, ztrátě tekutin do výpotků nebo píštěl, působením diuretické terapie dlouhodobě bez korekce dávkování a stavu kardiopulmonální kompenzace. U pacienta dochází k pocitu slabosti, tachykardii, poklesu systémového tlaku krve, poklesu kožního turgoru, tonu bulbů. Dochází ke kolapsu, rozvoji šokového stavu, poruše vědomí. Při hodnocení laboratorních výsledků zaznamenáváme nižší odpady minerálů – Na, Cl do moči, vzestup urey, hyperkalemii, hypernatremii, vzestup hemoglobinu, hematokritu, totálního proteinu. Podáváme dostatek tekutin, solí – slané polévky, ovocné šťávy, minerálky, izotonické roztoky NaCl. Při zvracení a průjmeh Ringerův nebo Hartmanův roztok.

Při převaze ztrát sodíku nad čistou vodou hovoříme o **hypotonické dehydrataci**. Nebezpečí této dehydratace vzniká při hrazení tekutin pitím čisté vody nebo infuzemi glukózy při současném nedostatečném přísunu sodíku. Rovněž může nastat při chronických renálních chorobách, osmotické diuréze, u diabetu mellitu, při poruše

centrálního nervového systému, velkých dávkách diuretik, laxativ a dlouhodobě neslané dietě. Projevy jsou téměř shodné s předchozími. Nastává pokles krevního tlaku, snížení kožního turgoru, bolesti hlavy, horečka, zmatenost, porucha vědomí až kóma. Laboratorně klesá osmolalita séra, dochází k hyponatrémii a dále dochází ke změnám obdobným jako v předchozích případech – tj. zvýšení hemoglobinu, hematokritu a totálního proteinu v séru. Terapeuticky dbáme na dostatečný přísun tekutin a solí. Doporučuje se pít málo a často. Parenterálně preferujeme podávání izotonických roztoků s pomalým vyrovnáváním osmolality a elektrolytů.

Důsledky hypohydratace a dehydratace se promítají v řadě onemocnění. Jestliže si uvědomíme, že v důsledku dehydratace dojde ke změnám hustoty tekutin a sekretů v těle, vyplývají z toho i poškození jednotlivých orgánů. Zahuštěním moči dochází k pomnožení bakterií, vypadávání různých nadbytečných elementů do moči. Dochází k infekci močových cest podpořené městnáním v močovém systému při hypertrofii prostaty u mužů a u žen poklesem dělohy. V důsledku déletrvajících hypohydratace stav vyústí v nefrolitiázu, tedy vznik ledvinových kamenů. Ke stejným změnám může dojít v oblasti žlučového systému, kde vzniká cholecystolitiáza (žlučové kameny v žlučníku) nebo choledocholitiáza (žlučové kameny ve žlučových cestách). V oblasti gastrointestinálního traktu je důsledkem chronická zácpa, tolik obtěžující seniory. Může přejít v subileózní až ileózní stavy (neprůchodnost střev), což končí zcela zbytečným operačním zákrokem. Dále se mohou vlivem lékové intoxikace objevit dyspeptické obtíže a stav hydratace se tím ještě více zhoršuje. Změny nevynechávají ani kardiovaskulární systém, kde mohou přispět ke vzniku infarktu myokardu či embolie. Zhoršením expektorace (vykašlávání) v důsledku zvýšené viskozity bronchiální sekrece při infektech horních cest dýchacích může dojít snadno k bronchopneumonii (záněť plic). Dehydratace neprospívá ani oblasti centrálního nervového systému, kde dochází především v letních měsících k tranzitorním ischemickým atakám nebo vzniku náhlých cévních mozkových příhod. Hypohydratace v předoperačním i pooperačním období může mít velmi nepříznivý vliv na průběh rekonvalescence, a tím i na větší zatížení následné péče. Návrat do plnohodnotného života se tak může značně prodloužit.

V rámci kvalitní péče o seniory by mělo být samozřejmostí dbát na dostatečnou rehydrataci, a to jak v domácím prostředí, tak během hospitalizace. V ambulantní péči je důležité sledovat příčiny dehydratace (HOLMEROVÁ, 2007), (TOPINKOVÁ, 2005).

11.3.3 Poruchy výživy ve stáří

V civilizovaných zemích dochází ke dvěma třetinám úmrtí v souvislosti se stravovacími návyky. Velký podíl tvoří lidé obézní, ale i lidé s podvýživou. **Malnutrice (podvýživa) je stav, k němuž dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jejich potřeba.** Vzniká při sníženém příjmu a neměnicích se potřebách, stejně tak při sníženém příjmu a zvýšených potřebách. Pokročilým stadiem bílkovinné a energetické malnutrice je **kachexie** (patologické zhubnutí a silná celková sešlost) a nejvyšší stupeň kachexie se označuje jako **marasmus** (těžká energetická podvýživa).

Příčiny malnutrice ve stáří:

- defekt chrupu,
- postižení slinných žláz,
- onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu a jater,
- psychické poruchy – deprese, demence,
- snížená chuť k jídlu,

- omezená hybnost.

Malnutrice se vyskytuje u řady hospitalizovaných pacientů. U 70 % nemocných, kteří přicházejí do nemocnice s různým stupněm malnutrice, se její stupeň zhorší. Pokud nedojde k léčbě umělou výživou, dochází až u 4 % k závažným komplikacím vedoucím ke smrti. Pokročilá malnutrice se ve stáří vyskytuje až v 50 %. Podle stavu, ve kterém se organismus nachází v době nouze, rozlišujeme dva typy hladovění: prosté a stresové:

- Příčina prostého hladovění je v dlouhodobém, nedostatečném přísunu živin a energie.
- Při stresovém hladovění dochází k současnému působení podvýživy a onemocnění (např. akutní infekce, zranění, kombinace více katabolických vlivů).

Během prostého hladovění jsou za 40–50 dní vyčerpány všechny bílkovinné a energetické zdroje a nemocný umírá. Při stresovém hladovění 2–3krát rychleji. Pro diagnózu malnutrice je nutná především nutriční anamnéza, která se zaměřuje na odhalení nejčastějších rizik a etiologických faktorů: dostupnost stravy, ekonomické zajištění, soběstačnost v denních aktivitách, výživové zvyklosti, chuť k jídlu, přítomnost onemocnění zhoršujících trávení, vstřebávání apod. K průkazu malnutrice a ke zhodnocení rizika slouží dva soubory otázek: Mini Nutritional Assessment vhodný především pro screening rizika malnutrice v komunitě a Nottinghamský screeningový dotazník používaný u hospitalizovaných nemocných. **O závažném stupni malnutrice se značným rizikem komplikací svědčí pokles hmotnosti větší než 20 % za poslední 2 měsíce nebo pokles hmotnosti větší než 10 % za poslední měsíc.**

Malnutrice vede k řadě komplikací, které ovlivňují prognózu nemocného seniora. Snížením svalové síly, včetně dechového svalstva, dochází k hypoventilaci a vzniku plicních infekcí. Přispívá k tomu i porucha imunitního systému: nejprve buněčné složky, v podobě snížení absolutního počtu lymfocytů, později i humorální odpovědi snížením sérových imunoglobulinů. Tato snížená obranyschopnost může vyústit v bronchopneumonii, močovou infekci, zpomalené hojení ran, končící někdy až septickým stavem. Malnutrice může způsobovat zhoršení motility střeva, zhoršení střevní bariéry a v důsledku toho i translokaci bakterií do krevního oběhu. Snížená koncentrace plasmatických proteinů vede k poklesu onkotického tlaku plasmy. Vznikají otoky, porušení transportu železa, kortisolu, léků. S poklesem bazálního metabolismu, poklesem tvorby a koncentrace trijodtyroninu dochází k poklesu termoregulace, která se projevuje snížením tělesné teploty a zimomřivostí. V důsledku nedostatku vitamínů (B6, B12, kyselina listová) a stopových prvků (Cu, Fe) může být postižen hemopoetický (krvetvorný) systém – sideropenická, megaloblastická anémie, pancytopenie. Pro nemocného člověka má správná výživa zcela zásadní význam.

Při nutriční podpoře je cestou první volby perorální podání. Podmínkou je intaktní gastrointestinální trakt. Doporučuje se popíjení (sipping). Bolusové (jednorázové malé porce) podávání tekuté stravy umožňuje nazogastrická sonda. Kontinuální podávání speciálních přípravků pro enterální výživu umožňuje nazojejunální sonda. Při nutnosti dlouhodobé nutriční podpory (některá neurologická onemocnění, poúrazové stavy) využíváme perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG) a jejunostomii. Je třeba upozornit i na to, že stejně jako nedostatek některých komponent umělé výživy je nebezpečný i nadbytek (HOLMEROVÁ, 2007), (TOPINKOVÁ, 2005).

11.3.4 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom vzniká v důsledku omezení pohybu. Staří lidé jsou v tomto ohledu velmi citliví. Trvalé upoutání pacienta na lůžko, které vzniká například v důsledku zavedení permanentního katetru či dlouhodobé infuzní terapie je v geriiatrii naprosto nežádoucí. Prostředky, které cíleně omezují pohyb pacienta, ať jsou mechanické (například oboustranné postranice v lůžku) nebo farmakologické (tlumivá psychofarmaka), je třeba v geriiatrii naprosto minimalizovat a jejich častější používání považovat za špatnou praxi. Staří lidé jsou v důsledku imobilizace ohroženi rychlým úbytkem svalové, ale i kostní hmoty, velmi snadno vznikají proleženiny. Dochází k oblenění krevního oběhu se všemi důsledky včetně rizika trombózy a embolie, dále je zhoršena motilita zažívacího traktu, vzniká úporná zácpa. Může dojít také k retenci moči atd. Imobilizační syndrom je extrémně závažným stavem s dalekosáhlými následky. Proto se v geriiatrii snažíme pacienty mobilizovat co nejdříve po operacích a úrazech, aktivizovat, zavádíme fyzioterapii a ergoterapii (HOLMEROVÁ, 2007).

11.3.5 Chronická bolest pohybového aparátu ve stáří

Mezi nejčastější onemocnění ve stáří patří vedle onemocnění srdce a cév hned na druhém místě nemoci pohybového aparátu. Málokdy se odhalí pravá příčina těchto obtíží. Pacienti užívají množství analgetik, nesteroidních antirevmatik a dalších léků. V důsledku toho nastávají zažívací obtíže, nechutenství, dehydratace. Z toho následně vyplývají komplikace, které mohou ohrozit život: infarkt myokardu, embolie plicní, náhlá cévní mozková příhoda. Proto je velmi důležité, aby o těchto aspektech byli informováni všichni pracovníci, kteří se na péči o seniory podílejí. Nejčastějšími příčinami bolestí pohybového aparátu ve stáří jsou osteoartróza, osteoporóza skeletu a bolesti zad v důsledku degenerativních změn páteře. Ve stáří je však také nutné myslet na osteomalacii a nádorová postižení (metastázy do kostí). Je třeba si uvědomit, že chronická bolest pohybového aparátu může být příčinou i psychických změn vyúsťujících až do deprese. Stárnoucí člověk si začíná uvědomovat, že onemocnění přibývá, že je stále více limitován svým zdravotním stavem. Proto je nutné nepodceňovat jak péči fyzioterapeutickou, tak psychologickou.

Osteoartróza je nejčastějším onemocněním pohybového aparátu ve stáří. Jedná se o degenerativní onemocnění kloubní chrupavky se snížením pevnosti a elasticity. Společně s tím dochází k reaktivním změnám kosti pod chrupavkou, kloubní výstelky a tkání v okolí kloubu. Onemocnění je charakterizováno bolestí, deformací a ztuhlostí kloubu. Dochází k omezení pohybu v kloubu a zároveň k jeho nestabilitě. U primární osteoartrózy vlastní příčinu neznáme. U sekundární formy je příčinou trauma, vrozené nebo zánětlivé postižení kloubní. Kloubní výstelka, stejně jako okolní šlachy, kloubní pouzdro a přilehlé měkké tkáně jsou dobře inervovány, v důsledku chorobných změn, které je postihují, se vyplavují mediátory bolesti (histamin, kininy, metabolity kyseliny arachidonové, prostaglandiny). Na bolesti se dále podílejí i mechanické tlaky osteofytů (kloubních výrůstků), svalové spasmy (zvýšené svalové napětí až stažení svalů), napětí vazů a šlach. Při artrotickém procesu je málokdy postižen pouze jeden kloub. Většinou se jedná o bolesti na více místech, které svědčí o postižení více kloubů najednou, o takzvané polyartrotické postižení. Léčba analgetiky je nedostatečná, protože tlumí pouze bolestivou složku. Nesteroidní antirevmatika mají protizánětlivý efekt, ale nepomáhají regeneraci kloubní chrupavky. Proto jsou zejména v počínajících stádiích artrózy vhodné preparáty, které chrupavku chrání (chondroprotektiva). Důležitá jsou samozřejmě režimová opatření (odlehčení kloubům

snížením váhy, používáním ochranných pomůcek) a vhodná je také fyzikální léčba. Při zhoršení stavu (a destrukci kloubu) je volbou operační zákrok, náhrada kloubu. Implantace totálních endoprotéz jak kloubu kolenního nebo kyčelního je stále více posouvána do vyšších věkových kategorií. V tomto případě je vhodný pobyt na geriatrickém oddělení k předoperační přípravě, rehydrataci, podrobnému vyšetření, které je sice náročné, ale předchází tak řadě pooperačních komplikací. Pooperační péče by měla rovněž patřit do sféry geriatrické, samozřejmě s důkladnou rehabilitací. Pacient může být navrácen do domácího prostředí daleko dříve.

Další nejčastější příčinou bolesti pohybového aparátu je osteoporóza skeletu. Je zajímavé, že se myslí na toto onemocnění v období klimakteria, tedy v relativně mladém věku. Poté následuje velice často dlouhé období, ve kterém dochází ke snížení mobility pacienta, jeho fyzické aktivity, ke změnám stravovacích zvyklostí a pacient přichází do ordinací již s bolestí tzv. celého těla. Denzitometrické vyšetření potvrdí osteoporózu skeletu a terapie je poté náročnější. Mnohdy přicházejí pacienti až s četnějšími frakturami. Je tedy úkolem ošetrovatelských a pečovatelských týmů, praktických lékařů a všech, kteří se pečují o seniory zabývají, aby stárnoucího člověka upozornili na nebezpečí inaktivity a v případě imobilizace pacienta si uvědomovali nebezpečí vzniku osteoporózy.

Symptomatická forma osteoporózy se zlomeninami obratlů se vyskytuje zhruba u 20–30 % žen nad 65 let. Osteoporóza skeletu je onemocněním, při kterém dochází ke snížení obsahu kostní hmoty na jednotku objemu kosti pod normu odpovídající věku a pohlaví. Poměr mineralizované a nemineralizované části je zachován. U primární osteoporózy rozlišujeme formu postmenopauzální a involuční. Postmenopauzální forma se vyskytuje ve věku 50–70 let. Je charakterizována úbytkem kostní hmoty postihující trabekulární (trámčitou) kost. Rychlost úbytku má krátké trvání (zhruba dekádu). Četnost výskytu je šestinásobně vyšší u žen než u mužů. Zlomeniny postihují nejčastěji obratle a zápěstí. Involuční forma osteoporózy se vykytuje u věku 70 a více let. Postihuje jak trabekulární kost, tak kost kortikální. Rychlost úbytku kostní hmoty je pomalá, ale dlouhodobá. Je snížena zejména novotvorba kosti. Zlomeniny postihují obratle, pažní kost a předloktí, krček a pánev. Ženy jsou postiženy dvojnásobně oproti mužům. Z hlediska etiologie se jedná u primární formy o pokles estrogenů, které mají vliv na snížení resorpce kosti. Dalším důležitým faktorem je snížený příjem vápníku v potravě, dále nedostatek vitamínu D, který ještě dále zhoršuje nedostatek vápníku v těle snížením jeho vstřebávání v tenkém střevě.

Sekundární forma osteoporózy se vyskytuje u endokrinologických onemocnění, jako u Cushingovy nemoci a syndromu (zvýšené funkce kůry nadledvin), zvýšené funkce příštítných tělísek, hypogonadismu (snížené funkce pohlavních žláz), dále u onemocnění ledvin, nádorových onemocnění a při terapii kortikoidy (hormony kůry nadledvin), antacidy obsahujícími hliník. Terapie je záležitostí lékaře, ale ke komfortu takto nemocných mohou pomoci i ostatní členové týmu tím, že budou podporovat fyzickou aktivitu nemocných a pomáhat jim: při chůzi, zajišťovat rehabilitační péči, pomáhat snižovat riziko pádu, zajistit pružnou obuv, bezpečnost v bytě, zajistit korzet, břišní nebo bederní pásy a bandáže. Důležité je zejména zajištění dostatečného příjmu vápníku, zejména mléka a mléčných výrobků.

Bolesti zad jsou velice častým steskem seniorů. Jejich příčin je mnoho: mohou být důsledkem poškození obratlů a jejich spojení (kompresivní zlomeniny v důsledku osteoporózy, degenerativní změny na meziobratlových kloubech a spojení, kterým říkáme spondylóza a spondylartróza). Tyto změny se vždy projeví také v přilehlých měkkých tkáních, které bolí rovněž v důsledku špatných pohybových stereotypů či naopak z nedostatku pohybu. U starších lidí musíme při problémech se zády myslet také na příčiny

sekundární, kdy se do oblasti zad mohou promítat také bolesti, jejichž příčinou je například onemocnění ledvin, žlučníku, srdce či plic, případně na metastázy nádorového onemocnění. Proto zejména u dlouhodobých bolestí zad seniorů je třeba pacienta pečlivě vyšetřit a posoudit rentgenový snímek, ale také provést ještě například izotopové vyšetření kostí, případně tomografické vyšetření či magnetickou rezonanci. V rozvaze nám pomáhá i denzitometrické vyšetření. K tomu, abychom dobře rozpoznali příčinu obtíží nemocného, trpícího chronickou bolestí pohybového aparátu, je tedy nutné provedení řady vyšetření s následnou cílenou terapií, ať fyzikální nebo medikamentózní. Rozhodně nestačí pouze tlumení bolestivé složky (KALVACH, 2006).

11.3.6 Dyspeptické obtíže u seniorů

U seniorů se často setkáváme s dyspeptickými obtížemi, jako jsou pálení žáhy, tlak v oblasti žaludku, větší plynatost apod. Ztráta dentice, pokles tonu horního jícnového svěrače, snížení motility a sekrece žaludečních šťáv – všechny tyto změny ve stáří fyziologicky podporují uvedené obtíže. Velice často v souvislosti s tím dochází i k nedostatečnému vstřebávání potřebných léků. Obtíže při hiátové hernii (žaludeční kýle) patří rozhodně mezi složitě rozpoznatelné. Žaludeční kýla vyvíjí tlak na srdce, způsobuje tím arytmie, bolesti za hrudní kostí, často mylně vydávané za bolesti při ischemické nemoci srdeční. Není tedy vůbec jednoduché poznat, o jaký druh bolesti se jedná. Velice důležité je při dyspeptických obtížích myslet na psychiku. Depresivní ladění, úzkost, strach rozhodně nepatří mezi faktory, které by vedly ke zklidnění obtíží. Vhodným doplňkem jsou mnohdy antidepresiva, sedativa. Při žaludeční kýle jsou velice důležitou složkou medikamentózní terapie i režimová opatření – tj. omezení práce v předklonu, spánek s výše podloženou hlavou, žádné zvedání těžších břemen, méně sladkostí. Mezi faktory napomáhající vzniku dyspeptických obtíží patří i tzv. polypragmazie, tedy užívání nadměrného množství léků. Při více než 5 druzích léků je vhodné poradit se s internistou, eventuálně geriatrem.

Dyspeptický syndrom rozlišujeme horní, vyznačující se výše uvedenými obtížemi, a dolní se zvýšenou plynatostí, průjmy, někdy i zácpou a bolestmi břicha. Vedou k tomu změny střevních klků, redukce nervových plexů, častá bakteriální nevyváženost, snížená sekrece trávicích enzymů apod. Proto je vhodné ve stáří nezapomínat při volbě stravy i na hrubou vlákninu, která podporuje střevní motilitu, zlepšuje mikrobiální osídlení a odklízí většinu kancerogenů – tj. látek způsobujících rakovinu střev. Dobrým doplňkem stravy je v případě prevence rakoviny selen, jehož obsah v půdě je v naší oblasti snížený. Kancerogenem podporujícím vznik rakoviny střev (stále častější v naší populaci) jsou rychle nasolené pokrmy, uzeniny apod. Jejich nadměrná konzumace rozhodně může podpořit dispoziční k tomuto onemocnění. Strava se tedy doporučuje pestrá, s dostatkem hrubé vlákniny, výrazně ochucená. Při dyspeptických obtížích dolního typu, kde je příčinou střevní dysmikrobie, tj. nedostatek bakterií tělu vlastních, potřebných k obraně před patologickými bakteriemi, doporučujeme užívání tzv. Yogurt bakterií jako vhodného doplňku stravy. Tyto preparáty je nutné uchovávat v chladném místě, protože jinak hrozí znehodnocení jejich účinku.

Výživová doporučení pro osoby se zažívacími obtížemi:

- rozdělení stravy do menších porcí několikrát denně,
- nepodávat příliš sladké, slané, studené ani teplé pokrmy,
- omezení nadýmavé stravy, např. luštěnin,
- problematická mohou být smažená, tučná, uzená masa a uzeniny,

- vhodná je příprava pokrmu vařením, dušením, pečením bez kůže, případně
- v alobalu, v mikrovlnné troubě,
- jako tuky jsou nejvhodnější másla a kvalitní oleje,
- vyhýbat se nápojům s obsahem kysličníku uhličitého – perlivé vody a limonády,
- omezení kávy, tvrdého alkoholu,
- doporučené denní množství tekutin je 1,5–2 litry, přičemž dáváme přednost pitné vodě, stolním a neperlivým vodám, bylinným čajům z máty, heřmánku (HOLMEROVÁ, 2007).

11.3.7 Úzkost a úzkostné poruchy

Úzkost je emoce, která vyjadřuje obavy a nervozitu z budoucích událostí. Obavy bývají neurčité (jakákoli změna, neovladnutí situace, budoucnost). Pokud existuje jasná příčina obav, hovoříme o strachu. Trvalá úzkost se nazývá úzkostnost. Pokud je úzkostnost excesivní, výrazně snižuje kvalitu života, vyžaduje terapii, jde o úzkostnou poruchu. Úzkostné poruchy zahrnují tyto klinické jednotky:

- generalizovanou úzkostnou poruchu,
- panickou úzkostnou poruchu,
- fobickou úzkostnou poruchu,
- smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu,
- obsedantně-kompulzivní poruchu (obsese – nutkavé vtíravé myšlenky, kompulze – nutkavě prováděné úkony),
- organické úzkostné poruchy,
- reakce na stres.

Léčba spočívá v kombinaci farmakoterapie (antidepresiva s protiúzkostným působením, anxiolytika) a psychoterapie. Úzkost je emoce, která může vést ke zhoršení řady tělesných poruch (arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční) (KALVACH, 2006).

11.3.8 Smutek a deprese

Smutek a deprese jsou afektivní stavy, poruchy nálady. Smutek je nálada, která vzniká jako reakce na nepříznivou událost, životní epizodu. Nepřiměřeně dlouhý a intenzivní smutek může přejít v depresi. Deprese je soubor charakteristických příznaků, z nichž dominuje smutná nálada. O depresivní poruše hovoříme, pokud deprese trvá více než 14 dní, nálada se výrazně liší od běžné nálady postiženého a nejsou zde výrazná kolísání během dne. Intenzita se může měnit – ranní a večerní pesima (nejhorší fáze) nálady. Deprese může dosáhnout psychotické úrovně. K hlavním příznakům deprese patří:

- konstantní smutná nálada,
- poruchy spánku,
- snížení aktivity,
- snížení zájmu,
- pesimismus,
- neschopnost radovat se,
- poruchy chuti k jídlu a úbytek na hmotnosti,
- sebevražedné myšlenky,
- nesmyslné výčitky,
- různé tělesné projevy.

Deprese spolu s demencí a lehkými poruchami kognitivních funkcí jsou nejčastější psychickou poruchou vyššího věku. Mezi rizikové faktory pro vznik deprese patří:

- osamělé žití,
- abúzus alkoholu,
- ženské pohlaví,
- polymorbidita,
- rodinný výskyt,
- organické poruchy mozku.

U seniorů bývá odlišný průběh deprese oproti depresi středního věku. Depresivní nálada nemusí být tak výrazná, přibývá úzkost, narůstá somatizace (bolesti, poruchy GIT, palpitace, tlak na hrudníku). Stávající zdravotní obtíže se zhoršují. Zhoršuje se pohyblivost. Objevují se poruchy paměti, které dobře reagují na léčbu antidepressivy.

Základní terapií je farmakoterapie spolu s psychoterapií. Antidepressiva jsou farmaka, která působí až po určité době, nikoli hned. Pokud se projeví hrozba sebevražedného jednání, či deprese neustupuje, měl by být pacient léčen psychiatrem (KALVACH, 2006).

11.3.9 Agrese a agresivita

Agrese je druh chování, které vede k verbálnímu nebo brachiálnímu (či jinému fyzickému) napadání. Agresi lze zařadit i mezi projevy emoční. Agrese může mít také projevy ve formě hostilních a destruktivních postojů. Může být zaměřena proti sobě samému – autoagrese. Sklon k opakovanému agresivnímu chování nazýváme agresivitou. S agresivitou a agresivním jednáním se setkáváme nejčastěji u dospělých lidí:

- s poruchou osobnosti,
- zneužívajících alkohol a jiné návykové látky,
- paranoidních,
- u některých tělesných poruch (např. hypoglykémie, epilepsie, úrazy mozku)
- při nezvládnutém a patickém (na vrcholu afektu je kognitivní porucha) afektu.

U seniorů je často pozorována agrese také v souvislosti s demencí, deliriem, u psychóz (KALVACH, 2006).

11.3.10 Termoregulace

Starší nemocní jsou obecně citlivější na změny teploty okolního prostředí a také kombinace některých léků mohou tuto citlivost zvyšovat.

Hypotermie a hypertermie zvyšují riziko úmrtí na souběžně probíhající choroby a naopak. Čím závažnější jsou konkomitantní choroby, tím je vyšší riziko úmrtí na hypotermii či hypertermii.

Ve starším věku klesá produkce potu a pocení ochlazuje tělní povrch méně efektivně. Vyšší okolní teplota zvyšuje nároky na prokrvení tělního povrchu, a tím narůstá srdeční výdej. Tedy zvýšená teplota a vlhkost okolí zhoršují příznaky srdečního selhání.

Ve starším věku klesá schopnost vnímání chladu. Také klesá schopnost vyvolání svalového třesu a periferní vazokonstrikce. Díky úbytku svalové hmoty je třes též méně efektivní.

Vlivem vyšších teplot vzniká hypertermie, ta může být spojena s vyčerpáním. Vlivem chladu mohou lokálně vznikat omrzliny, celkově hypotermie.

Hypotermie

Hypotermie znamená pokles teploty tělesného jádra pod 35 °C. (Do 32 °C je mírná, do 28 °C střední a pod 28 °C těžká).

- Hypotermie primární - termoregulace je zachována, ale zevní vlivy přesáhnou její efektivitu – lavina, ledová voda.
- Hypotermie sekundární - schopnost termoregulace je ovlivněna – alkoholem, chronickým onemocněním, pak i mírné vlivy mohou vyvolat hypotermii. Je prognosticky horší.

Rizikové faktory pro vznik hypotermie:

- Snížená fyzická aktivita, neadekvátní oblečení, imobilizace.
- Demence, deprese.
- Parkinsonova choroba, CMP, intrakraniální krvácení, poranění páteře.
- Systémové postižení – malnutrice, sepse, šokový stav, insuficience jaterní, ledvinná.
- Konkomitantní terapie.
- Endokrinní příčiny – hypotyreóza, hypoglykémie, adrenální insuficience.
- Kožní postižení, popáleniny.
- Chirurgická intervence v nedávné době.
- Alkohol, antidepressiva, benzodiazepiny, myorelaxancia, opioidy, barbituráty.

Hypotermie výrazně zvyšuje mortalitu na kardiovaskulární a neurologické choroby.

Příznaky hypotermie:

- Chlad končetin, břicha, zad.
- Bledost.
- V místech tlakového působení – erytém, puchýřky, prokrvácené plochy.
- Podkožní tkáň je edematózní tuhá, zvláště v obličeji.
- Zvýšený svalový tonus.
- Neurologické příznaky: zpomalená řeč, ospalost, zmatenost až kóma, mydriáza (rozšíření zornice), fokální postižení – křeče, obrny, ztráta citlivosti.
- Klesá dechová frekvence a produkce CO₂, pod 24 °C jádra se dech zastavuje.
- Kardiovaskulární systém nejdříve reaguje tachykardií a zvýšením TK, později bradykardie, hypotenze, arytmie, fibrilace.
- Pacient umírá nejčastěji na maligní arytmie.
- Distanze střevních kliček, mizí peristaltika.
- Při mohutné vazokonstrikci může být maskována hypovolémie, pak při ohřívání může dojít k šoku!

Diagnostika hypotermie:

- Pozor, může být snadno přehlédnuta!!
- Měření teploty tělesného jádra – rektálně, ezofageálně.
- Hemokoncentrace.
- EKG.

Léčba:

- Na JIP.
- Pomalá manipulace – pozor na arytmie.
- Odstranit vlhké oblečení, osušit vlhkou pokožku, zamezit dalším ztrátám tepla.
- Lokální aplikace tepla musí být obezřetná!! Pozor na popáleniny!

- Podáváme fyziologický roztok 37-45 °C i. v.
- Pozor na rychlé ohřívání – hrozí šokový stav!
- Pasívní ohřívání – teplota místnosti nad 21 °C, přikrývky, izolační pomůcky.
- Aktivní zevní ohřívání u pacientů s teplotou pod 30 °C – vdechování ohřátých par, laváže peritoneální či hrudní dutiny ohřátými roztoky, hemodialýza. Maligní arytmie za nízké teploty jsou rezistentní na elektrické výboje a medikamenty.
- Hyperglykémie je též způsobena inefektivitou inzulínu při nízké teplotě! Podání inzulínu má své indikace, hrozí hypoglykémie.
- Hypotermie může zastřít příznaky infektu, ve vysokém počtu nasedá na hypotermii sekundární bakteriální infekce.
- Prognóza hypotermie může být dobrá, jsou známy případy úspěšného vyléčení i hluboce podchlazených lidí po desítkách minut v ledové vodě.

Preventivní opatření:

- Chránit před chladem a vlhkem venku nejlépe vícevrstevným oblečením, rukavicemi, ponožkami, pokrývkou hlavy.
- Teplota místnosti by neměla klesnout pod 18,3 °C.
- Adekvátní energetický přísun.
- Minimalizovat ztráty tělesného tepla.
- Při chirurgických výkonech dbát na teplotu operačního sálu, ohřívání vdechovaného vzduchu, používat vyhřívané roušky, podložky, dostatečná oxygenace.

Hypertermie

Hypertermie znamená abnormální zvýšení tělesné teploty způsobené dysfunkcí termoregulačních mechanismů. Stárnutí vede ke snížení efektivity termoregulace, stav zhoršuje snížený přísun tekutin, permanentní subklinická dehydratace starších lidí. Nemocnost a úmrtnost na mnoho chorob stoupá během letních veder.

Přehřátí:

- termoregulace je zachována,
- příčinou je neobvykle vysoká zevní teplota, malý přísun tekutin a elektrolytů,
- nespecifické symptomy – slabost, únava, nauzea, zvracení, bolest hlavy, kolaps, šokový stav,
- obvykle tělesná teplota nepřesahuje 40 °C,
- léčba spočívá v podání fyziologického roztoku i. v. (500 ml/hod), event. p. o. (iontové nápoje, voda se solí 2 lžičky/litr).

Úžeh:

- hypertermie spojená s poruchou termoregulace a vznikem systémové zánětlivé odpovědi s možností multiorgánového selhání,
- vyvíjí se dny, většinou u málo mobilních pacientů s malým příjmem tekutin,
- rizikové faktory – nižší sociální úroveň, snížená soběstačnost, alkoholismus, doprovodné nemoci mentální i tělesné, některé léky,
- příznaky – tělesná teplota nad 40 °C, mozková dysfunkce – delirium, záchvaty křečí, letargie, stupor, kóma, bolest hlavy, závratě, slabost, dechové obtíže, nauzea, ztráta vědomí, suchá, horká kůže, ale i vlhká, opocená, chladná kůže, tachypnoe, tachykardie, ale i pomalý pulz, hypotenze,
- diagnostika: anamnéza, tělesná teplota, EKG, laboratoř – krevní testy, proteinurie,

- léčba: chlazení – aplikace ledu na krk, do axil a třísel, sprayování kůže, podávání chladných krystaloidů, chladná lázeň,
- prevence: edukace pečovatelů, režim během veder – prostředí, oblečení, tekutiny (MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, 2009).

12 Farmakoterapie

Staří pacienti jsou častěji nemocní než mladí a jejich choroby jsou chronické povahy. Podíl chronických chorob stoupá v závislosti na věku a ve skupině nad 65 let trpí asi 80 % jedinců jednou nebo více chronickými poruchami (TOPINKOVÁ, 2005). Časté je postižení muskuloskeletální, hypertenze, další kardiovaskulární onemocnění na podkladě aterosklerotických změn a diabetes mellitus. Hlavním cílem léčby starších je obnovení nebo udržení určité funkce v takové míře, jak jen to je možné. Důležitá je vhodná volba a indikace léčiva, minimalizace rizik léčby (SUCHÝ, 2011).

Farmakoterapie ve stáří by měla být vždy součástí celkového terapeutického přístupu. Měli bychom dbát na správnou rehabilitaci či pohybový režim, na vhodnou a dostatečnou výživu a na dobrou hygienu. V současné době jsou staří lidé ohroženi spíše polypragmazií než nedostupností určitých léků (HOLMEROVÁ, 2007).

Literatura:

HOLMEROVÁ, I., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0179-8.

MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, H., 2009. *Akutní stavy v geriatrici*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.

SUCHÝ, D., 2011. Aktuální farmakoterapie. In: *Praktické lékárenství* [online]. 7(3) [cit. 2014-06-04]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz>.

TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

12.1 Obecná východiska

Při farmakoterapii starších pacientů musíme brát v úvahu změny chování organismu i léku. S věkem se mění, nejprve zvyšuje a pak snižuje tělesná hmotnost, klesá podíl vody v těle a množství svalové tkáně. Roste procento tukové tkáně, klesá bazální metabolismus. Dochází k řadě změn na úrovni farmakokinetiky léčiv, méně na farmakodynamické úrovni (TOPINKOVÁ, 2005).

Vyšší věk je častěji spojen s:

- Polymorbiditou, včetně subklinicky probíhajících onemocnění.
- Atypickou prezentací nemocí.
- Disabilitou s omezenou soběstačností (poruchy mobility, kognitivních funkcí).
- Sociální patologií (osamělost, chudoba).
- Polypragmazií a preskripčními chybami – zvyšuje se riziko lékových interakcí, nežádoucích účinků.
- Obecně nižší compliancí (SUCHÝ, 2011).

Seniorská populace je mimořádně heterogenní z hlediska zdravotního, funkčního i sociálního.

Ve farmakoterapii seniorů se často setkáváme s polypragmazií a chybami v preskripci. Polypragmazie znamená, že pacient je léčen větším množstvím léků či jejich nadměrnými

dávkami. Konkrétní hranice nejsou jasně stanoveny, literárně se udává počet převyšující 4 farmaka, někdy je uváděn vyšší počet léků. Určitá onemocnění jsou z hlediska polypragmázie více riziková.

Jde zejména o:

- kardiovaskulární onemocnění,
- astma bronchiale,
- psychiatrické choroby.

Mezi další rizikové faktory patří:

- věk,
- pohlaví,
- další komorbidita,
- počet návštěv u lékaře (SUCHÝ, 2011).

Polypragmázie logicky zvyšuje riziko vzniku nežádoucích účinků, lékových interakcí, počet hospitalizací a rehospitalizací a morbiditu. Preskripční chyby jsou nalézány až u 30 % seniorů.

Jedná se především o:

- použití nevhodného dávkování léčiva nebo nesprávného dávkovacího intervalu,
- použití nevhodného léčiva,
- lékovou duplikaci,
- použití přes relativní kontraindikaci nebo lékovou interakci (TOPINKOVÁ, 2005).

Až 20 % hospitalizací je ve vyspělých zemích způsobeno polékovými reakcemi, přičemž za polovinu z nich jsou zodpovědné lékové interakce nebo relativní kontraindikace. Problémem je také nadměrné předepisování léčiv bez vlivu na prognózu pacienta (overprescribing) a naopak chybí preskripce léčiva s prokázaným přínosem pro pacienta, nebo je předepsáno v nedostatečné dávce (underprescribing). Jako typické příklady jsou uváděny léky s přímým vztahem k prognóze pacienta jako antiagregancia a antikoagulancia, statiny, antiosteoporotika a beta blokátory u nemocných po infarktu myokardu.

Často jsou seniorům předepisovány pro ně nevhodné léky (inappropriate prescribing). Jedná se o léčiva potencionálně nevhodná ve stáří, event. s velkým potenciálem k lékovým interakcím. Jako léky nevhodné v geriatrické praxi je možné označit ty, u kterých riziko pro pacienta převažuje nad předpokládaným přínosem (SUCHÝ, 2011).

12.2 Specifika farmakoterapie ve stáří

K celé šíři problematiky farmakoterapie ve stáří přistupují zvláštnosti **farmakokinetiky** (sleduje osud léčiva v organismu; časový průběh koncentrace léčiva a jeho metabolitů v biologických tekutinách a tkáních, popisuje děje vztahující se k absorpci, distribuci a eliminaci léčiv) a **farmakodynamiky** (zabývá se účinkem léčiva na organismus, mechanismem účinku léčiv).

12.2.1 Farmakokinetika a farmakodynamika

U starších pacientů se snižuje nejen chuť k jídlu, ale také ochabuje trávení. Je nižší pohotovost střevního epitelu vstřebat živiny i podané medikamenty, často se setkáváme s defektním chrupem, který jistě společně s vážnou krevním oběhem přispívá ke vzniku malabsorpčního syndromu. Po podání léčiva per os často dochází k pomalejšímu nebo

špatnému vstřebávání. Resorpci jednoho léčiva může ovlivnit a narušit souběžné podání jiného farmaka. V neposlední řadě se lékař domnívá, že medikaci, kterou předepisuje, pacient užívá nebo je mu podána. V tomto ohledu je ovšem leckterý starší nemocný nesoběstačný (poruchy mobility, kognitivních funkcí), a je tedy nutno počítat se špatnou compliance.

Vazebným nosičem léčiv jsou **plazmatické bílkoviny**. U seniorů je velmi často snížena hladina celkové bílkoviny. V důsledku toho je snížena vazebná kapacita a jen menší část léčiva se váže na povrch nosiče a zvyšuje se podíl volné frakce léčiva v krvi nebo tkáních. Samozřejmě při podání několika léčiv může dojít ke konkurenci o bílkovinný nosič a k vytěsnění jednoho léčiva druhým, čímž dojde ke zvýšení plazmatické hladiny nevytěsněného léčiva a k zesílení jeho farmakologického účinku.

U stárnoucího organismu postupně **ubývá vody**, zpomaluje se látková přeměna, mění se metabolismus a dochází ke změnám receptorů cílových tkání. U starších pacientů je třeba vždy počítat s tím, že v důsledku zmenšení objemu tělesné vody bude stoupat koncentrace hydrofilních látek (digoxin), čímž se zvyšuje jejich účinek a mohou se dříve vyskytnout nežádoucí účinky. Ty se ještě zvýrazní v důsledku **dehydratace**, která je ve stáří relativně častá. Další problémy mohou vzniknout naopak v důsledku relativního zvýšení množství tukové tkáně, které prodlužuje účinek lipofilních látek (to je významné například u benzodiazepinů). Zpomaleným vyprazdňováním žaludku může dojít k oddálení účinku léku, navíc v kyselém prostředí může dojít k jeho degradaci. Zpomalená pasáž tenkým střevem může mít za následek větší absorpci léku. Naopak snížení vstřebávání léku může nastat při zhoršení prokrvení ve splachniku.

Biotransformace léčiv souvisí úzce se **stavem metabolismu pacienta**, při jeho poruchách dochází i ke změnám v metabolismu léčiva (např. neprosperita při srdečním selhávání, zrychlená pasáž při střevním onemocnění, onemocnění jater, apod.).

Při farmakoterapii u starších jedinců je třeba dále brát v úvahu funkční stav **vylučovacího systému**, kdy úbytek renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i renální clearance klesá, což je velmi významným faktorem, který je třeba vzít v úvahu při dávkování léků vylučovaných v aktivní podobě ledvinami. Nad 70 let věku je snížen průtok krve ledvinami o 30–50 %, klesá glomerulární filtrace a dochází ke zhoršení tubulárních funkcí. Tyto aspekty ovlivňují eliminaci léčiv z organismu. Vzniká nebezpečí toxického působení léků. Protože se málokdy jedná u staršího pacienta o monoterapii, je zde větší riziko i lékové interakce.

Kromě medikace evidované praktickým lékařem dochází k užívání medikace zakoupené samotným pacientem. Nešvarem současnosti je pak nepřehlednost díky svobodě výběru odborného lékaře a neinformovanosti praktického lékaře o ordinaci nového léku. Tak může snadno dojít k nevhodné kombinaci, někdy i paradoxně vzájemně se rušícímu účinku léků (HOLMEROVÁ, 2007).

12.2.2 Nežádoucí účinky léků (NÚL)

Výskyt nežádoucích reakcí stoupá s věkem, počtem chorob a počtem léků. Nutnost dlouhodobé terapie je u starých pacientů častá, přesto by neměla být pravidlem. Celkový počet nežádoucích účinků u geriatrických pacientů je odhadován na dvojnásobek oproti osobám středního věku. NÚL jsou častou příčinou hospitalizace a jsou podle literárních údajů zodpovědné až za 20 % úmrtí geriatrických pacientů (TOPINKOVÁ, 2005). Jejich projevy jsou též jedním z faktorů následně horší compliance nemocných nebo zhoršení polypragmatie – tzv. preskripční kaskáda (léčba NÚL dalším léčivem). Asi 30 % NÚL je

předvídatelných a lze jim předejít, až 70 % NÚL je závislých na dávce a lze je eliminovat snížením dávky. Nejčastější nežádoucí účinky ve stáří:

- kardiovaskulární – ortostatická hypotenze, arytmie, synkopa, pády,
- gastrointestinální – průjem, zácpa, nevolnost, zvracení, nechutenství s rizikem malnutrice,
- projevy ze strany centrálního nervového systému – zmatenost, sedace, delirium, deprese, extrapyramidové příznaky (SUCHÝ, 2011).

Obecné rizikové faktory vzniku nežádoucích reakcí na léky jsou:

1. ženské pohlaví,
2. hepatální a renální insuficience,
3. předchozí polékové nežádoucí účinky (SUCHÝ, 2011).

Starší pacienti snášejí špatně zejména léčiva, která působí v oblasti CNS. Odpověď seniorů na podávání sedativních látek je významně vyšší než u pacientů středního věku. Jedná se zejména o sedaci nebo kognitivní poruchy vyvolané benzodiazepiny, barbituráty, antidepresivy, antiparkinsoniky nebo neuroleptiky, ale i např. digoxinem, antiarytmiky (lidocain), spazmolytiky, nesteroidními antirevmatiky (SUCHÝ, 2011).

Vyšší výskyt nežádoucích účinků léčiv ve stáří může být způsoben i změnou farmakodynamikou léčiv. Příkladem může být vyšší výskyt ortostatické hypotenze při užívání antihypertenziv ve stáří, neboť funkce baroreceptorů je snížena a snížena je i schopnost kompenzovat přílišný pokles krevního tlaku tachykardií. K tomu může přistoupit zhoršení návratu krve z periferie v důsledku žilní insuficience a hypoxie CNS způsobená aterosklerózou mozkových tepen. Projevy ortostatické hypotenze kromě antihypertenziv potencuje řada dalších léčiv, jako jsou léky s vazodilatačními vlastnostmi (nitráty, alkohol, periferní vazodilatancia, teofylin), neuroleptika a tricyklická antidepresiva. Hypotenzi může zhoršovat i hypovolémie navozená diuretiky. Účinek hypnotik, anxiolytik a jiných centrálně působících léčiv může být změněn chronickou hypoxií mozku při ateroskleróze mozkových tepen, kdy tlumivý účinek uvedených léčiv může být zvýrazněn nebo dojde ke stavům zmatenosti nebo může dojít ke snížení kognitivních funkcí pacientů. Zvláštní kapitolou jsou nežádoucí účinky léčiv s anticholinergním působením, které zvláště u seniorů mohou vyvolat zmatenost, retenci moči, zpomalení pasáže gastrointestinálním traktem až subileus. Prakticky všechny mechanismy uvedené v tomto odstavci mohou vést k pádu seniora s následkem fraktury femuru, která může být v konečném důsledku fatální.

Jako zvlášť problémová se jeví skupina pacientů odkázaných na pomoc další osoby. Jde většinou o imobilní, často inkontinentní pacienty, ohrožené typickými geriatrickými komplikacemi, jako jsou dekubity, dehydratace, pneumonie, tromboflebitida a další. Tato onemocnění výrazně zvyšují riziko medikace. Samostatným problémem je farmakoterapie u pacientů s kognitivním deficitem a nekorektním užíváním léků.

Za nežádoucí účinky léků je mnohdy odpovědný lékař (duplicita léků, nevhodné dávky, nevyhodnocení interakcí či limitací pacienta) i lékárník (automatické vydání léku, nedostatečné informace pro pacienta) (SUCHÝ, 2011).

12.2.3 Lékové interakce

O lékové interakci mluvíme tehdy, když při současném podávání dvou nebo více léků dojde ke změně účinku některého z nich. Výsledkem může být účinek synergický, antagonistický nebo kvalitativně modifikovaný. Lékové interakce jsou závažnou příčinou toxicity a

nežádoucích účinků léků a jejich rozpoznání je často diferenciatně diagnostický problém. Se zvyšujícím se počtem současně podávaných léků se zvyšuje i procento výskytu nežádoucích účinků. Důvody častějšího výskytu lékových interakcí u starších pacientů:

- častá polypragmázie,
- farmakodynamické změny doprovázející stárnutí,
- snížená aktivita enzymu CYP3A4 u starších žen (nad 65 let),
- pokles biotransformační rychlosti jater v důsledku poklesu průtoku krve v. portae a nižšího okysličení jaterního parenchymu,
- pokles glomerulární filtrace u 90 letých o 50 %.

Výskyt lékových interakcí je rovněž závislý na počtu podávaných léků, použité dávce, délce léčby, schopnosti eliminace léčiva, genetických dispozicích a současně probíhajících onemocněních (např. onemocnění jater, ledvin, febrilie) a spolupráci nemocného. Incidence klinicky významných interakcí je výrazně vyšší u některých lékových skupin. Závažné lékové interakce se objevují častěji u kardiotonik, antikoagulancií, perorálních antidiabetik, antikonvulsiv, cytostatik, imunosupresiv, antihypertenziv a statinů. Většina těchto interakcí je předvídatelných, můžeme tedy předcházet mnohdy závažným poškozením pacientů.

12.3 Zásady správné farmakoterapie ve stáří

Při podávání léčiva se musíme rozhodnout, jaký druh léčiva podáme, jakou dávku, kdy zahájíme podávání, případně v jakém cyklu, a jaký způsob aplikace léčiva zvolíme. Nevhodné je jak poddávkování léčiva, tak překročení dávky do toxických koncentrací. Ve stáří je ovšem více nebezpečné předávkování než poddávkování léčiva. V geriatrické praxi je doporučováno začínat léčbu nejmenšími ještě účinnými dávkami, dávku vytitrovat, eventuálně volit kombinaci dvou léčiv s nižší koncentrací na úkor jednoho, kdy vyšší hladina léku by byla za daných okolností toxická. Z hlediska gerontologického pacienta je nutné dávkování co nejvíce zjednodušit a řádně vysvětlit, případně přehledně zapsat, zvážit nutnost podání každého léčiva, zvážit předpokládaný přínos farmakoterapie proti rizikům, dávky omezit co nejracionálněji.

Starší lidé v řadě případů užívají nadměrný počet léků. Dokonce se zdá, jako by předpisy léků „nahrazovaly“ chybějící a potřebnou rehabilitaci. Vhodnější zdravotní péče a rehabilitační služby by mohly snížit nadměrné užívání léků u starších osob. V případě, kdy je léky třeba předepsat, ale pacient by si je měl hradit sám, má lékař zvážit i nákladnost zvolené léčby. Obaly léků musí být řádně označeny a tvar, barva, vzhled a chuť a zejména velikost tablet a kapslí musí vyhovovat i osobám, které již mohou mít potíže s jejich polykáním.

Farmakoterapie ve stáří musí být:

- jednoduchá,
- individualizovaná,
- střídá,
- dočasná,
- moderní (HOLMEROVÁ, 2007).

Ve stáří je třeba počítat s častějším výskytem kognitivních poruch a demence, proto daleko více pacientů potřebuje dohled nad užíváním léků. Zejména pro pacienty v domácím prostředí je praktické podávat léky v jedné či dvou denních dávkách.

Farmakoterapie musí být přísně individualizovaná s ohledem na věk pacienta, jeho funkční stav, funkci jednotlivých orgánových systémů, stav výživy a podobně.

Při terapii vždy zvažujeme, co je pro pacienta právě nyní důležité.

V praxi se často setkáváme s tím, že každý lékař nějaký lék pacientovi přidá, málokdo však stávající medikaci redukuje. Mnohé léky přitom lze, nebo dokonce je třeba užívat pouze po určitou dobu či pouze při určitých příznacích.

V současné době stále probíhá intenzivní výzkum nových léčiv. Málokteré z nových léků jsou však zcela nové a se zcela jinými účinky než dosavadní lékové skupiny. Většinou se jedná o léky zařaditelné do dosud známých lékových skupin, které však mají oproti dosavadním známým lékům určité výhody. Ty se ani tak netýkají nových účinků, ale spíše možnosti pohodlněji lék dávkovat, menšího rozsahu nežádoucích účinků, příznivého působení také na jiné orgánové systémy, než na které je zaměřen přímý léčebný účinek či léky, které při podávání v jedné indikaci mohou mít výrazný protektivní či preventivní efekt (ACE inhibitory a protekce renálního parenchymu, statiny a velmi pravděpodobná prevence Alzheimerovy choroby). To jsou vlastnosti, ze kterých mohou velmi dobře profitovat zejména staří lidé (HOLMEROVÁ, 2007).

V praxi se bohužel setkáváme s opakem: s polypragmazií vznikající například tak, že nežádoucí účinky jednoho léku jsou mírněny lékem dalším, který vyvolává jiné potíže a ty jsou příčinou dalších, proto je proskribován ještě jeden lék atd. V geriatrické praxi se pak setkáváme s pacienty, kterým výrazně prospěje úprava terapie a její omezení na několik nejdůležitějších léků.

12.4 Problematická místa

12.4.1 Polypragmazie

V praxi často vidíme pacienty, kteří užívají šest, deset, patnáct i více druhů léků. Každý z lékařů, a to zejména z odborných, doporučí nějaký „svůj“ lék. Doporučí, poprvé předepíše, a to aniž by pacienta řádně poučil o potřebné době užívání, o vedlejších účincích, o naopak žádoucím účinku léku, o délce předpokládané doby léčení atd. Tímto postupem se nahromadí našim pacientům většina „chronické medikace“. Léky naordinoval specialista, pacient na nich trvá, praktický lékař nemá často dosti sil ani prostoru, aby pacientovi vše vysvětlil. Vznikají bludné řetězce, kdy je další lék ordinován pro vedlejší účinky toho předchozího, obdobně další a další.

12.4.2 Compliance

Pojmem compliance s lékovou terapií označujeme rozsah dodržování předepsaného lékového režimu pacientem. Farmakologická compliance klesá s počtem užívaných léků a s omezenou soběstačností (poruchy zraku, motorický deficit, poruchy paměti a úsudku). Sociální non-compliance je dána osamělostí, chudobou, event. izolací.

Důsledkem non-compliance, tj. nedodržení správného dávkovacího schématu, může být ohrožení terapeutického výsledku. Podle různých studií byla non-compliance zaznamenána v rozmezí 10–99 %. S rostoucím počtem léků roste i riziko non-compliance. Pacienti s velkým množstvím léků mají tendenci některé z nich vynechávat. V první řadě se to týká léků s nepříjemnými účinky (např. zvýšená diuréza u diuretik, zácpa při substituci Ca), event. léků, jejichž terapeutický účinek pacient bezprostředně nevnímá.

Nejčastějšími chybami ze strany pacientů bývá:

1. vynechání léku,
2. jeho užití ve špatné indikaci,

3. změna dávky, času a četosti užívání,
4. užití nepředepsaného léku (selfmedikace),
5. předčasné ukončení lékové terapie (SUCHÝ, 2011).

Sklady léčiv

Senioři své léky užívají, ale často to ani není v jejich silách. Nicméně docházejí stále ke svému lékaři se svými potížemi a místo toho, aby byli vyslechnuti a dostalo se jim jednoduché rady, bývají leckde ve spěchu lékařské praxe odbytí dalším receptem, který v lékárně ukázněně proměňují za léčivo a ukládají. Některé léky po projití expirační doby pouze ztratí svou účinnost (nitroglycerin a podobné látky), některé mohou být po delší době toxické (tetracykliny atd.). Seniorova lékárníčka se tak stává nejen nebezpečnou dětem (ve smyslu „skladujte mimo dosah dětí“), ale také seniorům samým v případě, že se rozhodnou pro medikamentózní samoléčbu (HOLMEROVÁ, 2007).

Originální balení a jeho použitelnost pro seniory

Velmi dobře známe lahvičky s kapkami, které nekapou, střílející blistry s tabletami, které potom opakovaně a marně hledáme na podlaze. Krabičky, které se nám podaří otevřít až po hlubokém soustředění. Příbalové letáky s velikostí písma, které je téměř nečitelné. V tomto výčtu bychom mohli velmi dlouze pokračovat (HOLMEROVÁ, 2007).

Správné dávkování léku

Je možná nejobtížnějším problémem. V domácí péči používáme otevřené dávkovače, kam sestra připraví léky pro nadcházející dny do své další návštěvy. Většina pacientů seniorů ale služeb domácí péče nevyužívá, nepotřebují je. Potřebují však, aby léky, které mají užívat, užívali skutečně správně, pravidelně, aby na jednotlivé dávky nezapomínali a naopak léky nevzali opakovaně, protože si nejsou jisti, zda již tak učinili. Velmi by proto naši praxi pomohly jednoduché dávkovače připravené v lékárně vždy na určité období, jasně popsané dnem i dobou užívání tak, aby bylo zcela zřejmé, které léky má pacient ještě užívat a které již vzal (HOLMEROVÁ, 2007).

12.5 Intoxikace-předávkování medikamenty typickými pro vyšší věk

Sedativa a neuroleptika při vyšším dávkování, ale i při běžném dávkování u citlivějších osob vyvolávají pasivitu, apatii, poruchy rovnováhy, vyšší riziko pádů se zraněním a významně přispívají k rozvoji imobilizačního syndromu. Zvláště u **benzodiazepinů** je třeba mít na paměti extrémně prodloužený biologický poločas u starších nemocných až 7 dní.

Klasickou problematikou je léčba **digoxinem** u starších nemocných, i když v poslední době se významně zúžilo spektrum indikací. Vyšší sérové hladiny vyvolávají nechutenství, nauzeu, zvracení, různé typy arytmií. Nejčastěji lze očekávat tendenci k bradykardii a vzniku a-v blokády s následnými poruchami prokrvení mozku se závratěmi a pády. Podobnou symptomatologii může mít i vyšší dávkování beta blokátorů. U starších pacientů je významnější vzájemné ovlivňování beta blokátorů s perorálními antidiabetiky u DM 2. typu – překrytí příznaků hypoglykémie a zvýraznění cévní a neurologické symptomatologie při diabetické angiopatii a neuropatii.

U starších nemocných jsou stále ještě oblíbené **theofylinové** preparáty (Syntophyllin, Euphyllin, Aminofylin), často jsou na ně velmi fixováni a dávkují si je dle vlastního uvážení. Jejich vyšší hladina v krvi může být provázena nechutenstvím, celkovým neklidem, poruchami spánku, tachykardií, tachyarytmiemi až vznikem maligních arytmií, zvláště u nemocných s renální insuficiencí zhoršují tendenci k metabolické acidóze.

Samostatnou širokou problematikou je terapie **Warfarinem**. Velmi problematický je vztah k nesteroidním antirevmatikům. Občas dochází ke kolizi v podobě akutního krvácivého stavu a to zejména z důvodu, že na trhu je velké spektrum nesteroidních antirevmatik s kvantem firemních názvů dokonce i volně prodejných. Terapie Warfarinem je riziková v období léčby infekcí u seniorů, kdy antibiotická terapie svým vlivem na střevní flóru porušuje rovnováhu k hypokoagulaci (MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, 2009).

13 Péče o umírající

Literatura:

DVOŘÁČEK, I., 2009. *Doporučený postup lékaře při úmrtí mimo zdravotnické zařízení a následná součinnost s orgány policie ČR* [online]. [cit. 3. 4. 2014]. Dostupné: http://www.fno.cz/documents/2009_05_15_006.pdf.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 244 s. ISBN: 978-80-7262-471-3.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN: 978-80-85763-36-2.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 1992. *Hovory s umírajícími*. Z něm. orig. přel. Bohumil Dvořáček. Nové Město nad Metují: Signum unitatis. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.

SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

13.1 Komplexní pojetí péče o pokročile nevléčitelně nemocné ve vysokém věku

Mezi stavy, které významně determinují péči o staré umírající, patří geriatrická křehkost, existence syndromu terminální geriatrické deteriorace. Žádoucí je zde propojení geriatrické a paliativní medicíny, nutnost aplikace holistického modelu péče o pacienta a práce s rodinou nemocného. Je třeba vnímat citlivost etických i právních principů tam, kde nemocný není například z důvodů demenčního syndromu či stavu po těžší cévní mozkové příhodě schopen dát jasný postoj k dalšímu směřování léčby.

Současné české zdravotnictví a sociální systém prozatím nedostatečně podporují zachování tradičního modelu života s nemocí v rodině, k čemuž by bylo třeba posílit zavádění terénních specializovaných geriatrických a paliativních týmů.

Paliativní medicína je aktivní komplexní péče poskytovaná nevléčitelně nemocným v pokročilém nebo konečném stadiu choroby (mnohdy na úrovni intenzivní péče, vždy s nutností multidisciplinárního přístupu). Základem paliativního přístupu je holistický model nemoci, kterou vnímáme jako součást životní dráhy člověka, se svými rozměry biologickými, psychologickými, sociálními i spirituálními. Paliativní medicína považuje všechny tyto oblasti z pohledu významu za rovnocenné a akceptuje názor nemocného a jeho relevantních blízkých na to, která z oblastí má být řešena prioritně.

Jedná se vždy o péči aktivní, nicméně ne vždy je aktivita vyvíjena na poli farmakologie, diagnostiky či ošetrovatelství. Vlídne lidské slovo, citlivě volený dotek, nebo naopak mlčení ve chvílích nejtěžších, dokážou mnohdy více a především jsou nezbytnou součástí každodenní paliativní péče.

13.2 Fáze nevléčitelného onemocnění

Z pohledu rozhodování o použitých léčebných postupech je zásadní pro pacienta, jeho blízké a samozřejmě zdravotníky znalost cílů léčby. Ty jsou závislé na fázi onemocnění a názoru poučeného nemocného, eventuálně i jeho relevantních blízkých. Rozlišujeme tyto fáze:

- **Fáze kontrolovaného (kompenzovaného) onemocnění.** Kombinací kauzálních a symptomatických léčebných postupů se daří udržet projevy onemocnění pod kontrolou a celkový stav pacienta je na dobrém stupni funkční zdatnosti. Tato fáze může trvat od stanovení diagnózy několik týdnů (např. karcinom slinivky břišní, ovariální karcinom), měsíců (např. syndrom terminální geriatrické deteriorace), až řadu let (pokročilé srdeční selhání, sclerosis multiplex, syndrom demence apod.). Obvykle je indikována standardní primární a sekundární prevence kardiovaskulárních chorob, prevence pozdních komplikací diabetu, v případě potřeby je rovněž indikována plná intenzivní a resuscitační léčba. Samozřejmě již v této fázi může nemocný rozhodnout – pokud je tohoto rozhodnutí schopen – o své „living will“ (životní vůli) a v podstatě tak tímto právním aktem směřovat rozhodování zdravotníků. Jednotná precedentsní právní vyjádření v českém zdravotnictví dosud nejsou pravidlem, přesto Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP považuje autonomii názoru nemocného za zásadní a doporučuje ji respektovat.

- **Fáze zlomu.** Onemocnění přestává reagovat na kauzální léčbu, dochází k postupnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav (často je jedním z prvních projevů akcelerace kachexie), působí pacientovi nepříjemné symptomy a zhoršuje jeho celkovou funkční zdatnost. Odhadnout prognózu délky přežití není snadné. Obvykle se pohybuje v řádu týdnů až měsíců, někdy dochází k rychlému nevratnému zhoršení a pacient umírá během několika dní. Je třeba citlivě reagovat na postoje nemocného, ale i jeho relevantních blízkých. Je nutné přehodnotit indikaci zavedené dlouhodobé léčby (například primární, sekundární a terciární prevence ischemické choroby srdeční, cévního onemocnění mozku, diabetu mellitu atd.). V případě prognostické a terapeutické nejistoty, resp. neshody ve zdravotním týmu (včetně názoru nemocného), je indikována plná léčba.

- **Terminální fáze.** Dochází k postupnému nevratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání jednoho nebo více funkčních systémů (obvykle poslední týdny a dny onemocnění). Cílem léčby v této fázi je minimalizovat diskomfort, který pacientovi onemocnění působí a umožnit nemocnému klidné a důstojné umírání (ne aktivní přibližování nebo oddalování smrti). Z této perspektivy je třeba přistupovat k veškeré diagnostice a léčbě. Intenzivní a resuscitační péče obvykle nejsou indikovány. **K základním charakteristikám nástupu terminální fáze patří:**

- Narůstající celková slabost a únava, pacient nevstává z lůžka, prodlužují se periody denního spánku, stává se více závislým na cizí pomoci.
- Ztrácí zájem o okolí, „vzdaluje“ se od vnějšího světa, dezorientace, někdy halucinace.
- Odmítání jídla a pití (někdy nauzea, neschopnost cokoli polknout).
- Nepravidelnosti dýchání (apnoické pauzy, Cheyneovo-Stokesovo dýchání - patologický typ dýchání, při němž pozvolna klesá hloubka dýchání až k jeho dočasnému vymizení, po němž se opět pozvolna prohlubuje až k maximu).
- Chřčivé dýchání (obvykle projevem kumulace sekretu v dýchacích cestách).
- Oligurie až anurie (může dojít k močové retenci).
- Změny habitu (vzhledu), zřetelně na kůži („zašpičatění nosu“ – facies Hippocratica, periferní cyanóza na končetinách, mramorovaná kůže).

13.3 Specifika paliativní medicíny a péče u geriatrických pacientů

U těchto nemocných se setkáváme pravidelně s kombinací neurologických, interních a psychiatrických diagnóz, s velmi obtížně odhadnutelnou prognózou. Základní onemocnění se obvykle vyvíjejí pozvolna, v léčbě se kombinují kauzální a symptomatické postupy, stále však narůstá „křehkost“ a riziko fatálních komplikací.

Stav narůstající křehkosti může trvat několik let. Velmi závisí na sociální situaci, motivaci, prevenci a léčbě komplikací. Pro geriatricky nemocné je typické obtížné stanovení prognózy dalšího vývoje nemoci. Zvláště u křehkých velmi starých seniorů mnohdy dochází k úmrtí po krátké fázi zvýšené zátěže (např. jinak banální virové onemocnění), jindy tito lidé umírají náhle bez předchozího zhoršení, někdy jde o plynulé zhoršování označované eufemismem „dohořívání svíčky“.

13.4 Syndrom demence v paliativní péči

Syndrom demence je typickým modelem propojení všech 4 dimenzí holistického modelu nemoci, navíc s výraznou zátěží v oblasti sociální – a to více pro rodinu nemocného. V klinické praxi se ujalo přirovnání, že demence je zpočátku nemocí pacienta i jeho blízkých, posléze především nemocí rodiny. V praxi se setkáváme s často diskutovanými problémy, které se týkají terminálně nemocných s demencí:

- **Hodnocení bolesti**

U pacientů s demencí je hodnocení bolesti obtížné. Z pohledu personálu je důležité spolupracovat s rodinou pacienta a vyměňovat si uvnitř týmu co nejpřesněji informace o neverbálních (tedy také behaviorálních) projevech nemocného.

- **Imobilizační syndrom**

Imobilizační syndrom u pacientů s demencí je výslednicí imobilizace (délka je individuální – dny až týdny) a syndromu geriatrické křehkosti, spojených s rozvojem orgánových komplikací – dekubity, interkurentní, často nozokomiální infekce, poruchy energetického metabolismu a orgánová selhávání, kognitivní dysfunkce. Zvláště u nemocných s demencí se může rozvinout např. při banální virové infekci dýchacích cest, stejně jako v souvislosti s nutným operativním řešením, jako mnohdy předvídatelný a přitom velmi obtížně ovlivnitelný důsledek syndromu geriatrické křehkosti, podpořené kognitivní dysfunkcí. Častým důsledkem je nekončící kruh komplikací, snižující se kvalita života a vzrůstající nároky na ošetrovatelskou péči, mnohdy s nutností institucionalizace nemocného, často s rozvojem komplikací finálních. Jedním ze zásadních pravidel v péči o tyto nemocné je podpora rodinných příslušníků a citlivá a otevřená komunikace o vývoji stavu.

- **Hydratace v pozdních fázích nemoci**

Důležitým faktorem v rozhodování zůstává, v jaké fázi onemocnění se nemocný nachází a zda současný stav může být považován z pohledu dosavadního vývoje nemoci, celkové (tedy zdravotní, psychické i sociální) situace nemocného a také pohledu jeho blízkých za zřetelně směřující ke konci života pacienta. Zcela zásadním se jeví, vedle citlivé komunikace s rodinou a snahy umožnit blízkým nemocného se podílet na rozhodování, také kvalitní dokumentování jednotlivých kroků a týmový konsenzus (etapové epikrízy). Pozitivní vlivy parenterální hydratace na kvalitu života:

- zácpa,
- delirantní stavy,

- bolesti hlavy,
- riziko imobilizačního syndromu – proleženiny,
- ledvinné selhávání a akumulace toxických metabolitů,
- nevolnost a svalové křeče.

Negativní vlivy hydratace na kvalitu života:

- percepce bolesti (ketoacidóza zvyšuje práh bolesti),
- častější močení – větší námaha,
- sekrece GIT, a proto nevolnost a zvracení,
- sekrece faryngeálně a tracheobronchiálně - kašel, dušnost, chrčivé dýchání.

- Poruchy příjmu stravy

Při rozhodování o náhradě perorálního příjmu stravy se držíme stejných zásad jako u výše uvedené parenterální hydratace. Prognózování je obtížné a zvláště u plné enterální výživy (na rozdíl od sippingových přípravků) je zapotřebí pečlivě zvážit smysl pro kvalitu života nemocného.

- Lékové strategie – odstupování od neúčinné léčby

Významným tématem paliativní péče je smysluplnost farmakologické léčby. Je velmi často nutné přistupovat na kompromisní řešení. V praxi se dobře osvědčuje postup, kdy si lékař (tým) položí tyto otázky:

- Proč pacient užívá daný lék?
- Může tento lék změnit kvalitu života nemocného pozitivním či negativním způsobem?
- Může tento lék být pro nemocného zbytečnou zátěží?
- Je daná farmakologická forma vhodná pro nemocného?
- Jaký je názor nemocného (případně jeho blízkých) na tuto léčbu?

Pokud si odpovíme na výše uvedené otázky, povětšinou umíme (nejlépe v týmovém konsenzu) přistoupit ke kompromisu. Ten by měl být co nejpřesněji zaznamenán v dokumentaci. Příkladem těchto postupů může být vysazování antihypertenzní léčby u pacienta s pokročilým imobilizačním syndromem, kdy může dokonce přirozeně po zvýšení mozkové perfuze dojít ke zlepšení stavu vědomí. U nemocných, kteří polykají již téměř jen tekutiny, a to ještě s obtížemi, je drcení tablet běžným jevem. Pro sestry je nicméně zatěžující provozně a pro celkový smysl léčby velmi diskutabilní, protože většina takto drcených léků má výrazně změněné farmakodynamické i farmakokinetické vlastnosti.

- Kardiopulmonální resuscitace (KPCR)

Samotná úspěšnost KPCR je u nemocných s pokročilou demencí velmi diskutabilní. V domácím prostředí nebo například na lůžku následné péče klesá pod 1 % a blíží se tak pokročilému metastatickému karcinomu. Zároveň je velmi důležité přiznat, že kvalita života (především z pohledu úrovně kognitivních funkcí) se u těchto nemocných vždy jen dále zhorší. Je ovšem pravdou, že pokud například z diskuse ve zdravotnickém týmu nevyplyne shoda na principu odstoupení od KPCR jako neúčinné léčby, je její užití jistě legitimním modelem. Všem těmto situacím by měla předcházet citlivá a otevřená diskuse s pacientem – u demenčních nemocných spíše s jejich blízkými (při delším úseku trvání nemoci bývá někdy již i stanoven právní zástupce nemocného ze strany rodiny, vyjádření ombudsmana hovoří při jeho neexistenci však jasně ve prospěch „relevantních blízkých“). Nutností je zodpovědně vedená dokumentace.

- Převoz k „akutní péči“ při zhoršení stavu, umírání doma a mimo domov

- Některé rodiny dokáží zajistit péči o demenčního seniora až do úplného konce. Velký význam pro ně má podpora ve formě:
 - poradenské činnosti odborného týmu,
 - dostupnosti služeb týmu mobilní specializované paliativní péče,
 - dostupnosti služeb ošetřujícího lékaře, praktického lékaře nebo v budoucnosti ambulantního specialisty v problematice paliativní péče.

Ekonomické parametry

Z pohledu ekonomiky a organizace zdravotně sociální péče o seniory je důležitý oficiálně uváděný předpoklad, že nemalá část (20–30 %) této populace dříve či později potřebuje umístění v instituci, kdy důvody mohou být jak zdravotní, tak sociální – a většinou se kombinují (a podporuje je výrazné rozvolnění rodinných vztahů). Zřízení lůžka v nové instituci (charakteru dlouhodobé ošetrovatelské péče) představuje dnes z pohledu nákladů asi 1,5 milionu Kč a jeho provoz asi 1500 Kč/den.

V tomto smyslu je dosud nejlevnější formou péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, což ovšem vede k výraznému přetížení této sféry. Naopak dlouhodobá sociální péče, nejvíce v domovech seniorů, stagnuje z pohledu možnosti uspokojit narůstající potřebu, a to i z důvodu nedostatku zdravotnického dozoru. Jako nevyhnutelné a žádoucí je posílení důrazu na roli rodiny, její podpoře, rozvoji různých modelů domácí péče, vícezdrojovém financování poskytovatelů zdravotně sociální péče, výrazně lepší komunikaci mezi nimi. Bez ohledu na to, zda pacientovi zbývají dny, týdny či roky křehkého života, mělo by jít především o důraz na kvalitu života a důstojnost člověka – s ponecháním kompetencí a kontroly nad děním v rámci možností nemocného a s respektováním názoru jeho blízkých (SLÁMA, 2011).

13.5 Thanatologie

„Thanatologie je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 178). Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti – Thanatos. Zabývá se procesy umírání a smrti. Thanatologie je také chápána jako nauka o psychologických a lékařských aspektech smrti a umírání (HAŠKOVCOVÁ, 2007). Základy moderní thanatologie vymezila počátkem šedesátých let švýcarsko-americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová (†2004).

Smrt každého člověka je jedinečná a neopakovatelná ve svém subjektivním prožitku, je také obecným lidským fenoménem, prozkoumaným medicínou a biologií. Smrt jednoznačně patří k člověku a je součástí života. Smrt je jediná jistota, která nemine nikoho z nás. Umírání je proces, který vede k postupné a nezvratné degradaci životně důležitých tkání a orgánů až k zániku jedince, který může být různě dlouhý, od pár dní, přes několik týdnů až po několik let (KELNAROVÁ, 2007).

13.6 Umírání

Proces umírání se dělí do tří období. Období před umíráním nazývané pre finem, období umírání, in finem a období po smrti, post finem.

Období pre finem je v užším slova smyslu období několika měsíců až roků před smrtí od zjištění nemoci, která je neslučitelná se životem. V hlubším slova smyslu

nalézáme počátek umírání již při zrození. Organismus postupně stárne, energie vyhasíná a síl ubývá. Uvědomění si tohoto faktu je pro nás velikým darem a výzvou ke smyslu a kvalitě prožívání života.

Elisabeth Kübler-Rossová popsala psychickou odezvu pacienta na těžkou životní situaci v pěti fázích. Negace je fází, kdy u pacienta dojde k šoku a popírání. Nemocný nechce přijmout sdělení a situaci, ve které se nachází. Nevěří, že se zlá zpráva týká jeho. Druhou fází je agrese, ve které se projevuje hněv a vzpoura na okolí a na zdravé lidi. Ptá se proč zrovna on a čím to je vina. Třetí fází je smlouvání, v níž pacient vyjednává o svojí situaci. Hledá zázračné léky, činí velké sliby a je ochoten zaplatit cokoli. Čtvrtou fází je deprese, která sebou nese smutek z utrpěné a hrozící ztráty a případný strach o zajištění rodiny. Pátou fází je smíření, k níž ale umírající pacient nemusí vždy dojít. Souhlas se stávající situací zahrnuje přijetí sebe samého, pokoru, čas na loučení a vyrovnání se. Fáze se u pacienta v terminálním stádiu mohou různě prolínat v individuálních časových intervalech, třeba i v jednom dni. Některé fáze mohou zase zcela chybět.

Komunikace s rodinou umírajícího pacienta je nedílnou součástí péče o umírajícího pacienta. Rodina umírajícího potřebuje podporu a odbornou pomoc, aby se mohla postupně vyrovnávat s nepříznivou diagnózou člena rodiny. Péče o příbuzné pacienta by měla začít již v době stanovení diagnózy a léčby. Rodina musí cítit, že je doprovázena, poučena, povzbuzována, vyslyšena, a že může projevit svůj strach i hněv. Umírající člověk obvykle vycítí postoj a prožívání jeho rodiny a blízkých k dané situaci. Příbuzní, kteří nedostanou včas dostatečné množství informací, ztrácejí důvěru ve zdravotní systém a hůře spolupracují (SVATOŠOVÁ, 2008).

Rodina plná zármutku a obav často není schopna rozumět a naslouchat důležitému poselství, které jí umírající při prožitku umírání sděluje. Příbuzní mají právo na pravdivé informace, které jsou pro ně velice důležité. Potřebují slyšet ujištění, že jejich blízký nebude trpět fyzickou, psychickou, sociální a ani duchovní bolestí. Je pro ně podstatné vědět, že pacient nebude umírat sám, opuštěný, že ho budou moci doprovázet ve dne v noci (pokud je tomu nemocniční zařízení uzpůsobené).

V období in finem dochází k postupnému selhávání životně důležitých orgánů, objevují se jisté a neisté známky smrti. Vlastní okamžik smrti obvykle předchází změněné stavy vědomí a později kóma, nejhlubší forma bezvědomí. Umírající se nalézá ve fázi agónie. Dochází k selhávání některých orgánů a tkání (játra, ledviny), ale základní funkce jsou zachovány. Nejdůležitější objektivní známky odchodu jsou změna frekvence a nepravidelnost tepu, klesající krevní tlak, unavený výraz v obličeji, kalící se vědomí, nepravidelné dýchání, ochlazování konců končetin, euforie, Hippokratova tvář, nepravidelné mrkání a zvýšení chyb v řeči pacienta. Vzhled umírajícího pacienta před smrtí prozradí zapadlé oči, chladné uši a nos, změna dechu, bledá až světlá kůže, obvykle lepkavá studeným potem, puls je špatně hmatatelný a nepravidelný a dochází k úniku moči a stolice. Umírající většinou odchází ze světa tiše.

Následuje klinická smrt. Dochází k zástavě dechu a krevního oběhu, činnost buněk mozku je zachována. Ještě lze resuscitovat. Vysoké procento nemocných však i přesto, že byla resuscitace zahájena do tří minut, zůstává dlouhodobě na umělé plicní ventilaci.

Dalšími fázemi jsou biologická smrt, kdy organismus zaniká, jde o ireverzibilní stav a smrt mozku se zánikem mozkových buněk, kdy již nelze prokázat aktivitu na EEG.

Na zemřelém pozorujeme jisté známky smrti:

- chladnutí těla (algor mortis),
- posmrtná bledost (pallor mortis),
- posmrtné skvrny (livores mortis),
- ztuhlost (rigor mortis),
- posmrtný rozklad.

Mezi nejisté známky smrti patří:

- zástava dechu a srdeční činnosti,
- zornice nereagují na světlo, nevýbavnost reflexů.

Sestra na základě nejistých známek smrti vysloví podezření, že „pacient asi zemřel“, ihned volá lékaře. Lékař zjistí poslechem zástavu srdeční činnosti, zástavu dechu, posvítí baterkou do očí (negativní reakce na světlo), monitor EEG nevykazuje žádnou aktivitu a potvrdí smrt. Poté provádí tzv. *ohledání mrtvého těla* a konstatuje smrt.

13.7 Standardní ošetrovatelský postup, péče o zemřelého

Definice: Po konstatování smrti lékařem je provedena očista, úprava a identifikace těla zemřelého a následné činnosti související s úmrtím a transportem těla zemřelého.

Cíl: Ošetřit tělo zemřelého s úctou ke skončenému životu.

Kompetence: všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický asistent

Pomůcky:

- rukavice, obinadlo, mulové čtverce, leukopor,
- pomůcky k očištění těla, čisté prádlo,
- materiál k převazu ran,
- dermatograf (popisovač kůže),
- dokumentace dle směrnic/dokumentů např. oznámení úmrtí, identifikační kartička pro označení těla zemřelého, kniha pozůstalostí, kniha příjmů a odchodů pacientů, případně doklad o uložení cenností.

Ošetrovatelský postup:

1. Upravujte tělo zemřelého po konstatování úmrtí lékařem.
2. Zajistěte intimitu zemřelého.
3. Ponechte na lůžku pouze prostěradlo.
4. Svlékněte zemřelého a uložte do vodorovné polohy.
5. Vyměňte snímatelnou zubní protézu a zaznamenejte tuto skutečnost do dokumentace; má-li pacient nesnímatelnou zubní náhradu ze žlutého nebo bílého kovu, nahlase počet zubů lékaři, který provede zápis do dokumentace.
6. Odstraňte všechny ozdobné předměty, s cennostmi zacházejte dle pokynů zdravotnického zařízení.
7. Odstraňte katétry (močový a periferní žilní) ostatní až po domluvě s lékařem.
8. Drény ponechte v ráně.
9. Proveďte očistu těla.

10. Zajistěte, aby zemřelý měl zavřené oči, případně přelepené šetrně leukoporem zakryté navlhčeným tampónem, zavřená ústa podvázáním/podložením dolní čelisti (pokud zůstávají ústa otevřená), horní končetiny položené na břicho nebo podél těla.
11. Převažte rány novým krytím k tomu určeným.
12. Zajistěte identifikaci těla zemřelého dle zvyklostí zařízení např. popisovačem na kůži, popište levou dolní končetinu (při amputaci pravou dolní končetinu, případně levou paži a předloktí) následujícími údaji:
 - a) jméno a příjmení zemřelého,
 - b) rodné číslo (identifikace pacienta),
 - c) datum a hodina úmrtí,
 - d) oddělení.
13. U novorozence, kojence, batolete a dítěte do 6 let napište údaje na hrudník.
14. Na palec druhé dolní končetiny připevněte identifikační kartičku. Novorozenci a kojenci se kartička nedává.
15. Zakryjte tělo zemřelého prostěradlem a uložte tělo zemřelého do příslušného obalu.
16. Vyrozumějte příbuzné telegramem (před odesláním telegramu zkontrolujte, zda není v dokumentaci uveden jiný způsob vyrozumění příbuzných). Telefonicky informuje příbuzné lékař.
17. Při prvním jednání s rodinou zemřelého zajistěte kontakt s lékařem.
18. V případě, že dojde k úmrtí pacienta v přítomnosti příbuzných, zajistěte, aby se mohli se svým zemřelým o samotě rozloučit, budou-li si to přát.
19. Jde-li o osamělou osobu, podejte zprávu sociální sestře pracovníci, která vyrozumí obecní úřad.
20. Jde-li o cizince bez příbuzných na území ČR, podejte zprávu příslušnému konzulátu (dodržíte pravidla stanovená zdravotnickým zařízením).
21. Dle zvyklostí zařízení proveďte další administrativní úkony, např. odepíšte pacienta ze stavu a stravy.
22. Do „Hlášení sester“ zaznamenejte hodinu a minutu úmrtí, čas hlášení odvozu zemřelého (případně urgency odvozu), způsob oznámení o úmrtí.
23. Ponechte zemřelého po dobu nezbytně nutnou na oddělení (2 hodiny) - pokud možno využijte zvláštní místnosti k tomu určené.
24. Zajistěte odvoz zemřelého.
25. K převozu připravte:
 - a) Vyplněný List o prohlídce mrtvého, ev. Průvodní list ke klinické pitvě dospělých.
 - b) Příkaz k přepravě pacienta
26. Předávání pozůstalosti osobě blízké provádějte dle standardu zařízení: provádějte v důstojném a klidném prostředí, zapište do Knihy pozůstalosti: číslo občanského průkazu osoby, která pozůstalost přebírá, její příbuzenský vztah, vyžádejte podpis.

13.8 Nález těla zemřelého, doporučený postup

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách stanoví (§ 84) stanoví poskytovatele, kteří jsou povinni zajišťovat prohlídku těl zemřelých. Tento doporučený postup uvádí kritéria, kdy je možné informace přijaté na tísňové lince vyhodnotit jako nález těla zemřelého a poskytnutí přednemocniční neodkladné péče není indikované.

Kritéria pro vyhodnocení volání se zřetelem na určení, zda jde o nález těla zemřelého

Za nález těla zemřelého se považují situace, kdy jde o:

- nález pacienta v terminálním stavu nevléčitelné nemoci bez známek aktivity vitálních funkcí;
- rozvinuté jisté známky smrti, zejména posmrtná ztuhlost a/nebo hnilobný rozklad;
- zranění neslučitelné se životem (dekompozice těla, úplná devastace pro život nezbytných orgánů a částí těla);
- nález kosterních ostatků a jednotlivých částí lidského těla.

13.9 Doporučený postup lékaře při úmrtí mimo zdravotnické zařízení a následná součinnost s orgány policie ČR

Ihned po příjezdu k místu úmrtí:

- nasazení rukavic,
- zběžná prohlídka okolí zemřelého (blistry, láhve od alkoholu ...),
- zákaz kouření a odhazování nedopalků,
- nepoužívat WC, ručníky,
- nepoužívat vybavení domácnosti (vaříč, nože, otvíráky apod.),
- nemanipulovat s věcmi v okolí zemřelého, resp. s nástroji (zbraně, nábojnice, úvazy apod.),
- nevyhazovat odpadky do koše, rukavice, injekce apod. nechávat na jednom místě v blízkosti dveří nebo u koše,
- neprohledávat bez rukavic zásuvky (hledání zdravotní dokumentace, dokladů).

Konstatování smrti:

- nejisté známky smrti – zástava dýchání, zástava srdce, nevybavnost reflexů,
- jisté známky smrti – posmrtná bledost, chladnutí těla, posmrtné skvrny, ztuhlost, posmrtný rozklad,
- pokud lékař nezjistí při prohlídce zemřelého žádné podezřelé okolnosti, pokračuje v prohlídce těla následujícím postupem:

Prohlídka těla:

- okolí a oděv (nález těla v posteli, na WC, v koupelně, mimo dům, v práci, krevní stříkance na oděvu, prosáknutí krví, pokálení oděvu, oděv s defekty, roztrhaný, klidový),
- hlava (kšticе, očnice, spojivky překrvené, ikterické, nos, nosní kůstky, rty, uzdičky, sliznice rtů, uši a zevní zvukovody),
- krk (strangulační rýhy, podlitiny oděrky),
- trup (oděv pouze vyhrnout - poranění, jizvy, prohlédnout záda),
- genitál (krevní podlitiny, oděrky, výtok krve z genitálu),
- horní končetiny (známky sebeobrany na rukou a předloktí, injekční vpichy – toxikoman, úchopové podlitiny na pažích),
- dolní končetiny (především u dopravních úrazů chodců).

Doba smrti:

- 0-30 minut - začátek tvorby mrtvolných skvrn na krku,
- 30-60 minut - zřetelně vyvinuté mrtvolné skvrny na nejnižše lokalizovaných částech těla, zkalení rohovek na otevřeném oku,
- 1-2 hodiny - zřetelné chladnutí tváří a akrálních částí těla, splývání mrtvolných skvrn,
- 2-5 hodin - vytváření mrtvolné ztuhlosti svalových skupin, chladnutí kůže i pod oděvem, možnost úplného přemístění mrtvolných skvrn,
- 5-10 hodin - neúplné přemístění mrtvolných skvrn při obrácení těla, mrtvolná ztuhlost všech svalů, opětovné vytvoření ztuhlosti po jejím násilném porušení ,
- 10-24 hodin - zkalení rohovek zavřených očí, vytlačení mrtvolných skvrn prstem,



- 1-2 dny - částečné vytlačení mrtvolných skvrn silným tlakem, počátek spontánního rozvolňování mrtvolné ztuhlosti,
- 3-5 dní - úplné vymizení mrtvolné ztuhlosti, rozvoj hnilobných změn.

Dokumenty:

- ověřit totožnost zemřelého,
- vypsát List o prohlídce zemřelého,
- vypsát Průvodní list k pitvě (Záznam o výjezdu RLP, LSPP),
- vypsát Příkaz ke zdravotnímu transportu (tzv. převozní lístek pro pohřební službu).

13.10 Provádění pitvy dle 372/2011 § 88

Pitvy jsou:

- a) patologicko-anatomické, které se provádějí za účelem zjištění základní nemoci a dalších nemocí, komplikací zjištěných nemocí a k ověření klinické diagnózy a léčebného postupu u osob zemřelých ve zdravotnickém zařízení smrtí z chorobných příčin,
- b) zdravotní, které se provádějí za účelem zjištění příčiny smrti a objasnění dalších ze zdravotního hlediska závažných okolností a mechanismu úmrtí u osob, které zemřely mimo zdravotnické zařízení nebo v něm náhlým, neočekávaným nebo násilným úmrtím, včetně sebevraždy,
- c) soudní, které se provádějí při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem,
- d) anatomické, které se provádějí k výukovým účelům nebo pro účely vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví.

Nestanoví-li tento zákon jinak, provede se **patologicko-anatomická pitva** povinně:

- a) u žen, které zemřely v souvislosti s těhotenstvím, porodem, potratem, umělým přerušáním těhotenství nebo v šestinedělí,
- b) u plodů z uměle přerušovaných těhotenství provedených z důvodů genetické indikace nebo indikace vrozené vývojové vady plodu,
- c) u dětí mrtvě narozených a u dětí zemřelých do 18 let věku,
- d) u pacientů, kteří zemřeli při operaci, při nechirurgickém intervenčním výkonu, v souvislosti s komplikací navazující na operaci nebo nechirurgický intervenční výkon nebo při úvodu do anestézie,
- e) jestliže byl z těla zemřelého proveden odběr orgánu pro účely transplantací, tkání nebo buněk pro použití u člověka nebo odebrána část těla pro výzkum nebo k výukovým účelům; v případech, kdy transplantační zákon stanoví provádění pitev jinak, postupuje se podle transplantačního zákona,
- f) v případě, že k úmrtí došlo v souvislosti se závažnou nežádoucí příhodou při klinickém hodnocení humánního léčivého přípravku nebo s nežádoucí příhodou při klinických zkouškách zdravotnického prostředku nebo v souvislosti s ověřováním nových poznatků použitím metod, které dosud nebyly v klinické praxi na živém člověku zavedeny, nebo v případě podezření na tyto skutečnosti,
- g) v případě podezření, že k úmrtí došlo v souvislosti s odběrem orgánu za účelem transplantace nebo tkání nebo buněk pro použití u člověka.

Zdravotní pitvy provádí poskytovatelé v oboru soudní lékařství. Nestanoví-li tento zákon jinak, provede se zdravotní pitva povinně:

- a) při náhlých a neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlídce těla zemřelého nebylo možno jednoznačně zjistit příčinu smrti,

- b) při všech násilných úmrtích včetně sebevraždy,
- c) při podezření, že úmrtí může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při poskytování zdravotních služeb, které vyslovil zdravotnický pracovník zúčastněný na poskytování zdravotních služeb, lékař, který provedl prohlídku těla zemřelého, nebo osoba blízká zemřelému,
- d) při podezření, že úmrtí mohlo být způsobeno v souvislosti se zneužíváním návykových látek,
- e) u osob, které zemřely ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence.

14 Nozokomiální infekce u starších nemocných

Literatura:

MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, H., 2009. *Akutní stavy v geriatrici*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.

14.1 Co je nozokomiální infekce

Nozokomiální infekce vzniká v souvislosti s hospitalizací, diagnostickými či léčebnými procedurami. Má své rezervoáry, cesty přenosu a vnímavé hostitele.

Nejčastější rezervoáry nozokomiální infekce a cesty přenosu jsou například infikované vodovodní kohoutky (*Legionella*), infikovaní či kolonizovaní zdravotníci, nemocní, návštěvy. Nejčastější cesta přenosu je rukama. Endogenním zdrojem infekce může být například aspirace orofaryngeální flóry podél endotracheální kanyly. Je možný i přenos kapénkami.

Prevence:

- Přísně aseptický přístup při invazivních metodách.
- Co nejkratší doba ponechání implantovaných diagnostických a terapeutických prostředků.
- Zamezit fluktuaci personálu (žádoucí jsou dlouhodobě zacvičení zaměstnanci).

Nozokomiální infekce mají všeobecně vzestupnou tendenci, což dáváme do souvislosti s některými narůstajícími faktory. Roste počet **imunosuprimovaných** (diabetici, onkopacienti, po transplantacích). Roste počet na antibiotika **rezistentních** bakteriálních kmenů. Roste počet **plísňových a virových** superinfekcí. Roste počet **invazivních** metod (i diagnostických). Roste počet **implantabilních** léčebných pomůcek (stimulátory, stenty, endoprotézy). Širokospektrá antibiotika jsou mnohdy podávána značně liberálně.

Nozokomiální infekce významně zhoršují celkový stav nemocného. Jejich řešení je ekonomicky velmi nákladné. Jejich léčba je obtížná a prognóza nejistá. Způsobují opakované epidemiologické problémy. Důsledností jim lze předcházet hygienicko-epidemiologickými opatřeními, bariérovým ošetrovatelským přístupem (**Vyhláška č. 306/2012, ze dne 12. září 2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče**).

14.2 Specifika starších pacientů ve vztahu k nozokomiální infekci

Starší pacienti mají větší náchylnost k rozvoji infekce zejména díky celkovému oslabení organismu a polymorbiditě. Objevuje se u nich dysfunkce imunitního systému. Nalézáme u nich řadu specifických orgánových změn:

- oslabený kašlací reflex, oslabená samočisticí funkce, kolonizace faryngu,
- ztráta bakteriostatických vlastností moči, nedokonalé vyprazdňování močového měchýře,
- achlorhydrie,
- divertikulóza.

14.3 Infekce močového ústrojí

Infekce močového ústrojí představují 40-45 % všech nozokomiálních infekcí. Téměř všechny jsou spojeny s instrumentálním výkonem na močových cestách. Původci pochází nejčastěji z periuretrální oblasti, perinea a trávícího ústrojí. **Významně se na vzniku a rozvoji infekce podílí personál** (výplachy, proplachy katétru, výměna sáčků). Bakteriurii či pyurii lze očekávat u všech pacientů po pětidenní katetrizaci. Problematika řešení infekce močového ústrojí je řešena v rámci kapitoly Inkontinence moče.

14.4 Nozokomiální pneumonie

Nozokomiální pneumonie představuje 15-20 % všech nozokomiálních infekcí. Prodlužuje hospitalizaci a výrazně zvyšuje náklady na léčbu. Má vyšší mortalitu než jiné infekce. Zdrojem je prakticky vždy aspirovaná orofaryngeální flóra vlastní nebo získaná za hospitalizace. Výjimečně zdrojem je aspirovaná gastrointestinální flóra. Riziko aspirace zvyšují dysfagické obtíže starých pacientů. Riziko infekce zvyšuje špatná hygiena dutiny ústní (zubní plak). U starých nemocných rozlišujeme nozokomiální pneumonii a také pneumonii vzniklou v zařízeních dlouhodobé péče. Nejzávažnější s nejvyšší mortalitou je **ventilátorová pneumonie, která představuje 6-14 %.**

Rizikové faktory pro vznik nozokomiální pneumonie:

- **Zásahy, které zvyšují pravděpodobnost kolonizace potenciálními patogeny** (předchozí terapie antibiotiky, kontaminace ventilátoru, snížená žaludeční kyselost).
- **Zásahy usnadňující aspiraci orofaryngeální flóry do dolních dýchacích cest** (intubace, snížená úroveň vědomí, přítomnost nazogastrické sondy).
- **Zásahy snižující obranné mechanismy dýchacího systému** (chronická obstrukční plicní nemoc, vysoký věk, chirurgický výkon nad úrovní pupku).

Preventivní opatření k zabránění vzniku nozokomiální infekce představují významnou efektivní péči. Podstatou je zejména úzkostlivá asepsa ventilátoru a jeho příslušenství.

Diagnostika pneumonie se opírá o symptomy. Pravidelně se u pacientů vyskytuje:

- horečka,
- leukocytóza,
- purulentní sputum,
- RTG snímek s infiltráty (novými nebo měnícími se),
- zvýšené nároky na dodávku O₂.

Při určování původců pneumonie má svůj význam časový faktor. Infekce vzniklá do 2-4 dnů je vyvolána zpravidla původci běžnými u komunitních pneumonií (*Streptococcus pneumoniae* a *Haemophilus*). U starších nemocných může mít závažný průběh i prognózu. Z hlediska prognózy (mortality) je důležité sledovat tyto vstupní faktory:

- tepová frekvence nad 130/min,

- hladina sérové urey nad 30 mmol/l,
- RTG vícečetná zastínění.

Pneumonie vzniklé později jsou zpravidla vyvolané původci *Streptococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobakter*, *Acinetobacter*. Na JIP působí velmi závažné problémy.

Léčba nozokomiální pneumonie je zahájena zpočátku aplikací širokospektrých ATB i. v. Dle kultivace a citlivosti na antibiotika je další léčba upravena (ATB dle citlivosti). Doba podávání je nejméně 10 dní, optimálně 14-16, ale i 21 dní.

Obrovský význam má již zmíněná prevence. V sociálních zařízeních či jiných zařízeních dlouhodobé péče se jako efektivní ukazuje také vakcinace pneumokokovou vakcínou, i přesto, že účinnost u starých lidí je 60%.

14.5 Ranné infekce

Ranné infekce představují 20-30 % všech nozokomiálních infekcí. Prodlužují hospitalizace a navyšují náklady na léčbu. Neexistuje systematická evidence infekcí ran, neboť se často projeví až po propuštění z hospitalizace. Původci mohou být z vlastní flóry, nemocniční flóry kolonizující kůži a sliznice nemocného a také z flóry členů operačního týmu.

Mezi významné rizikové faktory řadíme:

- nedostatky v operační technice,
- souběžné choroby nemocného,
- špatné načasování antibiotické profylaxe,
- zavedené drény (pozor na péči o vstup po odstranění drénu!!!),
- dlouhá hospitalizace před výkonem,
- holení operačního pole den před operací,
- dlouhý operační výkon,
- existující ložiska infekce v těle nemocného (např. neléčená močová infekce).

Zásadní roli hraje prevence. Preventivní opatření zahrnují:

- Důsledné přeléčení všech infekcí před operací.
- ATB profylaxe před vysoce rizikovými výkony.
- Důsledná asepsa na operačních sálech.
- Preciznost v operačních technikách.
- Maximální podpora odolnosti nemocného (kyslík, normotermie, normoglykémie).

Jako velmi efektivní se ukazuje pravidelné seznamování personálu zdravotnického týmu s výskytem infekce, s výsledky mikrobiologického šetření (MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, 2009).

14.6 Infekce spojené s vaskulárními přístupy a monitorovacími technikami

Se zavedenými intravaskulárními katétry se pojí až 50 % ze všech nozokomiálních bakteriemií. 80–90 % z nich pochází z centrálních katétrů.

Původci infekce jsou nejčastěji z kožní mikroflóry (migrace podél zevního povrchu katétru) – infekce vzniká do 1 týdne od zavedení. Příčinou může být kontaminace distálního konce katétru při neaseptických manipulacích. Vzácná je kontaminace infuzátu. Obzvláště nebezpečné jsou infekce v průběhu zavedení intraarteriálních katétrů při hemodynamickém

monitorování. Specifický okruh infekčních komplikací se může objevit u nemocných s kardiostimulátorem (endokarditida).

Nejčastějšími původci infekce u i. v. katétrů jsou epidermální stafylokoky, zlatý stafylokok s narůstající rezistencí na methicilin, enterokoky s narůstající rezistencí na vankomycin, nozokomiální gramnegativní bakterie, kandidy.

Preventivní opatření zaměřujeme na personál, na vlastní manipulaci s katétrem, a vlastnosti katétru. Prevence **týkající se personálu spočívá zejména v neustálé** edukaci a také v praktickém výcviku na modelech. Zcela zásadní je zvládnutí hygieny rukou a její bezvadná implementace do všech ošetrovatelských činností. **Při zavedení a ošetřování katétrů dodržujeme tato pravidla:**

- maximálně aseptické zavedení,
- pečlivá dezinfekce místa vpichu,
- přednostně provádět přístup na horních končetinách,
- použití centrálních katétrů zavedených z periferní žíly,
- punkci v. femoralis provádět zcela v ojedinělých a nezbytných případech,
- rotace periferních katétrů provádět po 72-96 hodinách,
- použití jednorázových mandrénů.

Prevence zaměřená na vlastnosti katétrů a dalších materiálů:

- speciálně upravené povrchy (antimikrobiální) u katétrů zaváděných na delší dobu než 5 dní,
- semitransparentní krytí místa vpichu,
- tunelizované katetry, podkožní porty při dlouhodobé potřebě.

Intravaskulární vstup musí být automaticky považován za zdroj teplot a bakteriémie, pokud není nalezeno jiné ložisko infekce. Při diagnostice provádíme dvojí odběr pro hemokultivaci: z periferní žíly a z katétru či jeho proximálního konce při odstranění (musí být shoda). Průkaz infekce katétru je indikací k jeho odstranění. Jen při obtížné punkci lékař zvažuje pokusit se o léčbu katétru (portu, tunelizovaných katétrů) – běžná léčba je podávána jinou cestou, provádí se koncentrované ATB zátky, které se po 6 hodinách mění. Závažná infekce místa vpichu vyžaduje odstranění katétru, někdy s excizí.

14.7 Nejzávažnější původci nozokomiální infekcí u seniorů

Zhruba 5 % infekcí je způsobeno závažnými kmeny z hlediska pacienta i epidemiologie (MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, 2009). Výskyt těchto závažných infekcí vyžaduje přísná opatření, která jsou definována multidisciplinárně. Kromě ošetřujícího lékaře a sester se vyžaduje i spolupráce například s mikrobiologem, hygienikem.

Mezi nejzávažnější rizikové faktory v péči o nemocné seniory řadíme nárůst multirezistentních kmenů bakterií a imunosuprese nemocných. Významně se podílí špatná hygiena, nespolečenská spolupráce pacienta a přítomnost chronických ran.

Rozhodující úlohu v šíření nozokomiální infekce má hygiena rukou personálu a používání ochranných rukavic. Rukavice bez hygieny rukou jsou rizikové a rozhodně ji nenahrazují. Platí tedy, že **rukavice ano, ale pozor:**

- 42 % kontaminovaných rukou personálu nebylo kolonizováno přímým kontaktem s pacientem, ale z povrchů kontaminovaných rukavicemi ostatních.
- V případech, kdy byly rukavice ihned odhazovány a dezinfikovány ruce, nebyl zjištěn žádný kontaminovaný personál.

Významný podíl na rozvoji multirezistence mají opakovaná přijetí nemocných nosičů na různá oddělení téhož zařízení či do různých zařízení. Nejčastějším vektorem přenosu jsou ruce personálu, méně nosičství bakterie personálem.

Na kontaminaci prostředí se starými pacienty se podílí často rotavirové infekce. Jsou zejména tam, kde jsou pacienti s poruchou kognitivních funkcí.

Průkaz multirezistentního patogenu vyžaduje důsledné bariérové ošetřování se zvláštními organizačními opatřeními! Bariérová ošetřovací technika, rovněž *bariérový režim* je soubor lege artis postupů, jež cíleně minimalizují riziko vzniku a šíření nozokomiálních nákaz.

14.8 Základní pravidla BOP

Mezi základní pravidla bariérové ošetřovatelské techniky patří:

- mytí a zejména hygienická dezinfekce rukou (HDR) zdravotnického personálu před a po manipulaci s pacientem,
- používání předepsaných ochranných pomůcek (ochranný oděv, ústenky, rukavice),
- dodržování zásad při manipulaci s prádlem (čistým i použitým) dle vyhlášky¹,
- dekontaminace biologického materiálu, použitých pomůcek, nástrojů, zdravotnického materiálu dle vyhlášky¹,
- hygienická manipulace se stravou (transport, podávání, provoz čajových kuchyněk),
- zabránění vzniku infekčních aerosolů a infekčního prachu vhodnými ošetřovacími a úklidovými postupy,
- individualizace pomůcek,
- izolace infekčního pacienta nebo naopak izolace nemocného, který je infekcí významně ohrožen,
- důsledná sterilizace instrumentária, pomůcek a zdravotnického materiálu včetně jejich řádného uložení a uchování dle vyhlášky¹,
- úklid a dezinfekce prostředí a pomůcek dle režimových opatření pro izolaci nemocného uvedených v hygienickém řádu oddělení.

Režimová opatření při izolaci nemocného

Infekční izolační pokoj musí být řádně označen. Dveře izolačního pokoje se otevírají jen v nezbytných případech, jinak zůstávají zavřené. Do místnosti vstupují jen ti, kdo tam vykonávají nezbytné činnosti. Při rutinních posloupných činnostech (vizita, roznášení stravy, úklid) je třeba ponechat izolační pokoj jako poslední. Chorobopis pacienta v izolaci je třeba viditelně označit a dle režimu jej ukládat. Zásadní je dodržování bariérového způsobu ošetřování, individualizovat pomůcky a přístroje k ošetřování izolovaného a ty ponechat na izolačním pokoji (teploměr, tonometr, převazový materiál), individualizovat všechny pomůcky pro osobní hygienu, včetně podložní mísy, močové láhve. Před vstupem na pokoj je nezbytné vždy provést hygienickou dezinfekci rukou, na pokoj se vstupuje pouze v ochranných pomůckách (jednorázový empír, ústenka, čepice, rukavice, návleky na obuv). Veškerý materiál, pomůcky na pokoji se musí považovat za infekční. Veškerou činnost u izolovaného na pokoji provádíme v jednorázových rukavicích a ty podle potřeby měníme. Před odchodem z izolačního pokoje odkládáme použitý oděv do kontejneru na jednorázový odpad, který je umístěný při východu z pokoje, provedeme HDR. Použité

¹ Vyhláška č. 306/2012, ze dne 12. září 2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

jednorázové pomůcky se odkládají do nádoby s víkem a jsou označeny jako infekční odpad. Z izolace nevynášíme žádné pomůcky (zařízení) pokud nebyly dekontaminovány - dezinfikovány. Nástroje se dekontaminují dezinfekčními prostředky přímo na izolačním pokoji. Individuální ošetrovatelské pomůcky (např. podložní mísa) se ihned po použití dezinfikují v izolaci. Osobní prádlo a lůžkoviny se ukládají do viditelně označených nepropustných pevnostěnných obalů označených jako „INFEKČNÍ“. Nádobí před vnesením z pokoje musí být dezinfikováno, zbytky jídla jsou pokládány za infekční odpad! Průběžný úklid, včetně dezinfekce povrchů, se provádí 3x denně, osoby provádějící úklid musí být poučeny o nutném režimu a manipulaci s odpadem z infekčního pokoje. Úklidové prostředky a pomůcky jsou vyčleněny pro použití pouze v izolačním pokoji. Uvnitř izolačního pokoje musí být k dispozici jednorázové rukavice, dávkovač s dezinfekčním prostředkem na ruce, dezinfekční postřikový prostředek na plochy a prádlo. Rodinným příslušníkům je umožněn přístup do izolačního pokoje v ochranných pomůckách při dodržování výše popsaných zásad. Nemocný může v izolaci strávit i velmi dlouhé období (měsíce), pak je třeba zajišťovat ve spolupráci s rodinou aktivizační činnosti. Je vhodné návštěvy plánovat.

Nejzávažnější fenotypy rezistence:

- methicilin rezistentní kmeny *Staphylococcus aureus* (MRSA),
- vankomycin rezistentní enterokoky (VRE),
- methicilin rezistentní koaguláza negativní stafylokoky (MRSE),
- kmeny *Staphylococcus aureus* se sníženou citlivostí resp. rezistencí k vankomycinu (VISA, VRSA),
- kmeny *Streptococcus pneumoniae* s rezistencí k penicilinu a k makrolidům,
- kmeny *Streptococcus pyogenes* s rezistencí k makrolidům.

14.9 MRSA - Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*

Rezistence tohoto typu je vyvolána změnou struktury enzymů – proteinů. Tato chromosomální mutací podmíněná konfigurace má za následek snížení vazebné afinity oxacilinu, stejně jako ostatních betalaktamových antibiotik (peniciliny, cefalosporiny, monobaktamy, karpabenemy) a vede k laboratorní a klinicky významné rezistenci. Rezistence tohoto typu je navíc často sdružena s rezistencí k dalším nepříbuzným skupinám antibiotik (aminoglykosidy, fluorochinolony, makrolidy). Většina nákaz MRSA vzniká v souvislosti s poskytováním léčebně preventivní péče, ale existují i komunitní kmeny (Community-Acquired MRSA, CA-MRSA).

CA-MRSA infekce již není omezena na jednotky intenzivní péče, nemocnice a další zdravotnické instituce. Jde o nový fenomén vysoce virulentních kmenů stafylokoků, které nejsou citlivé na betalaktamová antibiotika a které neměli kontakt se zdravotnictvím. CA-MRSA byla identifikována v roce 1981, geneticky je odlišná od HA-MRSA.