

Přehled nejčastějších onemocnění, přidružených problémů ve stáří

DELIRANTNÍ STAVY

Delirium

- **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

- zpravidla multikauzální
- někdy se nám nepodaří základní vyvolávající příčinu zjistit, např. při polymorbiditě a polypragmzii, jindy je příčina zřejmá, např. alkoholové delirium tremens (KALVACH et al., 2008)
- **od demence se delirium liší**
 - ✓ rychlým nástupem
 - ✓ proměnlivostí kognitivních funkcí, kde se lucidní intervaly střídají s projevy kognitivní poruchy (zhoršenou pamětí, dezorganizovaným myšlením, dezorientací)

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

Výskyt deliriózních (delirantních) stavů

- setkávají se především lékaři akutních oddělení nemocnic, a to již při přijetí, kde jsou **příznaky deliria přítomny u 15-30 % přijímaných pacientů starších 65 let**
- 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

Výskyt deliriózních (delirantních) stavů

- **APACHE** - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

system akutního fyziologického a chronického zhodnocení zdraví (APACHE II)

je nástroj pro odhad skóre závažnosti a úmrtnosti vyvinutý z velkého vzorku pacientů na JIP

system APACHE II

- ✓ využívá bodového skóre
- ✓ je založeno na počátečních hodnotách 12 fyziologických proměnných,
- ✓ věku a předchozím zdravotním stavu pacienta,
- ✓ poskytuje 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

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

Kalkulačka APACHE II

Skóre akutní fyziologie a hodnocení chronického zdraví (APACHE) II k predikci nemocniční úmrtnosti



ClinCalc.com » Kritická péče » Kalkulačka akutní fyziologie a chronického zdraví (APACHE II)

Použijte *nejhorší* hodnotu pro každou fyziologickou proměnnou za posledních 24 hodin.

Stáří let

Skóre Glasgow v kómatu [?](#)

Životně důležité orgány

Temp C nebo F [?](#)

MAPA mmHg

Tepová frekvence tep/min

Míra resp tep/min

Okysličení

FIO₂ % [?](#)

PaO₂ mmHg

Arteriální pH

Chemie

Sodík mEq/L

Draslík mEq/L

Kreatinin mg/dl

Akutní selhání ledvin

Hematologie

dač angličtina → čeština

WBC začnete od začátku a zadejte svá vlastní data pacienta.

Těžká nedostatečnost orgánového systému nebo imunokompromitovaná [?](#)

Resetovat

výpočet

[↔ americké jednotky](#)

VÝSLEDEK

Celkové skóre: 22 bodů

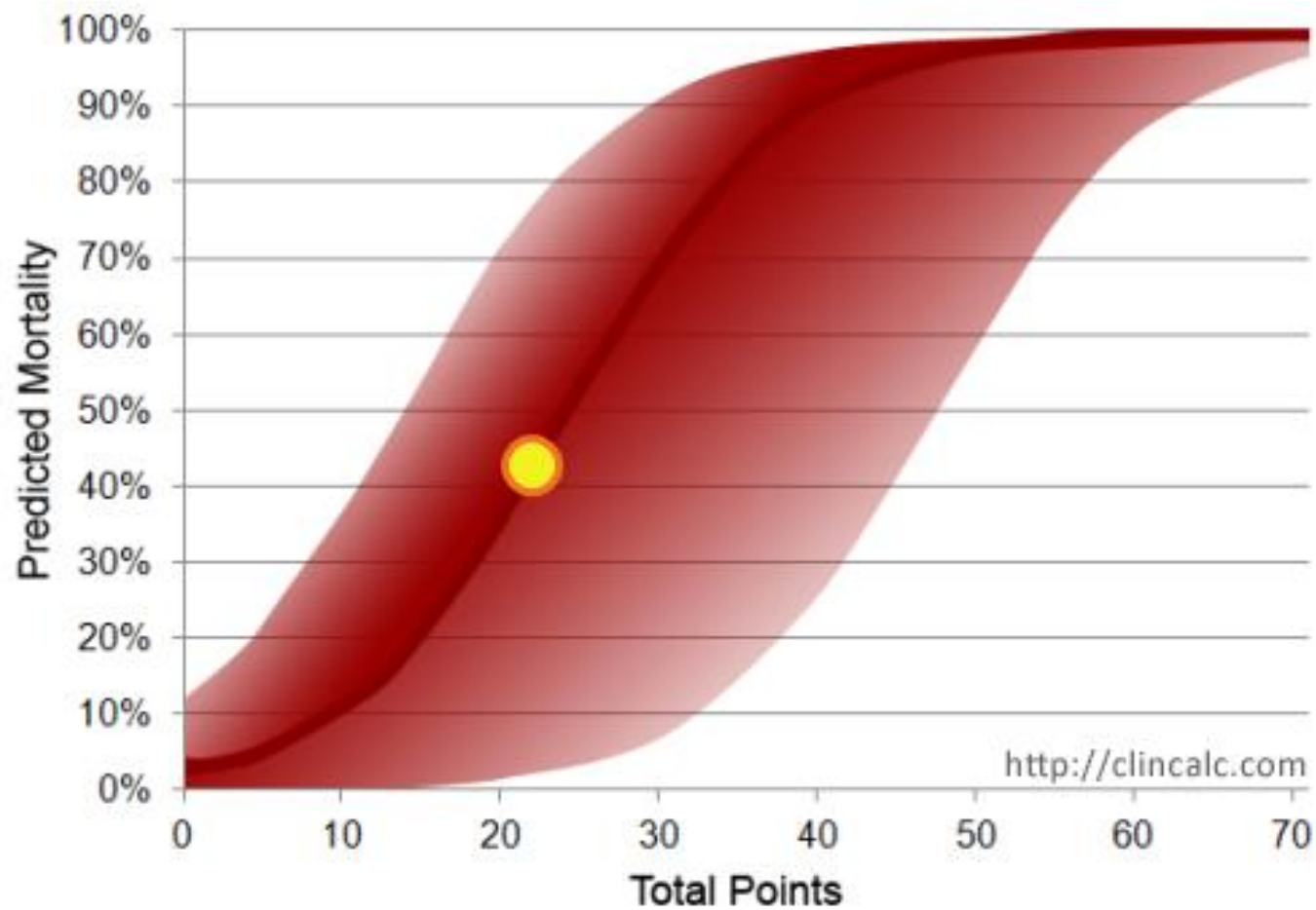
Odhadovaná úmrtnost: 42,4 %

* - Úmrtnost závisí na indikaci přijetí na JIP. [Vypočítejte skutečný odhad úmrtnosti](#) .

Č angličtina → čeština ▼

začněte od začátku a zadejte svá vlastní data pacienta.

2. pH 7,15 - 7,24	3	13,6 %
3. Věk 55 - 64 let	3	13,6 %
4. Kreatinin 1,5 - 1,9 mg/dl	2	9,1 %
5. HR 110 - 139 bpm	2	9,1 %
6. MAP 50 - 69 mmHg	2	9,1 %
7. WBC 15 - 19,9 (10 ³ /m3)	1	4,5 %
8. Sodík 150 - 154 mEq/l	1	4,5 %
9. Žádné chronické zdravotní body	0	0 %
10. Hematokrit 30 - 45,9 %	0	0 %
11. pO ₂ > 55 mmHg	0	0 %
12. Resp rate 12 - 24 bpm	0	0 %
13. Draslík 3,5 - 5,4 mEq/l	0	0 %
14. Teplota 36 - 38,4 °C	0	0 %
Celkový	22	100%



Přeměna APACHE II na úmrtnost

Skóre APACHE II:

bodů

Pacient potřeboval naléhavou operaci

 Ne Ano

Důvod přijetí na JIP:

Vypočítat

Patofyziologie 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**
 - 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,
 - dysbalance hladin dopaminu, serotoninu, kyseliny gama-aminomáselné
 - dalších látek ze skupin cytosinů, beta-endorfinů
- předpokládá se i porucha permeability neuronální membrány při dysbalanci elektrolytů nebo hypoxémii (TOPINKOVÁ, 2010)

Etiologie deliria

- deliria nasedající na demenci
- deliria bez přítomnosti demence

Základní rizikové faktory lze začlenit do 5 oblastí:

1. pokročilý věk

- 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),

Etiologie deliria

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

Etiologie deliria

dehydratace a metabolické změny

- hypoglykemie, hyperglykemie, hypernatremie, hyponatremie, hyperkalcemie a jiné iontové dysbalance, uremie, jaterní selhání

nutriční faktory

hypoperfuze 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. náhlé vysazení návykových látek, např. benzodiazepinů, riziko zvyšující kombinace léků v rámci polypragmzie*

* označuje stav, kdy je najednou podáváno větší množství léků

Etiologie deliria

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 omezování, např. kurtování

senzorické deficity

- těžší smyslová postižení, tma, senzorická deprivace
- psychosociální stres
- přesazení pacienta do neznámého prostředí
- odloučení od blízké osoby
- jazyková bariéra
- pohybové omezení

bolest

Klinický obraz a klasifikace deliria

- značně různorodý
- 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**

Klinický obraz a klasifikace deliria

- jedná se o **organickou duševní poruchu**
- Dřívější názvy: ***akutní organický mozkový syndrom, akutní stav zmatenosti***.
Incidence: v nemocnici 10–15 % (staří 30–50 %).

Diagnostická kritéria:

- snížení dlouhodobé pozornosti na zevní podněty
- dezorganizace myšlení, vede k inkoherenci (roztříštěnost)
- alespoň **dva** z následujících symptomů:
 - snížená úroveň vědomí,
 - poruchy vnímání,
 - poruchy cyklu spánek-bdění,
 - snížení nebo zvýšení psychomotorické aktivity,
 - dezorientace časem, místem, osobou,
 - zhoršení paměti.

Klasifikace deliria

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 %**

Klasifikace deliria

dle převládajícího klinického obrazu můžeme deliria dělit do čtyř subtypů:

Hypoaktivní forma deliria

- **nenápadná**, u geriatrických pacientů častá a mnohdy přehlédnutá forma
- **postižení bývají dezorientování 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 %**

Klinický obraz a klasifikace deliria

Hyperaktivní deliria

- objevují se 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

Klinický obraz a klasifikace deliria

Hyperaktivní deliria

- jindy se objevuje **emoční útlum** s neadekvátními aktivitami jako je stereotypní provádění určitých úkonů, které může být spojeno s 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

Klasifikace deliria

Smíšená forma deliria

- střídání hyperaktivních a hypoaktivních projevů a kolísání intenzity kvalitativní poruchy vědomí
- etiologicky se často uplatňuje multimorbidita a léková polypragmazie
- smíšených forem bývá nejvíce (65 %)

Klasifikace deliria

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**

Klinický obraz a klasifikace deliria

Klinické příznaky - obecně

- **časté prodromy**: noční děsy, anxieta, bolesti hlavy
- **u rozvinutého deliria** – psychické příznaky: zhoršení krátkodobé paměti, potíže s pozorností, poruchy vnímání, iluze, halucinace, bludy, dezorientace
- důkaz **korové dysfunkce**
 - ✓ **alexie** - neschopnost čtení a pochopení textu
 - ✓ **apraxie** - ztráta naučených nebo vžitých pohybů stereotypů
 - ✓ **agnózie** – slyší, ale nepoznává význam slova, vidí, ale nepoznává barvu
 - ✓ **dysgrafie** – porucha motorické složky psaní
 - ✓ **afázie** - neschopnost pochopit slyšená nebo čtená slova (senzorická, motorická)
- **poruchy chování**
- **somatické příznaky** – příznaky všeobecné mozkové dysfunkce (tremor, dysartrie, myoklonus)
- příznaky **autonomních dysfunkcí** (zvýšená teplota, tachykardie, zvýšení tlaku krve, [inkontinence](#), pocení, mydriáza).

Základní klinické znaky deliria

- zastřené vědomí, snížená schopnost udržet pozornost vůči vnějším podnětům
- pocitové poruchy jako halucinace, iluze
- 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
- poruchy emocí (úzkost, apatie)

Diagnostika deliria

- delirium diagnostikujeme ve dvou rovinách
 - rozpoznání syndromu deliria
 - a určení příčiny stavu
- vyšetření začínáme **anamnézou a fyzikálním vyšetřením**
- následuje vyšetření **psychického stavu**

Diagnostika deliria

screeningové testy

- nejčastěji se k diagnostice deliria používá test **CAM (Confusion Assessment Method)**
- byl vyvinut pro zlepšení rozpoznání deliria na akutních odděleních nemocnic
- 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

Diagnostika deliria






screeningové testy

- nejčastěji se k diagnostice deliria používá test **CAM (Confusion Assessment Method)**
- hodnotí se zde 4 kategorie
 - ✓ náhlý vznik a kolísání stavu
 - ✓ porucha vědomí
 - ✓ porucha pozornosti
 - ✓ porucha myšlení

Diagnostika deliria

- Mini Mental State Examinaton

- Test kreslení hodin

				
A	B	C	D	E
CDT	CDT	CDT	CDT	CDT
4	2	2	1	2
MMSE	MMSE	MMSE	MMSE	MMSE
30	20	19	14	19

Terapie

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

Terapie

léčebně preventivní opatření

- 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

- **CAVE: kurtování a fyzické omezování prohlubuje delirium a zvyšuje riziko úrazu**

Terapie

- cílená, pokud možno kauzální léčba základního onemocnění (např. vysazení toxické látky, **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 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

Terapie

- 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

Terapie

farmakoterapie

- k vlastní farmakoterapii deliria přístupujeme u agitovaného, psychotického nebo nespolupracujícího nemocného (odmítá jídlo, pití, nezbytná vyšetření), případně u těžší nespavosti
- slouží k navození přiměřené sedace s cílem zajistit **bezpečnost nemocného** a jeho okolí, **zabránit vyčerpání**, zlepšit spolupráci při vyšetřeních
- nemá jednoznačný algoritmus
- používají se **antipsychotika a benzodiazepiny** s krátkým vylučovacím poločasem Haloperidol, Melperon, antipsychotika II. generace (Risperidon, Sulpirid).
- při přetrvávající agitovanosti je léčba **doplněna benzodiazepiny** s krátkým vylučovacím poločasem (Oxazepam, Lorazepam, Midazolam)

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

Specifická péče o seniora s delíriem

- 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

Specifická péče o seniora s deliriem

- 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 větách, není vhodné pouhé opakování),
 - používat uzavřené otázky s možností odpovědí 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
- Sebepoškozování
- 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
- Snížená obranyschopnost
- Sociální izolace
- Stavy beznaděje
- Zvýšená úzkost, strach

DEMENCE

Demence

- 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**
 - 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

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**
- ✓ **např. 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

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**
- v souvislosti s prodlužováním průměrné délky života a poklesem porodnosti se neustále urychluje proces stárnutí populace
- s tím souvisí stoupající výskyt demence

Incidence, prevalence

- ve světě trpí Alzheimerovou chorobou zhruba **25 milionů lidí**, v Evropě 5,4 milionu,
- v České republice se odhaduje na 100 000-150 000 osob
- **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

Patofyziologie Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc

- je **progresivní primárně degenerativní onemocnění CNS**
- projevuje se kortiko-subkortikální atrofií, jejíž rozsah vždy nemusí korelovat s tíží demence
- **makroskopicky:**
 - **ztenčení mozkové kůry, rozšíření sulků i komor mozkových**
 - **obvykle bývá výrazná atrofie v oblasti hipokampů a rozšíření temporálních rohů postranních komor**
- **mikroskopicky:** změny intra i extracelulární
- **ukládání beta-amyloidu** je nedůležitější extracelulární patologickou změnou

Patofyziologie Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc

- **beta-amyloidy** (uložená depozita této bílkoviny) **tvorí 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 (úmrť) neuronů
- v oblasti plaků také dochází ke vzniku sterilního zánětu
- 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

Rizikové faktory demence

- ve většině případů neznáme příčinu onemocnění vedoucích k demenci, to platí zejména u onemocnění degenerativních (například Alzheimerova choroba)
- **vaskulární demence** je v naprosté většině případů důsledkem aterosklerotického postižení mozkových cév

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

Rizikové faktory demence

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

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
- mají významné sociální dopady pro pacienta a jeho rodinu

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

Test IADL hodnotí:

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

Behaviorální a psychické příznaky (BPSD)

- behaviorální (chování ve společnosti) 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

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

Kognitivní změny

- **poruchy paměti** jsou doprovázejícím, prvním a nejnápadnějším symptomem demencí
 - ✓ pokles paměti je nejzřetelnější při učení se novým informacím a neschopnost se těmito 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 vhledu** 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*

Poruchy orientace

- 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 dotyčný 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 událostí nedokáže vysvětlit vzhledem k poruše paměti

Poruchy úsudku a myšlení

- **souvisí s deteriorací intelektu**
- myšlení bývá často hned v počátcích nemoci paranoidní (podezíravé), 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

Další problémy

poruchy pozornosti a motivace

korové poruchy, mezi něž řadíme

a) fatické poruchy

- porucha řeči nebo porozumění řeči (řeč mluvená i slyšená) na korové úrovni
- při vystupňované **afázii** **není schopen tvořit srozumitelnou řeč, konfabuluje, komolí slova**, používá zkomolené žargonové výrazy, neologismy, řeč je po gramatické stránce nesprávná

b) agrafie

- neschopnost psát a zejména se podepsat

c) 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

d) akalkulie

- neschopnost počítat

Další problémy

e) 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

f) amuzie

- neschopnost rozeznávat hudební formy, písně, skladby, hudební skladatele, rytmus, intonaci (zejména v pokročilejší fázi demence)

g) 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

Další problémy

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 nezvládnutých situací, která sníženou schopnost rozhodovat se a řešit problémy ještě umocní
- nemocný pak mívá pocit nejistoty a bezmoci

Sekundární symptomy

- 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

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)

Diagnostika Alzheimerovy choroby

- 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 **klínik 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!!!

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

Stadia demence

druhé stadium, syndrom rozvinuté demence

- 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

Stadia demence

ve třetím stadiu

- onemocnění potřebují pacienti zejména ošetrovatelskou péčí, 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

Stadia demence

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 stolicí
 - 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

Stadia demence

v terminálním stadiu

- **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

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

Terapie

- 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 stadiích nemoci a většinu z nich i v domácím prostředí

Nefarmakologické přístupy

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 pečovatелеm
- 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

Nefarmakologické přístupy

dotekem

- **snížujeme 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

Nefarmakologické přístupy

taneční terapie

- metodou uznávanou a rozšířenou po celém světě
- k tanci je přístupováno jako k terapeutickému pohybu a proto estetická stránka ustupuje do pozadí
- respektujeme ostých nemocných

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

arteterapie, léčba světlem

- **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

Nefarmakologické přístupy

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

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

Koncepce péče

- **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
- pečující rodinní příslušníci se tak stávají **skrytými oběťmi demence**

Etické aspekty poskytované péče

- aby pacient s demencí mohl být informován o své diagnóze, na což má beze sporu právo, musí sdělenému rozumět
- respektovat i to, kdy si pacient nepřeje být informován, či nemůže sdělenému již porozumět
- 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
- V ČR je třeba urychleně řešit etickou a právní problematiku u pokročile dementních pacientů

Etické aspekty poskytované péče

- 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 Alzheimerových 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

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy

Deficit sebedpěče při stravování - 00102	Zhoršená paměť - 00131
Deficit sebedpěče při koupání - 00108	Zhoršená sociální interakce - 00052
Deficit sebedpěče při oblékání - 00109	Potulka - 00154
Deficit sebedpěče při vyprazdňování - 00110	Riziko bezmocnosti - 00152
Zanedbávání sebe sama – 00193	Riziko syndromu nepoužívání - 00040
Chronická zmatenost - 00129	Riziko intolerance aktivity - 00094
Zhoršené vylučování moči - 00016	Riziko sníženého objemu tekutin v organismu - 00025
Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu - 00002	Riziko osamělosti - 00054
Nedostatek zájmových aktivit - 00097	Riziko pádů - 00155
Chování náchylné k zdravotním rizikům – 00188	Riziko poškození - 00035
Porucha polykání - 00103	Riziko traumatu - 00038
Narušená osobní identita – 00121	Sociální izolace - 00053
Neefektivní plnění rolí - 00055	Úzkost - 00146
Neefektivní udržování zdraví - 00099	Zhoršená verbální komunikace - 00051
Noncompliance - 00079	Zhoršené udržování domácnosti - 00098
Neefektivní zvládnání zátěže - 00069	
Syndrom zhoršené interpretace okolí - 00127	
Nespavost - 00095	

ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba

- 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 a extracelulárně (neuritické senilní plaky, depozice amyloidu)

- je patrné rozšíření komorového systému, atrofie hipokampů

Alzheimerova choroba

- příčina není známa
- jsou popsány mutace některých genů zvyšující riziko vzniku nemoci

symptomy

- 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

- obtížná, nověji se popisují pozitivní výsledky zejména při zpomalení progresu u časnějších forem (VOKURKA, 2002).

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

První stadium P-PA-IA I

- **počínající až mírná demence**
- nemocní jsou **relativně nezávislí, soběstační**, někteří již mohou potřebovat asistenci či výpomoc druhou osobou, ale zpravidla ne trvalou
- provést včasnou a správnou diagnostiku nemoci
- 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**

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

- 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

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

druhé stadium P-PA-IA II

- středně pokročilá a rozvinutá demence
- 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

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

- **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 (soudní přezkoumání)
- 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

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

- 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**

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

Třetí stadium P-PA-IA III

- **stadium těžké demence a demence komplikované poruchami chování**
- **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

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

- vyžadují ošetrovatelskou 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
- 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

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

- 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

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

terminální stádium

- **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,

Stadia nemoci dle České alzheimerovské společnosti

- 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

- 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
 - ✓ 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
 - ✓ syndrom 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

Profesionální a psychosociální rizika při péči o lidi s Alzheimerovou chorobou



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

Profesionální a psychosociální rizika při péči o lidi s Alzheimerovou chorobou



- 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

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

Užívání omezovacích prostředků

- 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 omezování** 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
- omezujícím prostředkem může být také **medikace**
- 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

INKONTINENCE MOČE

Inkontinence moče

- močová inkontinence se stává ve stáří častým klinickým symptomem
- 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).

Definice a klasifikace inkontinence

- 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)

Definice a klasifikace inkontinence

- 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)

Definice a klasifikace inkontinence

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)**

Klasifikace inkontinence

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 inkontinence

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

Klasifikace inkontinence

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)

Klasifikace inkontinence

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 (nácvik močení s prodlužujícím se intervalem, mikční deník)

Příčiny inkontinence

- 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)

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

Rizikové faktory

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

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).

Diagnostika močové inkontinence a její nedostatky

anamnéza

- 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

Diagnostika močové inkontinence a její nedostatky

klinická vyšetření

- 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

Diagnostika močové inkontinence a její nedostatky

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

Diagnostika močové inkontinence a její nedostatky

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 jednohodinový PW test
- před ním pacientka nemočí, poté provádí hodinu předem určenou pohybovou aktivitu
- před a po uplynutí doby jsou převáženy vložky, které použila

- u inkontinetních 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

Diagnostika močové inkontinence a její nedostatky

urodynamická vyšetření

- jde o speciální vyšetření prováděná zpravidla na urologii
 - cystometrie
 - profilometrie
 - uroflowmetrie
 - 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).

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 ošetrovatelského 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.

Doporučené postupy při inkontinenci seniorů

- **absorpční (savé)**
- **sběrné**
- **obstrukční (penilní svorka pro muže)**

absorpční pomůcky

- jednorázové zahrnují vložky, vložkové pleny, plenkové kalhotky (s lepítkem 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

Doporučené postupy při inkontinenci seniorů

- **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).

Doporučené postupy při inkontinenci seniorů

- 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

Doporučené postupy při inkontinenci seniorů

- 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 dekubitách
- 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

Infekce močového ústrojí u seniorů

- infekce močového ústrojí seniorů tvoří 40-45 % infekcí a téměř vždy je spojena s předchozím instrumentálním výkonem na močových cestách
- původce jsou nejčastěji mikroorganismy z periuretrální oblasti, perinea nebo trávicího 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 močové infekce patří tyto zásady

- zavádět katétrů 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.

Infekce močového ústrojí u seniorů

- dosud používané proplachy katétru jednoznačně zvyšují riziko infekce
- léčba močových infekcí se opírá o kultivační nález
 - nejčastěji nalezeným původcem je *E. coli*, nozokomiální G- bakterie (*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)

Ošetrovatelská péče při prevenci infekce močových cest v souvislosti s zavedeným 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 pětkrát 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.
- 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 katetrizace 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 stříkačky 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. dekubitech).
- Na přání pacienta v terminálním stadiu.

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

Komunikace s inkontinentním pacientem

- 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!

SPECIFIKA AKUTNÍ PÉČE U SENIORŮ

Specifika chorob starších nemocných ve vztahu k akutní medicíně

- 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**

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).

Specifika chorob starších nemocných ve vztahu k akutní medicíně

- 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

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 žeberních 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

Specifické rysy resuscitace u starších pacientů

- 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.

Specifické rysy resuscitace u starších pacientů

- 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)

[E-learning](#) > [Osetrovateľská péče o seniory](#)

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

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I. a C. BORZOVÁ. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.

KLÁN, Jan. 2011. Demence – závažný medicínský problém stárnoucí populace. In: *Practicus: odborný časopis praktických lékařů*. 11, 5. ISSN 1213-8711.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCONZO, 67 s. ISBN 80-701-3436-4.