



Financováno  
Evropskou unií  
NextGenerationEU



Národní  
plán  
obnovy

MSMT  
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

# Specializovaná péče o seniory

Mgr. Silvie Svobodová  
Mgr. Sylvie Chvatíková

ADAPT UTB: Adaptabilní, Digitální, Agilní, Progresivní,  
Transformace UTB ve Zlíně  
reg. č. NPO\_UTB\_MSMT-16585/2022

 Univerzita Tomáše Bati  
Fakulta humanitních studií



# Cíl předmětu

- Prohloubit znalosti studentů vztahující se k péči o seniory
- Připravit studenty na poskytování péče seniorům v jejich vlastním sociálním prostředí
- Prohloubit znalosti studentů v oblasti změn ve stáří včetně kognitivních funkcí
- Připravit studenty na poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče pacientům seniorského věku v domácích podmínkách

## **Forma způsobu ověření studijních výsledků a další požadavky na studenta**

- Doporučená účast na seminářích a na cvičeních (min. 80 %)
- Klasifikovaný zápočet bude udělen na základě splnění písemného testu (úspěšnost min. 75 %), s možností jedné (ústní) opravy

## **Forma způsobu ověření studijních výsledků a další požadavky na studenta**

- Doporučená účast na seminářích (min. 80 %), na cvičeních (min. 80 %)
- Klasifikovaný zápočet bude udělen na základě splnění písemného testu (úspěšnost min. 75 %), s možností jedné (ústní) opravy.

# Obsah předmětu

- Klinické hodnocení a vyšetření geriatrického pacienta
- Geriatrická křehkost
- Zvláštnosti chorob ve stáří
- Potřeby seniorů a jejich odlišnosti
- Riziko rozvoje imobilizačního syndromu
- Specializovaná péče o seniory s poruchami kognitivních funkcí.
- Diferenciální diagnostika demence, deprese, deliria, intervence a terapeutické přístupy.
- Etické aspekty péče u geriatricky nemocných.

# Obsah předmětu

- Respektování důstojnosti u osob seniorského věku.
- Hodnocení geriatrického pacienta s využitím měřících technik.
- Koordinace zabezpečení akutní, navazující a domácí péče u geriatrického pacienta.

# Výstupní kompetence studenta

## Odborné znalosti

Po absolvování předmětu prokazuje student znalosti:

- používat vhodnou terminologii v oblasti gerontologie;
- definovat zvláštnosti chorob ve stáří;
- hodnotit soběstačnost dle hodnotících škál a měřících technik u seniorů;
- specifikovat péči o seniory s poruchami kognitivních funkcí;
- vysvětlit etické aspekty péče o seniory.

# Výstupní kompetence studenta

## Odborné dovednosti

- navrhnout psychosociální intervence při poskytování ošetrovatelské péče seniorům v domácích podmínkách;
- zhodnotit potřeby seniorů, hodnotit rizika pádu;
- využívat evidence based practice v péči u pacientů v seniorském věku;
- edukovat osoby seniorského věku;
- použít měřicí techniky a hodnotící škály v hodnocení kognitivních funkcí seniora.



# Stáří - sénium

- charakteristika stáří
- přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu
- probíhá již od početí

# Stáří

- Vzniká vlastním procesem stárnutí
- V buňkách dochází k degenerativním změnám (úpadek ve vývoji, vývojový pokles nebo ústup)
- Stáří je vyvrcholením stárnutí

# Aspekty stáří

- Základní charakteristikou seniorské populace a východiskem ke strategii seniorských politik je výrazná seniorská heterogenita
- Neexistují „typičtí senioři“, pro něž lze universální podobu služeb rozvíjet
- Nezbytná je individualizace přístupů

# Proces stárnutí

- Involute lze zjednodušeně označit jako působení času na lidskou bytost
- Přináší primárně změny tělesné struktury a následně funkční změny organismu.
- Důsledky změn jsou destruktivní i konstruktivní
- Představuje přirozený proces probíhající podle zákonů biologie

# Proces stárnutí

- Způsobuje pokles adaptační schopnosti organismu a dochází při něm také ke zmenšení funkční rezervy
- Obecným rysem stárnutí je atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně
- Je ireversibilní, nezvratný a jednosměrný proces, který je zakončen zánikem individua

# Teorie stárnutí

- Teorie o působení zevních vlivů
- Teorie volných radikálů
- Genetické teorie
- Imunologické teorie

# Klasifikace věku WHO

- 18 – 30 let - období plné dospělosti
- 30 – 45 let - období mladého věku
- 45 – 59let - období středního věku
- 60 – 75 let - období stárnutí, počínající involuce lidské motoriky, presenium
- 75 – 90 let - období starého věku, involuce lidské motoriky
- 90 a více - období stařecké, stádium úpadku lidské motoriky

# Typy seniorské populace

- **Elitní**– disponují mimořádnou výkonností, jsou schopni nadprůměrných výkonů (John Glenn, schopný letu do kosmu v 78 letech)
- **Zdatní**– zachovávají fyzickou zdatnost aktivního dospělého člověka (život v horských vesnicích)
- **Nezávislí**– zvládají denní aktivity v bezbariérových podmínkách
- **Křehcí**– vykazují nízký potenciál zdraví, nízkou zdatnost , odolnost a zvláště adaptabilitu, špatně zvládají i běžné zátěže



# Typy seniorské populace

- **Závislí** – vyžadují z důvodu závažného postižení mobility, stability, orientace či kognitivních schopností dlouhodobou , často trvalou podporu
- **Zcela závislí** – lidé trvale upoutání na lůžko, s pokročilou poruchou kognitivních funkcí
- **Umírající** – vyžadují ucelenou paliativní péči ústavní či domácí (home care)

# Geriatric

- **Geriatric** – lékařská specializace zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí chorob ve vyšším věku
- **Geriatrics** – skupina léků, kterými se snažíme pozitivně ovlivnit proces stárnutí
- **Geront** - stařec
- **Gerontology** – věda zabývající se stárnutím organismu
- **Involutive changes** – postupné změny omezující výkonnost člověka v jeho psychosomatické jednotě
- **Senile** – stařecká, vetchý

# Demografické aspekty stárnutí

- Demografie je věda, zabývající se reprodukcí lidských populací
- Studuje podmínky, které ji ovlivňují a hledá zákonitosti (pravidelnosti), kterými se proces demografické populace řídí
- Jde o disciplínu bio-sociální, o procesy, které jsou svou povahou biologické, probíhají v společenských podmínkách a jsou jimi výrazně modulovány
- Základními procesy demografické produkce jsou porodnost a úmrtnost, dalším pak migrace

# Základní demografické pojmy

- **Index stáří** - poměr seniorů k dětem ve věku 0-14 let (počet obyvatel ve věku 60-65+ na 100 dětí ve věku 0-14)
- **Index závislosti I** - poměr dětí ve věku 0-14 (0-19) let k obyvatelům ve věku 15-59 (20-64) – vzhledem k prodlužování vzdělání
- **Index závislosti II** - poměr seniorů ve věku 65+ (65+) k obyvatelům ve věku 15-59 (15-64)
- **Index ekonomického zatížení** – poměr dětí a seniorů (obyvatel ve věku 0-14 a 60,65+)

# Základní demografické pojmy

- **Naděje dožití** (střední délka života) na základě úmrtnostních tabulek dané populace kalkulovaný počet let života, které mají lidé určitého věku a pohlaví v průměru předpokládaně před sebou
- **Pravděpodobná délka života** – věk, kterého se dožívá právě polovina z tabulkového počtu narozených
- **Normální délka života** – věk, ve kterém se v dospělosti umírá největší počet osob

# Základní demografické pojmy

- **Průměrný věk žijících** – aritmetický průměr věku všech žijících osob v dané populaci
- **Porodnost** (natalita) – počet živě narozených dětí v daném kalendářním roce na 1000 obyvatel
- **Plodnost** (fertilita) – počet živě narozených dětí v daném kalendářním roce na 1000 žen
- **Úmrtnost** (mortalita) – počet zemřelých v daném kalendářním roce na 1000 obyvatel

# Základní demografické pojmy

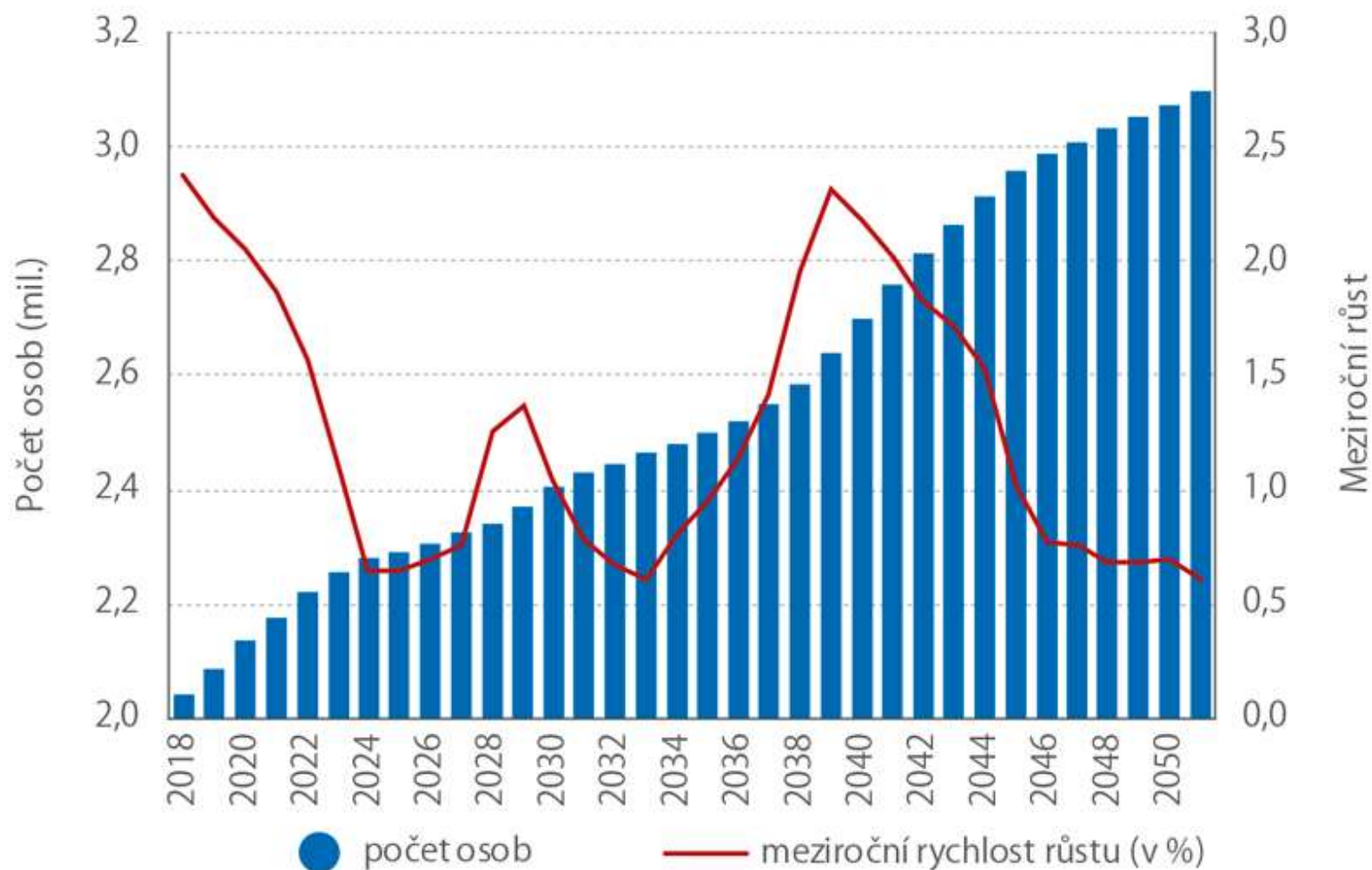
- **Řád vymírání** – tabulkové zpracování intenzit úmrtnosti v jednotlivých věkových ročnících , které ukazuje, jak postupně ubývají počty z kořene narozených daného ročníku, tabulky slouží k výpočtu naděje dožití
- Věková struktura obyvatelstva se mění vzhledem k tomu , že v posledních desetiletích dochází ke zvyšování relativního podílu a absolutního počtu starších lidí = **populační stárnutí**

# Data ČSÚ

- <https://www.czso.cz/documents/10180/165397788/31003422.pdf/7e1fd9c7-e5fb-4155-9e88-882ba3cb1712?version=1.5>



# Očekávaný vývoj počtu obyvatel ve věku 65+ A MEZIROČNÍ RYCHLOST JEHO RŮSTU (v %), 2018–2051 (1. 1., střední varianta projekce) ČSÚ



# Fyzická křehkost stáří

- Je stav spojen se zvýšeným sklonem k onemocnění.
- Časté období, vzniku pádu, zlomenin.
- Díky úrazům, vzniká závislost a pomoci druhých.
- Vznik jistých onemocnění, která senior předtím nepociťoval.

# Příčiny fyzické křehkosti

- Snížená svalová síla
- Snížená fyzická schopnost
- Ztráta kostí hmoty a minerálů v kostech
- Snížená imunita
- Snížená fyzická výkonnost a vytrvalost
- Narušená pohyblivost a tělesná rovnováha

# Specifické znaky nemocí ve stáří

- Výskyt většího onemocnění u jednoho člověka – **polymorbidita**
- Řada onemocnění probíhá odlišně – příznaky mohou být nevýrazné nebo atypické
- Sklon k chronicitě
- Častější výskyt komplikací základního onemocnění

# Specifické znaky nemocí ve stáří

- Závažné choroby urychlují proces stárnutí (onkologické diagnózy)
- Závažná změna v sociální oblasti starého člověka může zhoršit jeho celkový zdravotní stav (úmrtí partnera)
- Poruchy metabolismu (dehydratace, DM, atd...)

# Atypická symptomatologie

- Poruchy vyprazdňování (inkontinence)
- Poruchy výživy (hladovění, kachexie)

**Imobilizační syndrom, který se projeví**

- somatickými změnami  
(DC, GIT, RS, KVS-TEN, pohybové ústrojí )
- psychickými změnami  
(demence, delirium, deprese)
- poruchami spánku (insomnie, hypersomnie, spánková inverze)
- zvýšený výskyt dekubitů
- úrazy následkem pádu (symptomatické, mechanické)

# Odlišnosti klinického obrazu

- **Mikrosymptomatologie**

symptomy nemoci jsou nedostatečně vyjádřeny

- **Nedostatek příznaků**

onemocnění probíhá skrytě

- **Nespecifické příznaky**

prudké nebo náhlé zhoršení probíhajícího onemocnění

# Odlišnosti klinického obrazu

- Atypické lékové reakce
- Sociální rozměr nemoci



Obr. 1



# Příznaky stáří

- Atrofie tkání ,zmnožení vaziva a tuku
- Úbytek tzv. lean body mass- tzv. netučné tělesné hmoty
- Zvýšení obsahu tělesného tuku (až o 25 %) zvýšení BMI
- Zmenšení objemu celkové tělesné vody- větší závažnost nedostatečného příjmu tekutin

# Příznaky stáří

## Vzhled

- Kůže – vrásčitá , ztrácí elasticitu , je suchá, pigmentové skvrny , fragilní kožní kapiláry-časté podlitiny
- Vlasy-šedivění , řidnutí , vypadávání až pleš nebo úplná ztráta vlasů
- Svalstvo-úbytek svalové hmoty /sarkopenie/s poklesem svalové síly-závisí významně na tělesné aktivitě

# Příznaky stáří

- Kostí a klouby - úbytek kostní denzity-osteopenie až osteoporosa, snižují se meziobratlové ploténky a kloubní chrupavky-zhoršení propriocepce hlubokého čítí a pohybové koordinace, poruchy stereotypu chůze
- Výška - zmenšuje se- změny na lokomočním aparátu- větší hrudní kyfóza a bederní lordóza
- Hmotnost- ubývá - v důsledku snížení svalové hmoty a úbytku podkožního tuku

# Geriatrická křehkost

- Je jev, který lékaři popisují asi u 7 % seniorů.
- Jedná se o přibývání závažných obtíží u starého člověka, který nepřiměřeně (intenzivně, progresivně) „chátrá“, aniž by byla zřejmá příčinná choroba
- Klinicky a funkčně závažný, podmíněný pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability s kritickým poklesem funkčních rezerv)

# Deteriorace

- Deteriorace znamená zhoršení stavu.
- Tohoto termínu můžeme v medicíně použít ve smyslu zhoršení fyzického i psychického zdraví.
- Typickým ukazatelem deteriorace ve stáří je vznik geriatrických syndromů.

# Geriatrické syndromy

- Soubor příznaků, charakteristických pro křehkého seniora.
- Ne vždy ohrožují křehkého seniora na životě.
- Mají zásadní vliv na kvalitu života seniorů.

# Geriatrické syndromy

- Syndrom hypomobility
- Syndrom imobility
- Syndrom de kondice
- Syndrom svalové slabosti
- Syndrom anorexie a malnutrice
- Syndrom nestability s pády
- Syndrom inkontinence

# Nejčastější diagnózy seniorů

- Osteoporóza
- Osteoartróza
- Hypertenze
- ICHS
- CMP



# Péče o seniora s osteoporózou

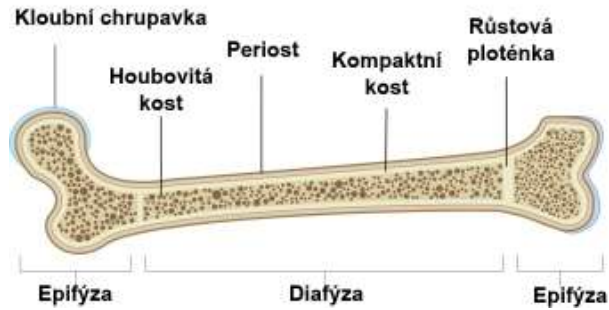
**Osteoporóza** je metabolické onemocnění kostí, kdy dochází ke snížení kostní hmoty

## **Příčiny:**

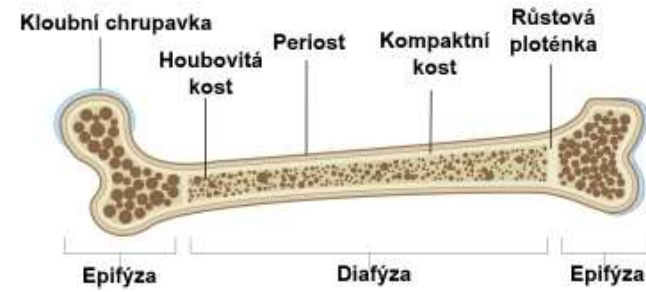
- nízká hladina hormonů po menopauze
- nedostatek vit. D
- zvýšené množství parathormonu
- nedostatek vápníku ve stravě
- kouření, alkohol

# Osteoporóza

Zdravá kost



Osteoporotická kost



Obr. 2

# Péče o seniora s osteoartrózou

**Osteoartróza** je onemocnění kloubů, kdy *dochází k destrukci kloubních chrupavek.*

## ***Příčiny, rizikové faktory:***

- *nejsou dosud jasně známy*
- genetická dispozice
- obezita
- pohlaví
- nerovnoměrné, jednostranné zatížení kloubů

# Péče o seniora s hypertenzí

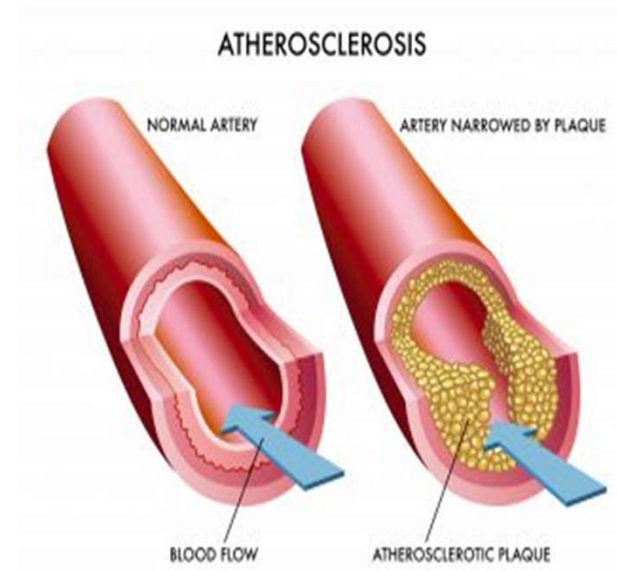
- **Hypertenze** je trvalé zvýšení systolického a diastolického tlaku
- Ke stanovení diagnózy je potřeba měření TK 2x denně za sebou ze tří měření.
- **Hypertenze 1. stupně** - systolický tlak je mezi 130 a 139 mm Hg a diastolický 80 a 89 mm Hg.
- **Hypertenze 2. stupně** - systolický tlak je 140 mm Hg a diastolický je 90 mm Hg nebo vyšší.
- **Hypertenzní krize** - systolický tlak je vyšší než 180 mm Hg nebo diastolický tlak je vyšší než 120 mm Hg

# Péče o seniora s ICHS

**ICHS** je stav, při němž v myokardu vzniká nepoměr mezi potřebou a dodávkou kyslíku.

## Příčiny

- Ateroskleróza věnčitých tepen
- Trombus, embolus
- Hypertenze
- Diabetes mellitus
- Kouření, vysoká hladina cholesterolu



Obr. 3

# Péče o seniora po CMP

**CMP** je náhle vzniklá porucha, pro kterou je charakteristické nedostatečné zásobení mozku krví.

- Představuje vážný stav ohrožující život seniora
- Vyžaduje okamžitou léčbu

## **Typy CMP:**

Ischemická příhoda

Hemoragická příhoda

# Etické aspekty péče u geriatricky nemocných

- **Etika** (ethos) je věda o morálce, je předmětem zájmu vědy
- Nezabývá se pouze průměrnými standardy chování, jde o hledání toho, co je správné, dobré, jak nejlépe žít
- Pro poskytování kvalitní, profesionální a důstojné péče pracovník znát biologické, psychické i sociální změny ve stáří, musí mít správné etické a morální postoje a vlastnosti, schopnost empatie a citlivé komunikace
- Etické aspekty péče o seniory vycházejí z principu Hippokratovy medicíny „prospívat a neškodit“

# Respektování důstojnosti seniorů

- Důstojnost je složitá a velmi důležitá entita.
- Obvykle ji spojujeme s pojmy jako úcta, autonomie a ovládání
- Důstojnost lidského života spočívá v hodnotě každého člověka
- Důstojnost je definována jako uspokojení všech potřeb každého člověka



# Respektování důstojnosti seniorů

- Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého života podle vlastních pravidel a představ.
- To zahrnuje schopnost řídit svůj vlastní život, dělat vlastní rozhodnutí, porozumět své vlastní situaci, tvořit a realizovat plán.
- Autonomní člověk musí mít schopnost formulovat a uskutečnit svůj plán. Vyžaduje tedy dvě složky, rozhodnutí a jednání.

# Respektování důstojnosti seniorů

- Respektování důstojnosti člověka je základem etiky ve zdravotnictví v 21. století.
- Pomáhá řešit dilematické situace, kdy by se neměla upřednostňovat jen technická stránka problému, nýbrž také humanita, jejímž základním pilířem je právě důstojnost v multidimenzionálním pojetí.
- Diskuse o důstojnosti lidského života se začala intenzivně vést po ukončení 2. světové války a promítla se do Všeobecné deklarace lidských práv

# Respektování důstojnosti seniorů

- Důstojnost v etických kodexech je spojována s respektem k druhé osobě, s respektem k jeho autonomii při poskytování péče
- Důstojnost je vnitřní pocit člověka, jak vnímá svou hodnotu on sám, jak si myslí, že by měl být respektován
- Důstojnost má mít při poskytování péče význam tolik zdůrazňované empatie

# Potřeby seniorů

- Potřeba je projev nedostatku nebo nadbytku v oblasti biologické, psychické nebo sociální.
- Je to stav jednotlivce, který se odchyluje od životního optima.
- Jsou zdrojem lidského chování a jeho pochopení.
- Jsou užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním a kvalitou života každého jednotlivce.

# Potřeby seniorů

- Můžou být chápány jako nutkání, popud, požadavek
- Nutnost vznikající realitou
- Požadavek aktuálního stavu
- Stav, který vzniká při stresu, potížích
- Může být pocítována jako přání

# Význam pojmu potřeba

- biologický - vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy
- ekonomický - nutnost nebo žádost něco vlastnit
- psychologický - vyjadřuje psychický stav, který odráží nějaký nedostatek a je spojený se sociálním významem
- potřeba jako nedostatek způsobuje motivaci, určuje sílu chování vedoucí k uspokojení potřeb

# Potřeby člověka v nemoci

Nejdůležitější faktory ovlivňující uspokojování potřeb nemocného člověka jsou:

- samotná nemoc
- individualita člověka
- prostředí, ve kterém se nemocný člověk nachází
- mezilidské vztahy, přístup okolí k nemoci
- vývojové stadium jedince
- okolnosti, za kterých nemoc vznikla

# Potřeby jedince v těžké a závažné nemoci

- Při ošetřování těžce a vážně nemocných, se snažíme při uspokojování potřeb vycházet s limitů, které nemoc přinesla.
- Seřazení hodnot vycházející z Maslowova trojúhelníku
- Seberealizace
- Sebeúcta
- Láska a pocit příslušnosti
- Bezpečí a jistota
- Fyziologické potřeby



# Maslowova teorie potřeb

- Maslow sestavil základní hierarchii lidských potřeb
- Obrací se k uspokojení vyšších potřeb až tehdy, když má uspokojeny základní (fyziologické) potřeby
- Jsou-li všechny naše základní potřeby saturovány, přecházíme automaticky na vyšší úroveň a před-chozí stupně už nevnímáme jako svou prioritu. Vyšší potřeby jsou hluboce zakořeněny jádru lidské přirozenosti, ale jsou zastiňovány biologicky důležitějšími potřebami

# Maslowova pyramida potřeb



Obr. 5

# Potřeba hygienické péče a oblékání

- Potřebu hygieny, úpravy včetně oblékání a vyprazdňování řadíme mezi potřeby základní, jedná se o potřeby velmi osobní.
- Při jejich zajištění je nutná akceptace důstojnosti pacienta (soukromí)
- Tuto potřebu ovlivňují faktory:
  - fyziologicko – biologické
  - psychicko-duchovní
  - sociálně kulturní
  - faktory životního prostředí

# Potřeby vyprazdňování

- Při zajištění potřeby vyprazdňování moče a stolice bereme ohled na ovlivňující faktory.
- Při identifikaci a zajištění potřeb v oblasti vyprazdňování klademe velký důraz na intimitu a důstojnost nemocného/klienta.
- Při vykovávání potřeby poskytneme dostatek času, vyvarujeme se nevhodných komentářů, uvědomujeme si, že se jedná o velmi citlivou osobní záležitost.
- Pokud leží nemocný na vícelůžkovém pokoji, snažíme se zajistit soukromí.

# Potřeba výživy a hydratace

- Pravidelnou výživou uspokojuje člověk potřebu dřív, než vznikne.
- Přijímání potravy je proces dobrovolný, dá se výchovou naučit, ovlivnit a vytvořit si správné stravovací návyky.
- Za normálních okolností se dobrá strava projeví dobrým stavem výživy.
- Je nezbytný příjem jak tekuté, tak tuhé stravy.
- Výživa a vhodná hydratace ovlivňuje celkový zdravotní stav člověka, průběh léčby, v neposlední řadě také psycho-sociální pohodu člověka.

# Potřeba pohybu a aktivity

- Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí.
- Pohyb je základ nezávislosti.
- Přiměřená fyzická zdatnost, kondice a aktivita je pro člověka velmi důležitá.
- Každý člověk má individuální nároky na množství pohybové aktivity, i na způsob její uspokojení.

# Potřeba dýchání

- Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou, je základním předpokladem lidské existence.
- Nedostatek má i velkou psychickou odezvu – úzkost, strach.
- Existuje vztah mezi fyziologií dýchání a psychikou člověka. Vlivem negativních emocí může mít člověk pocit nedostatku vzduchu.
- Dýchání je fyziologická funkce a společně s činností srdečně cévního systému a látkovou výměnou slouží k udržení rovnováhy vnitřního prostředí.

# Dechová gymnastika

- Dechová gymnastika má v terapii dýchacích poruch velký význam.

Cílem je:

- nácvik správného dýchání (odstranění chyb);
- uvolnění sekretu a jeho vykašlávání;
- nácvik účelného dýchání



# Potřeba spánku a odpočinku

- Spánek a odpočinek je nezbytný pro zachování tělesného i duševního zdraví.
- Nemocný člověk má větší potřebu odpočinku a spánku než člověk zdravý, je nutné tuto skutečnost respektovat.
- Význam odpočinku a spánku je ochranný a regenerační, hodnotíme kvalitu a kvantitu

# Poruchy spánku

- **Insomnie**
- iniciální insomnii (problém s usínáním);
- intermitentní nebo stálou insomnii (narušení kontinuity spánku);
- terminální insomnii (předčasné probouzení);
- imaginární nebo subjektivní insomnii (lidé usínají bez problémů nebo spí déle, než uvádějí.
- **Hypersomnie** (nadměrné spaní, zejména přes den).
- **Spánková inverze** (obrácený spánkový rytmus)
- **Spánková apnoe** (periodická zástava dýchání během spánku)
- **Parasomnie**

# Potřeba spirituality

- Spirituální potřeby nemocného není snadné rozpoznat.
- Často bývají zamaskovány různými typy chování.
- Navíc spirituální potřeby lidí, kteří stojí mimo náboženský systém církví a náboženských společností, jsou v běžném kontaktu obtížně zaznamatelné, protože se zpravidla navenek tak neprojeví.

# Potřeba lásky

- Potřeba afiliace vyjadřuje touhu člověka vyhledávat, navazovat, udržovat, případně obnovovat pozitivně emočně laděné vztahy s jinými lidmi.
- Síla této potřeby je u každého poněkud jiná a je proměnlivá v závislosti na situaci, ale v nějaké míře se projevuje u každého člověka po celý život.
- I když jsme sami, naše myšlenky jsou často směřovány na osoby druhé, s kterými jsme něco prožili nebo plánujeme zažít.
- Mezilidské vztahy lze rozlišit na povrchní a těsné.

# Potřeba seberealizace

- Maslow tuhle potřebu definoval jako snahu člověka být co možná nejlepším, naplňovat svoje myšlenky a cíle, a to za plného využití svých schopností a talentu.
- Podle Maslowa tohoto nevyššího stupně seberealizace nedosáhne každý.

# Sociální potřeby

- Souvisí s kontaktem „okolního světa“.
- Člověk je tvor společen-ský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá.
- Nemocný má obvykle potřebu mít návštěvy, ať je to v nemocnici, sociálním zařízení nebo v domácím prostředí.
- Z pochopitelných důvodů se nejra-ději setkává se členy rodiny.
- Je dobře, když je vtažen do jejího dění.

# ÚKOLY

Nastudujte:

Standardy ošetrovatelské péče

Vyhledejte testy, které můžete použít v praxi při hodnocení sebepéče a soběstačnosti pacienta

Připravte pravte soubor otázek k zjištění soběstačnosti seniora

# OTÁZKY

Uvedte způsoby prevence deficitu sebepéče u hospitalizovaných seniorů.

Který test soběstačnosti je nejvíce využíván v ošetrovatelské péči o seniory?

Vysvětlete termín handicar.



# IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

- soubor negativních důsledků inaktivity na lidský organismus
- je jím ohrožen prakticky každý senior, u něhož došlo k podstatnému snížení pohybové aktivity, přičemž nástup jednotlivých projevů může být velmi rychlý – i v řádu hodin
- je součástí tzv. hypokinetického syndromu definovaného jako souhrn negativních projevů a důsledků nedostatečné pohybové aktivity
- méně závažný stupeň je nazýván seniorskou dekondíci a bývá přirovnáván k projevům detréningu u sportovců, poklesu maximální spotřeby kyslíku, poklesu krevního objemu, méně účinnému vzestupu srdeční frekvence při maximální zátěži
- projevy jsou doprovázeny poklesem aktivity lipázy, poklesem hladiny glykogenu i citlivosti k inzulínu, poklesem aktivity oxidativních enzymů ve svalech, vzestupem hladin katecholaminů, které mohou být zodpovědné za rozkolísání krevního tlaku i za pocity palpitací

# SENIORSKÁ DEKONDICE

- může být umocněná projevy přidružených chorob, poruchou pohybové koordinace, dysregulací krevního oběhu, ortostatické hypotenze či insuficiencí myokardu
- vznik dekonvice urychlují léky s negativně chronotropním účinkem jako je digitalis nebo betablokátory, psychofarmaka, malnutrice či sklon k depresím.
- na vzniku dekonvice se mohou podílet i zdravotníci při neadekvátní interpretaci stesků nemocného, například prodloužením klidu na lůžku, pokud si nemocný stěžuje na slabost „zatím se šetřete“, „počkejte, až zesílíte“
- únava a dušnost mohou být považovány za projevy choroby, nikoli za dekonvici, svalová slabost může být považována za závrať

# IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

- se může ve vyšším věku projevit i po několika hodinách pobytu na lůžku
- postihuje často seniory s omezenou adaptační kapacitou, s poruchou regulačních mechanismů, např. ortostatických a seniory s významnou multimorbiditou

# PROJEVY IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU

- poruchy ortostatické, posturální regulace s rozvojem ortostatické hypotenze (ortostatického syndromu)
- oblenění krevního oběhu se vznikem flebotrombozy a s rizikem plicní embolie
- dekondice a přestavba oběhového systému
- hypoventilace plicní, často provázená stagnací hlenu s rizikem vzniku pneumonie
- vznik proleženin, dekubitů
- svalová atrofie s poklesem svalové síly
- vznik flekčních kontraktur
- zhoršení pohybové koordinace při chůzi
- dekalcinace skeletu, rozvoj osteoporózy
- obstipace a/nebo inkontinence stolice
- poruchy mikce
- psychické poruchy, především deprese a deprivace,
- Dehydratace

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU

- ortostatická hypotenze se vyskytuje při dehydrataci, hypovolémii, terapii antihypertenziv, podávání psychofarmak
- projevem je pocit nejistoty a závratě až nebezpečí pádu při vertikalizaci
- stav objektivizujeme polohovým testem, měřením krevního tlaku a tepové frekvence po uklidnění vleže a ve stoje
- preventivně působí posazování (nohy s lůžka) a vertikalizace nemocných opakovaně během dne a u ležících nemocných izometrický stah hýžděového svalstva a rukou (zaťaté pěsti)
- revize aktuální farmakoterapie a doplnění intravaskulárního objemu

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU - DEHYDRATAČE

- dehydratace je nejzávažnějším rizikem imobilizovaných nemocných
- vznik dehydratace je potencován přítomností kognitivní poruchy či poruchou vědomí
- u starších nemocných je obecně snížen pocit žízně vlivem změn sekrece antidiuretického hormonu, případná deprivace tekutin není následována spontánní tendencí k jejich doplnění
- vzniklá hyperosmolalita snižuje citlivost baroreceptorů, což kaskádu dále prohlubuje
- nejzávažnějším příznakem dehydratace je vznik delirantního stavu,
- oligurie až prerenálnímu selhání ledvin,
- tachykardie, hypotenze,
- klesá hmotnost nemocného

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU

- aktivním pobízení k příjmu tekutin – optimálně 1500 ml denně
- záznamy o bilanci tekutin, aby bylo možno včas zasáhnout, aktivně pátráme po případném rozvoji příznaků dehydratace
- u nemocných v bezvědomí upřednostňujeme podání tekutin nasogastrickou sondou před infuzní hydratací

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU - FLEBOTROMBÓZA

- oblenění krevního oběhu se vznikem flebotrombózy a s rizikem plicní embolie je primárně způsobeno inaktivitou svalů DKK, potencovanou vyšším věkem nemocného, vyplavením různých tkáňových faktorů při operacích (zvláště ortopedických, gynekologických, urologických), přítomností maligního onemocnění, závažnou kardiální insuficiencí a polyglobulií
- u seniora upoutaného na lůžko mohou být postupně naplněna všechna i zbývající dvě kritéria Virchovovy triády, tedy poškození endotelu a zahuštění vnitřního prostředí
- flebotrombóza jako důsledek lez očekávat po 3.dnu imobilizace, při nepohyblivých končetinách v případě zlomenin či stavů po iktu až u 60 % nemocných
- u geriatrických pacientů bez specifické prevence je flebotrombóza rozvinuta 10. den na lůžku u 80 % nemocných



# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU

- preventivně můžeme působit časnou mobilizací po operaci opakovaným postavováním a procházením nemocných, aktivním cvičením dolními končetinami na lůžku včetně použití šlapadel, opakovaným pasivním cvičením na lůžku opakovaně během dne
- využívány jsou vakuové komprese
- standardní prevencí je bandážování dolních končetin a miniheparinizace nízkomolekulárními hepariny
- přestavba cirkulace – klesá objem srdečních komor, klesá tepový objem i minutový srdeční výdej, klesá maximální aerobní kapacita
- vlivem horizontální polohy se vyrovnává distribuce krve do horní a dolní poloviny těla, snížením prokrvení ledvin se snižuje sekrece ADH a aldosteronu, což navozuje vodní a solnou diurézu s postupným vznikem hypovolemie
- preventivně působí podpora cirkulace cvičením na lůžku, péče o vyrovnanou bilanci tekutin a minerálů a časná vertikalizace

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU - HYPOVENTILACE

- poloha vleže limituje ventilace v dorzálních partiích plic, vznikají atelektázy a hyperémické okrsky
- stagnace hlenu
- zvýšené riziko vzniku pneumonie, která se však u polymorbidního imobilizovaného nemocného může projevit atypicky – tedy možnou alterací psychického stavu – deliriem hyperaktivním či rizikovějším hypoaktivním, tachykardií, subfebriliemi a celkovou nespecifickou alterací stavu
- preventivně působíme polohováním nemocného k usnadnění vykašlávání, důslednou dechovou rehabilitací, podporou odkašlávání vibrační masáží a expektorancii, z čehož základním expektorans je hydratace nemocného
- nejrizikovější skupinou jsou nemocní s CHOPN a nemocní po endotracheální intubaci

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU – SVALOVÁ ATROFIE

- svalová atrofie jako důsledek imobilizace je popisována již od 18. století.
- za 4-6 týdnů imobilizace je nutno kalkulovat s poklesem svalové síly o 6-40 %, nejvíce jsou postiženy svaly DKK – m. quadriceps, svaly pažní trpí méně
- snížená potřeba prokrvení při imobilizaci způsobuje snížení kapilarizace svalu, a to vede ke zvýšené lokální svalové únavě.
- preventivně se sice lze pokusit o silový trénink, ale během trvající imobilizace lze očekávat vliv jen na některé svalové skupiny
- preventivní podání anabolických hormonů se neosvědčilo – ovlivní bilanci tekutin ve smyslu retence, ale neovlivní svalovou sílu.

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU

- rekondice musí být u nemocných po delší době imobilizace opatrná – hrozí svalová mikrotraumata
- rekondiční jednotky by zpočátku neměly být delší než 10 min a i v mezidobích by měl nemocný samostatně provozovat silový trénink dle pokynů fyzioterapeuta
- vznik flekčních kontraktur je obávanou komplikací imobilizovaných nemocných a jejich přítomnost či spíše nepřítomnost je obecně považována za vizitku pracoviště z ošetřovatelského hlediska
- tendenci ke kontrakturám potencuje zaujímání stereotypní polohy s flektovanými koleny a lokty
- při ubývání pohybové spontaneity dochází k manifestaci přirozené svalové dysbalance – tedy převahy flexorů nad extenzory
- tento stav prohlubuje dlouhodobé sezení nemocného v křesle

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU

- u nemocných s neurodegenerativními chorobami dochází ke specifickým projevům - ztrátě koordinace pohybů při chůzi u M. Parkinson a k projevům apraxie při chůzi u Alzheimerovy demence
- preventivně působíme cíleným a systematickým protahováním kyčelních, kolenních, ramenních a loketních kloubů a udržováním svalové síly dobrého stavu výživy během trvající imobilizace, jakmile to stav nemocného dovolí, přistupujeme k reedukaci chůze
- imobilizace znamená absenci tahu svalových úponů – osteoklasty jsou v převaze, významně klesá kvalita kostní remodelace, rozvíjí se osteoporóza
- během prvního týdne imobilizace je nutno očekávat ztráty až 10 g kalcia močí, ve 12. týdnu je vlivem vrcholu kalciurie nejvyšší riziko litiázy

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU

- z hlediska ošetřovatelského znamenají tyto ztráty opakovanou obstrukci močového katetru
- ztráta kostní hmoty je nejmasivnější v DKK vzhledem k a v plegických končetinách (hemiosteoporóza)
- preventivní opatření jsou omezeně účinná, podstatné pro zlepšení kvality kostní remodelace je zatěžování skeletu procvičováním různých svalových skupin, podáváním preparátů obsahujících vitamin D a kalcium, ale jejich účinnost při nezatíženém skeletu je limitovaná
- po zlomeninách osteoporotického původu je vhodné podávat bisfosfonáty ke stimulaci osteoblastů
- nejúčinněji začnou preventivní opatření působit při schopnosti vertikalizace
- čím déle imobilizace trvala, tím pokročilejší je prořídnutí skeletu a vyšší riziko vzniku zlomeniny při pádu

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU - MALNUTRICE

- rizikem imobilizace nemocných je vznik malnutrice
- před zhoršením stavu je řada starších nemocných v horším stavu výživy vlivem dlouhodobě selekce stravy směrem ke snadno připravitelným a snadno stravitelným sacharidovým jídlům, obvykle s tendencí k nižším hodnotám sérové koncentrace bílkovin a albuminu
- při kvalitativních a kvantitativních poruchách vědomí se riziko rozvoje malnutrice několikanásobně zvyšuje.

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU - MALNUTRICE

- preventivně lze působit důsledným sledováním příjmu potravy se záznamy, sledováním parametrů výživy jako je sérová koncentrace albuminu, prealbuminu a cholinesterázy, měření objemu paže, stehna k monitoraci úbytku svalové hmoty, případně sledování ketonurie k odhalení hladovění organismu
- v případě snížení příjmu potravy na polovinu na dobu delší než 3 dny je nutno zasáhnout nutriční intervencí zpočátku v podobě podpory výběrovou dietou či sippingem
- pokud jsou tyto metody neúspěšné nebo je nelze aplikovat, zvažujeme zavedení nasogastrické sondy nebo při předpokládané dlouhodobé potřebě intervence perkutánní gastrostomie
- variantu parenterální podpory indikujeme teprve při nemožnosti výživy enterální



# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU – PORUCHY STŘEVNÍ PASÁŽE

- zpomalení v podobě obstipace nebo pseudoprůjmu – obtékání skybal
- riziko zvyšuje kromě imobility a involučních změn myenterického plexu také dehydratace, snížení příjmu pevné stravy, podávání analgetik a dalších skupin léků způsobujících obstipaci
- preventivně působí adekvátní hydratace, podávání stravy s vyšším obsahem vlákniny, podávání většího podílu mléčných výrobků, případně masáže břicha kruhovitě podél průběhu kolon od pravé jámy kyčelní přes pravé a levé podžebří do levé jámy kyčelní
- mikroklyzma, klyzma
- jediné projímadlo vhodné pro dlouhodobější podávání je laktulóza

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU – PORUCHY MIKCE

- retence moči u mužů a recidivujícími uroinfekty u mužů i žen
- močová retence může být způsobena mezi jiným i podávanou nevhodnou medikací a pokud není pacient sám schopen vyjádřit svou obtíž, projeví se těžkým neklidem
- uroinfekty při dehydrataci, kdy je oslaben proud moči z ledvinných pánviček do močového měchýře jako jeden z účinných obranných mechanismů proti vzestupné infekci
- potencujícím faktorem je katetrizace močového měchýře
- celková křehkost nemocného umožní invazi infekčního agens se vznikem urosepsy
- preventivní efekt má adekvátní hydratace nemocného, minimalizaci invazivních zásahů – katetrizací jednorázových i dlouhodobějších a u mužů je nutno se vyvarovat medikace ovlivňující uretrální uzavírací mechanismus

# RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU – PSYCHICKÉ ZMĚNY

- způsobeny deprivací, kdy zvláště v zařízeních staršího typu obvykle chybí výhled z okna či na chodbu, odkud by nemocný přijímal vnější stimuly
- dlouhodobě imobilizovaní nemocní mají tendenci k depresivním změnám nálad až k apatii, často ventilují pocity osamělosti
- na druhé straně existuje skupina nemocných, kteří svůj pobyt na lůžku a hlavně poskytované ošetřování vnímají pozitivně a nemají velkou snahu se mobilizovat
- proti vzniku psychických komplikací imobilizace můžeme preventivně uplatňovat aktivity zvyšující stimulaci nemocného jako je vysazování do křesla, postavování, vyvážení k oknu, na chodbu, a je-li možnost i na zahradu, podle možností využívat i ergoterapeutické aktivity

# PÉČE O SENIORY S INTELEKTOVÝMI PORUCHAMI

- choroby, u nichž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných poznávacích (kognitivních) funkcí a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí
- 5 % populace ve věku 65 let trpí demencí
- každých 5 let se její výskyt zdvojnásobí
- 50-60 % demencí je způsobeno Alzheimerovou chorobou
- každý pátý 80letý trpí Alzheimerovou chorobou

# PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ

- pojem demence v běžné praxi se vztahujeme pouze k pokročilým stádiím choroby
- o nemocném s lehčím stádiem mluvíme jako o nemocném s kognitivní poruchou

## Diagnóza kognitivních poruch

- řešení kognitivních poruch v seniorské populaci je neuspokojivé
- většina kognitivních poruch je diagnostikována až ve středním či těžkém stupni, kdy se současně s diagnózou demence či jen s relativně krátkým zpožděním vynoří i problém sociální
- v každém případě máme před sebou v okamžiku stanovení diagnózy chorobu nevyléčitelnou, v podstatě neléčitelnou, v nejlepším případě s modifikovatelným průběhem

# PÉČE O SENIORY S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

## Druhy demencí

- atroficko – degenerativní – nejasného původu, způsobena různými metabolickými a strukturálními změnami nervové buňky vedoucími ke ztrátě její funkce (Alzheimerova choroba – 65 % všech demencí, Lewyho korová demence, při Parkinsonově chorobě, Huntingtonově chorobě)
- ischemicko – vaskulární – 15-30% všech demencí (multiinfarktová demence – drobná ischemická ložiska vedou k postupnému výpadku korových funkcí, vaskulární demence – obvykle náhlý vznik po mozkové příhodě)
- symptomatické – sekundární demence vzniklé po prodělaných infekcích CNS, Creutzfeld-Jacobova choroba, poúrazové demence, metabolické (recidivující hypoglykémie) a kareční (deficit vitamínu B12 a dalších vitamínů skupiny B, vitamínu D), po intoxikacích, při hydrocefalu, endokrinní příčiny – nejčastěji hypotyreóza

# PÉČE O SENIORY S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

- sekundární demence jsou v řadě případů vratné, je-li diagnostikována příčina a zavedena léčba – například suplementace hormonů štítné žlázy při hypotyreóze či suplementace deficitů vitaminů

# PÉČE O SENIORY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

- předpokládanou příčinu Alzheimerovy demence, tedy přeměnu beta peptidu na nerozpustný beta-amyloid, jeho ukládání a vytváření plak známe již od roku 1906, důvod této změny však dosud objasněn nebyl, stejně jako tvorba neurofibrilárních klubíček  $\tau$ (tau) destrukcí neuronálních mikotubulů
- změny nejprve omezují fungování neuronu a posléze nastartují apoptózu neuronu.
- dalším mechanismem vzniku demence je nedostatek přenašečů vzruchů – acetylcholinu a v posledních letech byla prokázána aktivace cyklooxygenázy-2 a přítomnost sterilního zánětu



# PÉČE O SENIORY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

- u demence s časným začátkem jsou detekovány charakteristické změny 21., 14. nebo 1. chromozomu a je zde sledovatelný rodinný výskyt
- u demencí s pozdním začátkem je genetické kódování polygenní se zatím neobjasněnými vazbami
- v etiologii je zvažováno zvýšené uvolnění excitačních AMK, aktivace nikotinových modulačních receptorů NMDA, zvýšený vstup Ca do neuronů jako faktor urychlení apoptózy, snížený mozkový metabolismus glukózy, zvýšená tvorba kyslíkových radikálů, nedostatek nervových růstových faktorů

# PÉČE O SENIORY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

## Příznaky

- úbytek paměti (chybění slov, nesprávné ukládání věcí, poruchy novopaměti)
- pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru
- ztráta schopnosti logického uvažování, představivosti, soudnosti
- vědomí zůstává zachováno, v pozdějších stadiích se objevují poruchy emotivní složky
- k vyslovení diagnózy demence je nutné trvání popsaných poruch alespoň 6 měsíců

# PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ

## Stadia demence

- mírná demence – horší zapamatování nového, ztrácení věcí, přechodná časová i prostorová dezorientace
- středně těžká demence – porušení paměti ve všech složkách, neschopnost vykonávat samostatně činnost, zhoršování řečových schopností
- těžká demence – nemocní jsou odkázáni na péči okolí, neschopni vykonávat denní rutinu, nepoznávají rodinu, přátele, projevují se těžké poruchy chování, maximum poruch navečer po západu slunce – sun downing, inverze spánku a bdění

# PÉČE O SENIORY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

- plíživý začátek, který často uniká pozornosti okolí
- stálá pomalá progrese
- dochází postupně k úpadku osobnosti, ztrátě soudnosti, logického myšlení, prostorové orientace
- v této fázi obvykle se obvykle objevují těžké poruchy chování, kdy si obvykle okolí povšimne změny
- v této střední fázi je obvykle demence diagnostikována a je zahajována léčba
- pokud Alzheimerova demence není diagnostikována a léčena, ztrácí nemocný schopnost samostatné existence, ztrácí i kvalitu života, ale současně i vědomí nemoci, choroba končí smrtelně

# PÉČE O SENIORY S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Stadia Alzheimerovy demence z hlediska psychologického

- amnestická fáze – poruchy paměti – cca 4 roky
- behaviorální fáze- nepředvídatelné a nezodpovědné chování – cca 3 roky
- kortikální fáze – afázie, apraxie, agnozie a často inkontinence – cca 2 roky
- decerebrační fáze – imobilita, inkontinence, neschopnost jakkoli komunikovat s okolím – cca 1 rok

# PÉČE O SENIORY S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

- zásadní je práce s rodinou a ostatními pečovateli – v počátečních fázích choroby resp. ihned po stanovení diagnózy je nutné podrobně poučit blízké o vývoji choroby, aby byli psychicky na nadcházející komplikace připraveni
- samotnou diagnózu choroby a nové a nové těžkosti snáší pečovatel – obvykle manžel či manželka – velmi těžce a má tendenci pojímat události osobně
- důkladně poučení je tedy nutné jako prevence syndromu vyhoření

# PÉČE O SENIORY S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

## Prevence demence

- postupně jsou odhalovány souvislosti celoživotních návyků a aktivit s pravděpodobností vzniku demence ve vyšším věku
- trvalé zatěžování paměti, pravidelná fyzická aktivita, prevence aterosklerózy, důsledná léčba hypertenze, diabetu, dyslipidémie jsou v současné době považovány za faktory významně zpomalující pokles kognitivních funkcí ve vyšším věku

# PÉČE O SENIORY S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

## Prevence demence

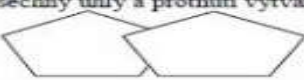
- postupně jsou odhalovány souvislosti celoživotních návyků a aktivit s pravděpodobností vzniku demence ve vyšším věku
- trvalé zatěžování paměti, pravidelná fyzická aktivita, prevence aterosklerózy, důsledná léčba hypertenze, diabetu, dyslipidémie jsou v současné době považovány za faktory významně zpomalující pokles kognitivních funkcí ve vyšším věku



# PÉČE O SENIORY S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

- spojením údajů demografických a epidemiologických se odhaduje, že v příštích 30 letech dojde v České republice ke zvýšení počtu obyvatel s demencí ze současných 180 000 na 380 000
- z aktuálně nemocných demencí je diagnostikováno a adekvátně léčeno jen asi 15 %
- zbývající nediodagnostikovaní nemocní jsou ohroženi chybami v medikaci, které mohou akutně zhoršit jejich zdravotní stav, progresse demence vede postupně ke ztrátě soběstačnosti až postupně ke ztrátě schopnosti setrvat ve vlastním prostředí
- nemocný s pokročilým stupněm demence vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči
- významným důsledkem je i postupně vzrůstající zátěž rodiny a pečovatелů po stránce fyzické a zejména psychické

# HODNOCENÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA S VYUŽITÍM MĚŘÍCÍCH A HODNOTÍCÍCH TECHNIK

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)		Max. skóre:
<b>Oblast hodnocení:</b> <b>1. Orientace:</b> Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - 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 které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
<b>2. Paměť:</b> Vyzvěte nemocného, aby jmenoval 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzvěte pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod		3
<b>3. Pozornost a počítání:</b> Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.		5
<b>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</b> Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)		3
<b>5. Reč, komunikace a konstrukční schopnosti:</b> (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „ <i>Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.</i> “ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.		2 1 3 1 1 1
		
<b>Hodnocení:</b> 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu		

# HODNOCENÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA S VYUŽITÍM MĚŘÍCÍCH A HODNOTÍCÍCH TECHNIK

Test Mini-Cog™

Instrukce pro provedení a hodnocení

Krok 1 – učení tří slov:

Pohlédněte zpříma na vyšetřovaného a řekněte mu: „ prosím poslouchejte pozorně, řeknu vám tři slova a budu po vás chtít, abyste je zopakoval/a“. Použitou verzi slov zaznamenejte do listu.

Vyberte z nabízených možností trojic slov a řekněte je pomalu a zřetelně vyšetřovanému

Požádejte vyšetřovaného o zopakování slov. Pokud vyšetřovaný není schopen slova zopakovat, přejděte ke kroku 2

Verze 1: banán, východ, židle

Verze 2: vedoucí, období, stůl

Verze 3: vesnice, kuchyň, dítě

Verze 4: řeka, národ, prst

Verze 5: kapitán, zahrada, obraz

Verze 6: dcera, nebe, hora

# HODNOCENÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA S VYUŽITÍM MĚŘÍCÍCH A HODNOTÍCÍCH TECHNIK

Test Mini-Cog™

Krok 2 – kreslení hodin:

Podejte vyšetřovanému list s předkresleným kruhem a řekněte vyšetřovanému: “Nyní nakreslete hodiny. Nejprve rozmístěte všechna čísla, kam patří”.

Po zakreslení řekněte: “Nyní zakreslete ručičky, aby ukazovaly čas 11:10 hod”. Pokyny je možno opakovat, nejedná se o paměťový test. Pokud vyšetřovaný není schopen splnit úkol do 3 minut, pokračujte krokem 3

Krok 3 – vybavení tří slov

Řekněte vyšetřovanému: “Která byla tři slova, která jste si měl/a zapamatovat na začátku?”

Použitá verze č.: ..... Zopakovaná slova: ..... .....

# HODNOCENÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA S VYUŽITÍM MĚŘÍCÍCH A HODNOTÍCÍCH TECHNIK

<p>opakování tří slov ( 0-3 body) .....</p>	<p>1 bod za každé spontánně zopakované slovo</p>
<p>kreslení hodin (0 nebo 2 body) .....</p>	<p>správná kresba – všechna čísla ciferníku správně, žádné nechybí, ani není zdvojené, čísla 3,6,9,12 jsou dobře ukotvena, správný čas – 2 body, délka ručiček se nehodnotí nesprávná kresba, žádná kresba - 0 bodů</p>
<p>celkové skóre (0-5 bodů) .....</p>	<p>celkové skóre = test kreslení hodin + počet zopakovaných slov hranice normy - 3 body</p>

Test Mini-CogTM - vyhodnocení

# HODNOCENÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA S VYUŽITÍM MĚŘÍCÍCH A HODNOTÍCÍCH TECHNIK

## Otázky Geriatrická škála deprese GDS

1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?
2. vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?
4. Cítíte se často sklíčený a smutný?
5. Máte vesměs dobrou náladu?
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?
7. Cítíte se převážně šťastný?
8. Cítíte se často bezmocný?
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?
11. Myslíte, že je krásné být ještě naživu?
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?
13. Cítíte se plný elánu a energie?
14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná?
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?

# HODNOCENÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA S VYUŽITÍM MĚŘÍCÍCH A HODNOTÍCÍCH TECHNIK

Hodnocení Geriatrická škála deprese GDS

- za odpověď „ano“ u otázky 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 po jednom bodu a za odpověď „ne“ u zbývajících otázek, tj. 1, 5, 7, 11 a 13, také po jednom bodu.

- podle výsledků celkového skóre hodnotíme:

0 – 5 bodů: normální efekt bez deprese

6 – 10 bodů: mírná deprese

nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

# NEURON A MOZEK VE STÁŘÍ

## Neuron a mozek ve stáří

- stárnutí vede ke změnám v distribuci šedé hmoty, k regionálním změnám, jejichž postupná analýza napomáhá objasnit vztah mezi kognitivními změnami a jejich morfologickým korelátem
- v mozkové tkáni jako celku dochází ke změnám v průběhu celého života jedince a autoři si kladou otázku, kdy je ukončen proces zrání mozku a kdy nastává etapa jeho stárnutí
- změny v bílé hmotě mozkové jsou detekovány jako léze (white matter lesion – WML) a dlouhodobě byly považovány za změny pouze doprovázející vyšší věk bez většího klinického významu
- postupně byla odhalena koincidence s hypertenzí, depresí, zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, močovou inkontinencí a kognitivními poruchami
- z hlediska lokalizace jsou léze bílé hmoty nejčastěji nacházeny v okcipitální a temporální oblasti



# NEURON A MOZEK VE STÁŘÍ

- stárnoucí mozek je nucen se adaptovat na kumulující se poškození způsobené nejvýrazněji oxidačním stresem a mechanismy zánětu
- adaptace probíhá prostřednictvím neuroprotektivních a neuroreparačních mechanismů, které mohou být zvenčí podpořeny dodávkou antioxidantů (např. v podobě vitamínu E a vitamínu C) nebo protizánětlivých působků (např. omega-3 polynenasaturované mastné kyseliny)
- nepříznivý vliv nízkého příjmu antioxidantů a produktů mořských ryb byl prokázán v podobě vyššího výskytu kognitivních poruch
- stejný dlouhodobý efekt měla i vysoká sérová hladina homocysteinu
- za podpůrný faktor nárůstu homocysteinu je zvažován nízký příjem vitamínu B12 a kyseliny listové

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

## Deprese

- je definována jako závažná, týdny až měsíce trvající změna nálady, myšlení a chování, jejíž intenzita není pro nemocného zvládnutelná běžnými obrannými mechanismy, doprovázená somatickými a vegetativními projevy
- je v seniorské populaci poddiagnostikována a vzhledem k její časté somatizaci v podobě opresí na hrudníku, dyspeptických obtíží, bolestí zad a bolestí hlavy procházejí senioři mnohými vyšetřeními a jsou léčeni mnohdy nadbytečně
- neřešená deprese vede u starších nemocných častěji k suicidálním tendencím
- k diagnostice deprese je možno využít geriatrickou škálu deprese
- k léčbě deprese je nejčastěji využívána skupina antidepresiv třetí generace

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- deprese je definována jako závažná, týdny až měsíce trvající změna nálady, myšlení a chování, jejíž intenzita není pro nemocného zvládnutelná běžnými obrannými mechanismy, doprovázená somatickými a vegetativními projevy
- tento stav byl nazván běžným smutkem všedního života
- při trvání negativních podnětů však může vést u 8-15 % starších pacientů ve vlastním prostředí a až u 30 % pacientů v institucích k plné manifestaci deprese včetně rizika suicidia

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ – VLIVY NAPOMÁHAJÍCÍ ROZVOJI DEPRESE

Decenium	Vlivy podporující vznik deprese ve stáří
5 – 6	syndrom prázdného hnízda
5 – 6	ukončení aktivního zaměstnání
5 – 7	snížení životní úrovně
5 – 7	ztráta společenského uznání
5 – 9	ztráta partnera
6 – 9	výskyt chronických chorob, chronické bolesti
6 – 9	uvědomění si ztráty výkonnosti
7 – 9	ztráta společenských kontaktů
7 – 9	závislost na okolí v běžných činnostech
7 – 9	Institucionalizace

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- v dobách méně překotného rozvoje byl starší člověk zdrojem poznání pro mladší, byl schopen z hlediska zkušeného vyrovnaného člověka radit mladším
- toto poslání nyní přestupuje spíše do oblasti mezilidských vztahů
- v oblasti technické, kdy se hlavním hodnotícím kritériem kromě mládí, síly a rychlosti stává i výkonnost, a tedy schopnost přizpůsobit se rozvoji techniky, znamená šesté decenium pro většinu lidí buď vypětí všech sil tak, aby se vyrovnali mladším, nebo pocit „trpěnosti“ na pracovišti těsně před odchodem do důchodu
- ani jedno, ani druhé zcela jistě není dobrým vkladem pro duševní vyrovnanost člověka, před kterým stojí úkol adaptovat se na změny přinášené nastupujícím obdobím stáří

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- běžný smutek všedního života je obecně považován za atribut vyššího věku
- pravděpodobně tato skutečnost je důvodem, proč jsou často i závažné příznaky deprese přehlíženy, deprese není diagnostikována ani léčena
- s narůstajícím procentem seniorů v populaci se bude kontakt lékařů všech oborů s depresivními staršími nemocnými stávat častějším

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- organické afektivní poruchy mohou být u staršího nemocného často jediným projevem závažného onemocnění mozku i somatických onemocnění, což může vést ke značným diagnostickým potížím až dokonce k neadekvátnímu léčení staršího nemocného
- organickou afektivní poruchou charakteru deprese se může projevovat chronické srdeční selhání, thyreopatie a další endokrinopatie, diabetes mellitus, perniciosní anemie, paraneoplastický syndrom zvláště u karcinomu pankreatu, mnohdy předcházející vlastním projevům, dále se mohou depresí projevit kolagenózy, septické stavy

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- z onemocnění mozku může vést k organické depresi Parkinsonova choroba, demence, cévní mozková příhoda i obecně přítomnost aterosklerozy, mozkový tumor, ale i zánětlivá onemocnění mozku
- poruchy přizpůsobení představují hlavní etiopatogenetickou příčinu depresivních stavů u starších nemocných
- v těchto případech je potom nutno počítat s tzv. výročními reakcemi – tedy zhoršeními při výročích např. úmrtí partnera, přechodu z domova do instituce apod.
- skupinami náchylnými k tomuto tzv. adaptačnímu selhání jsou osoby velmi vysokého věku, osoby osamělé, zvláště ženy, bezdětní staří lidé, osoby žijící v ústavech nebo v izolaci, lidé kteří sami trpí handicapem nebo jejich partner je závažně nemocný, ale i starší nemocní s minimálním příjmem



# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- je možnost vyvolání deprese farmaky – tedy iatrogenně, a tento druh deprese může dosáhnout opět úplné manifestace včetně suicidálních pokusů
- neméně důležité je, že po vysazení depresogenní medikace příznaky spontánně mizí
- pro možnost iatrogenizace uveden přehled léků, které mohou depresi vyvolat – depresogenní léčiva

Skupiny léků podle účinku	Příklady
antihypertenziva	reserpin, alfa-metyldopa, hydralazin, klonidin, diuretika, guanetidin, betablokátory (oxprenolol)
psychofarmaka	neuroleptika, barbituráty, meprobamát, benzodiazepiny, thiotixen, flurazepam
antikonvulziva	fenytoin, kys. Valproová, primidon
steroidy	estrogeny, kortikoidy
antiinfekční a protizánětlivé léky	sulfonamidy, antimalarika, aminoglykozidy, antituberkulóza, indometacin, ibuprofen
jiné	opiáty, cimetidin, cytostatika (vinblastin), perorální antidiabetika, apomorphin, disopyriamid

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- obecně se všechny patogenetické mechanismy vzniku deprese setkávají ve stejném bodu – a tím je podle konceptuálního modelu deprese Akiskala a McKinneye
- změna hladin neuropřenašečů, změny receptorů, změny růstu synapsí, intraneuronální hromadění natria a kalcia
- pro ilustraci tento model uvádíme:

Genetická vloha	Vývoj osobnosti	Biologická a psychologická zátěž
Nestabilní mechanismy neuronální plasticity, poruchy enzymů, poruchy chronobiologie	ztráta milovaného objektu (rodiče) v ranném dětství, naučená bezmocnost	Somatické choroby, medikace, ztráta milovaného objektu v dospělosti, chronická frustrace

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ – KLINICKÝ OBRAZ

- dlouhodobá změna nálady, většinou charakteru morosního, ale může se objevit i podrážděnost nebo úzkost přidruženými změnami psychiky
- nedostatek sebedůvěry, nízké sebehodnocení, ztráta soustředivosti event. i poruchy paměti, ztráta zájmů, kontaktů, sociální osamocení, pocity beznaděje, bezmoci, sebeobviňování, nárůst závislosti, opakované myšlenky na smrt, sebevražedné pokusy
- somatické změny – psychomotorická retardace (zpomalená řeč, latence v odpovědích, monotónnost, hypomimie, omezení verbálního projevu až mutismus), únava dosahující až stupně, kdy i nejmenší úkoly se zdají nezvládnutelné, ale i agitovanost (podupávání, pohrávání si s prstýnky, s vlasy, přecházení), nechutenství, úbytek hmotnosti, zřídka naopak bulimie s přírůstkem hmotnosti, nespavost, vegetativní dysfunkce, atypické trávicí obtíže
- psychotické příznaky – depresivní halucinace sluchové, vizuální, zřídka čichové, bludy

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- u starších nemocných nemusí být vyjádřeny všechny výše jmenované příznaky deprese, klinický obraz má své odchylky:
- výraznější somatizace – např. chronická bolest bez klinického korelátu, únavnost apod. bez výraznějších psychických příznaků-  
deprese bez deprese – larvovaná deprese
- etiopatogenetické rozdělení depresí není tak zřetelné – prolíná se organický původ, reaktivní deprese i endogenní původ – starší nemocní jsou většinou polymorbidní, včetně organického postižení mozku
- podle některých zdrojů bývají deprese ve stáří závažnější, s vyšším počtem dokonaných sebevražd, ještě výraznější je tato tendence u polymorbidních nemocných

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- diagnóza deprese u staršího nemocného je výše uvedenými odchylkami v klinickém obrazu ztížena
- praxe si postupně vyžádala užívání škál k hodnocení momentálního stavu a ke kvantifikaci nalezených změn
- škála deprese pro geriatrické pacienty podle Sheikha a Yesavage byla zavedena do používání již v roce 1986, ale stále je jednou z nejužívanějších
- má jednoduchou dotazníkovou formu, velmi pohotově použitelnou v praxi

# ŠKÁLA HODNOTÍCÍ PŘÍTOMNOST A STUPEŇ DEPRESE U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Informace pro vyšetřovaného: vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte.

## Otázky

1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?
2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?
4. Cítíte se často sklíčený a smutný?
5. Máte vesměs dobrou náladu?
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?
7. Cítíte se převážně šťastný?
8. Cítíte se často bezmocný?
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?
11. Myslíte, že je krásné být ještě naživu?
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?
13. Cítíte se plný elánu a energie?
14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná?
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy? Hodnocení: za odpověď „ano“ u otázky 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 po jednom bodu a za odpověď „ne“ u zbývajících otázek, tj. 1, 5, 7, 11 a 13, také po jednom bodu.

# ŠKÁLA HODNOTÍCÍ PŘÍTOMNOST A STUPEŇ DEPRESE U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Podle výsledků celkového skóre hodnotíme:

0 – 5 bodů: normální efekt bez deprese

6 – 10 bodů: mírná deprese

nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ - TESTY

- Laboratorní nálezy – jejich význam je spíše podpůrný v diagnóze deprese než zásadně diagnostický. Používá se supresní dexamethasonový test, kdy nedostatečný pokles hladiny kortisolu po podání dexametasonu podporuje diagnózu endogenní deprese
- Vyšetření fází spánku zjistí zvýšení poměru REM fáze k celkové době spánku u nemocných s depresí. Lehké snížení hladiny thyroxinu s následným mírným zvýšením hladiny thyreostimulačního hormonu (TSH) bývá obvyklé v depresivní fázi
- Test podáním thyreoidního releasing hormonu – TRH test má však odezvu také sníženou, a to jak v produkci TSH, tak v produkci růstového hormonu (GH). Stejně tak reakce hladiny GH na insulínovou hypoglykémii bývá snížena



# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ - DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

- deprese u starších nemocných musí především vyloučit somatická onemocnění projevující se oligosymptomaticky nebo monosymptomaticky právě příznaky deprese – zvláště chronické srdeční selhání, diabetes mellitus, paraneoplastické projevy, perniciosní anemie, septické stavy, thyreopatie a podobně
- je nutno se věnovat odlišení demence a deprese, které mohou mít jednak společné projevy, ale mohou probíhat i souběžně – schéma napomáhající odlišení demence a deprese je uveřejněno v tomto čísle v článku Praktický lékař – geriatr první linie

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- léčba deprese ve vyšším věku je ve většině případů v rukou praktického lékaře – některé prameny uvádějí až 90 % nemocných
- nemocní se zvláště těžkou depresí nebo nereagující na běžnou léčbu zavedenou praktickým lékařem jsou odesíláni do péče psychiatra
- praktický lékař, ale i kterýkoli jiný by měl být schopen odhalit základní známky deprese, a to i v případě starších nemocných, kdy symptomatologie není plně vyjádřena
- důležité je rozeznání situace, kdy léčbu zvládne praktický lékař a kdy je závažnost deprese taková, že nemocný je ohrožen suicidálním pokusem, a tedy je nutno stav řešit akutně za hospitalizace na psychiatrickém oddělení
- vlastní léčba potom probíhá ve třech základních rovinách – farmakoterapeutické, psychoterapeutické a fyzikální

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- tricyklická antidepresiva byla po dlouhou dobu základním armamentariem pro léčbu deprese. Jejich nevýhodou byly vedlejší účinky charakteru sedace, anticholinergního působení a vyvolání ortostatické hypotenze
- zmíněné vedlejší účinky byly nejméně vyjádřeny u nortriptylinu a desipraminu (Nortriptylin, Petylyl)
- dosulepin (Prothiaden), který je všeobecně považován za úvodní lék deprese, způsobuje značný stupeň sedace a má i zřetelný anticholinergní účinek
- u antidepresiv 2. generace je výskyt nežádoucích vedlejších účinků podstatně nižší a léky této skupiny také výrazněji tlumí somatické projevy deprese a larvovanou depresi, do této skupiny patří maprotilin (Ludiomil), milanserin (Leviron), viloxazin (Vivalan)
- další skupiny z novějších antidepresiv zvyšují různými mechanismy koncentraci přenašečů – IMAO – inhibitory monoaminoxidázy, SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, RIMA – reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy, SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, samostatnou skupinu tvoří preparát tianeptin s jiným mechanismem účinku

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- léčba antidepresivy u starších pacientů má své charakteristické rysy a rizika
- vzhledem k tomu, že event. komplikace vyvolané léčbou antidepresivy jsou de facto iatrogenním poškozením, musí být naší snahou rizika eliminovat
- anticholinergní účinek antidepresiv se u starším nemocných snáze projeví močovou retencí, zácpou, zhoršením glaukomu, tachykardií či jinými arytmiemi
- ortostatická hypotenze může vést až k synkopám s pády a úrazy, k ischemickým mozkovým lézím, a to zejména u nemocných s nižší ejekční frakcí levé komory
- proto by pro léčbu starších nemocných měly být voleny preparáty s minimálním anticholinergním a alfablokačním účinkem
- léčbu antidepresivy zahajujeme 1/2-2/3 doporučené zahajovací dávky pro dospělé
- postupně dávku zvyšujeme podle tolerance za sledování ortostatických změn krevního tlaku, tepové frekvence a za kontrol EKG
- aktivně se při každé kontrole dotazujeme na projevy nežádoucích účinků léčby. Vysazení antidepresiv musí probíhat velmi pomalu – v měsících

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- z dalších léčebných metod deprese je v praxi využíváno elektrokonvulzivní terapie u rezistentních depresí – tato metoda si stále zachovává primát v efektivnosti
- z fyzikálních metod se u sezónních depresí využívá efektu harmonizace denních rytmů aplikací jasného světla
- z psychoterapeutických metod je ověřena účinnost kognitivně behaviorální terapie, která věnuje pozornost nemocnému samotnému, a interpersonální psychoterapie, jejíž snahou je úprava problematických vztahů nemocného s jeho blízkým okolím

# PÉČE O SENIORY S DEPRESÍ

- Interpersonální terapie je podle některých zdrojů obzvláště vhodná pro starší nemocné po úvodní farmakoterapeutické léčbě
- pro léčbu závažnějších depresí byla ověřena jako účinnější kombinace farmakoterapie a psychoterapie než farmakoterapie samotná
- vznikla-li porucha depresivního charakteru na podkladě somatického onemocnění doprovázeného bolestí, je nutno léčit oba základní příznaky – depresi i bolest

# PÉČE O SENIORY - DELIRANTNÍ STAVY

- reverzibilní komplexní mozková dysfunkce jako nespecifická reakce na různé noxy
- objevení se deliria znamená zhoršení prognózy nemocného ve smyslu pomalejší rekonvalescence s potenciálním nebezpečím rozvoje komplikací, dlouhodobějšího přetrvávání mentální deteriorace asi u 1/3 delirujících nemocných a přechod do demence u 5-10 % nemocných
- obecně je delirantní stav považován za projev celkové křehkosti organismu a u téhož nemocného má tendenci se při dalších zhoršeních zdravotního stavu opakovat

# PÉČE O SENIORY - DELIRANTNÍ STAVY

- za rizikové je možno považovat nemocné ve věku nad 70 let, s akutním somatickým onemocněním, nemocné s demencí, nemocné léčené psychofarmaky, ev. závislé na alkoholu či jiných látkách a nemocné s psychicky labilní
- delirantní stavy se mohou vyskytnout u poměrně vysokého procenta seniorů zvláště ve spojení s akutní změnou jejich zdravotního stavu
- u seniorů po operativním řešení zlomeniny femuru je delirantní stav pravděpodobný až v 50 % případů, po operacích všeobecně chirurgických u 10 % nemocných
- přechodná zmatenost se však může vyskytnout i v domácím prostředí u 65 letých v 1-2 %, nad 85 let u 10-13 %



# PÉČE O SENIORY - DELIRANTNÍ STAVY

- nejčastější extrakraniální příčinou deliria je dehydratace, metabolické poruchy, bolest, horečka, zánětlivá reakce, hypoxémie mozku, hypoglykémie, retence moči, podání léků, vysazení léků, přerušování přísunu alkoholu, změny prostředí, celková anestézie, traumata a různé kombinace těchto faktorů
- z příčin intrakraniálních je nutno očekávat delirantní stavy u nemocných s hypoxémií mozku, demencí, depresí, epilepsií, po iktech
- delirantní stav může být prvním příznakem subdurálního hematomu, neuroinfekce (encefalitida, meningitida), tumoru mozku či psychiatrického onemocnění

# PÉČE O SENIORY - DELIRANTNÍ STAVY

## PŘÍZNAKY

- náhle vzniklý přechodný stav zmatenosti s neklidem, úzkostí, s poruchou paměti, orientace, chování, spánku, bdělosti a pozornosti, většinou s retrográdní amnézií
- stav bývá doprovázen halucinacemi a bludy, obranným a únikovým jednáním
- u některých nemocných se může projevit tzv. hypoaktivní forma deliria, při které je nemocný naopak apatický a nevyžaduje pozornosti

# PÉČE O SENIORY - DELIRANTNÍ STAVY

## DIAGNOSTIKA

- zvážení možných vyvolávajících faktorů
- neurologické vyšetření
- biochemické vyšetření ke zjištění poruch vnitřního prostředí
- nepřehlédnout apatii a zdánlivou bezproblémovost nemocných s hypoaktivním deliriem
- zvážit možnost organické příčiny – trauma, subdurální hematom, subarachnoidální krvácení
- rozdíl delirantního stavu a demence je zejména v trvání a rychlosti nástupu

# PÉČE O SENIORY - DELIRANTNÍ STAVY - LÉČBA

- hydratace, zajištění bezpečnosti nemocného, odstranění vyvolávajících příčin, vysazení medikace, která není nezbytně nutná, nefarmakologická opatření jako je klidné prostředí s eliminací možných stresujících faktorů, stimulace vhodnou denní aktivitou (hudba), klidnit nemocného přítomností ošetřujícího
- u lehčích delirií je možno podat oxazepam pro jeho anxiolytický efekt
- v případě nedostatečného efektu aplikace atypických neuroleptik – tiapridal, nebo klasických neuroleptik – haloperidol, do doby dosažení plného efektu medikace jsou mnohdy přechodně nutné mechanické omezující prostředky

# PÉČE O SENIORY - DELIRANTNÍ STAVY - LÉČBA

- hydratace, zajištění bezpečnosti nemocného, odstranění vyvolávajících příčin, vysazení medikace, která není nezbytně nutná, nefarmakologická opatření jako je klidné prostředí s eliminací možných stresujících faktorů, stimulace vhodnou denní aktivitou (hudba), klidnit nemocného přítomností ošetřujícího
- u lehčích delirií je možno podat oxazepam pro jeho anxiolytický efekt
- v případě nedostatečného efektu aplikace atypických neuroleptik – tiapridal, nebo klasických neuroleptik – haloperidol, do doby dosažení plného efektu medikace jsou mnohdy přechodně nutné mechanické omezující prostředky
- klasická neuroleptika používáme pouze v nezbytně nutných situacích a pouze ke zvládnutí těžkého akutního delirantního stavu, dlouhodobé podávání je pro výskyt nežádoucích účinků kontraindikováno

# PÉČE O SENIORY - DELIRANTNÍ STAVY - LÉČBA

Po podání neuroleptik se mohou objevit nežádoucí vedlejší účinky:

- kognitivní deteriorace
- anticholinergní efekty – močová retence
- suchost v ústech
- rozmazané vidění
- zácpa
- zhoršení glaukomu
- extrapyramidové symptomy – polékový parkinsonský syndrom ortostatická hypotenze
- srdeční arytmie

# INSTABILITA A PÁDY V SENIORSKÉ POPULACI

- porucha koordinace způsobující nejistotu při chůzi, závratě a pády
- výskyt tohoto syndromu je v seniorské populaci velmi vysoký – udává se až 40 % seniorů s občasnými pocity instability či závratí a asi 25 % populace nad 65 let trpí opakovanými pády
- přibližně v polovině případů jsme schopni současnými prostředky medicíny tento syndrom řešit

## Etiologie:

poruchy koordinace pohybu, snížení reakční rychlosti, zhoršení zraku, oslabení přímivých svalů a další poruchy pohybového aparátu, poruchy mozečku, porucha periferního rovnovážného ústrojí nebo jeho centrálního analyzátoru, nejčastěji poruchy prokrvení z důvodu stenózy magistrálních mozkových tepen, srdečních arytmií či anémie, útlaku vertebrálních arterií při spondylóze C páteře, neurologické příčiny – TIA, CMP, Parkinsonova choroba, deficity vitamínu B, neuropatie, hyponatrémie

# INSTABILITA A PÁDY V SENIORSKÉ POPULACI

- projevem předchozích patologických procesů a zároveň příčinou pádu může být i synkopa či kolapsový stav
- pády mechanické – uklouznutí, zakopnutí, chůze po schodech, opření se o nepevný kus nábytku, řidčeji pád ze žebříku nebo stoličky

## Příznaky

- pocit nejistoty, nutnost opírat se o nábytek, zdi, dále závrať nejčastěji přechodná, která způsobí náhlé zavravorání nebo pád
- u mechanických pádů si obvykle nemocný na všechno pamatuje, i na to, o co např. zakopl
- u pádů způsobených poruchami prokrvení mozku je obvykle popisováno zatmění před očima a následný pád nebo bušení či nepravidelnost srdeční činnosti a následný pád, případně se nemocný bez varovných příznaků ocitne na zemi
- závrať samotná může být doprovázena pocitem nauzey spolu s pocitem točení či tahu dopředu, dozadu či do stran



# INSTABILITA A PÁDY V SENIORSKÉ POPULACI

## Diagnostika

- fyzikální vyšetření může nalézt nystagmus, poruchy stoje nebo chůze, komplementární a konsiliární vyšetření by měla vyloučit nebo potvrdit všechny řešitelné příčiny pádů – RTG lebky a C páteře, Doppler magistrálních mozkových tepen, EEG, EMG, EKG, Holterovo monitorování, ORL vyšetření rovnovážného ústrojí, biochemické a hematologické vyšetření ke zjištění metabolických příčin či anémie
- za rizikového považujeme nemocného tehdy, udává-li pády v posledním půl roce, má-li poruchy chůze a stability, které signalizují ohnutá záda, ztuhlá šíje, drobné a šouravé kroky, nestejně dlouhé kroky, chůze o širší bázi, hlava, krk a trup se otáčí současně – obdoba chůze mladého člověka po ledu
- za významný rizikový faktor je považována polypragmázie včetně podávání psychofarmak, dále přítomnost demence, deprese a úzkosti

# INSTABILITA A PÁDY V SENIORSKÉ POPULACI

Léčba, prevence a profylaxe

- podle zjištěné příčiny – odstranění významné stenózy karotid, léčba epilepsie, rehabilitační podpora v případě postižení C pateře či svalové síly, léčba anémie či metabolických odchylek, kardiostimulátor v případě významných bradyarytmií, případně léčba jiných typů arytmií, medikace zlepšující prokrvení středního ucha – betahistin, naopak vysazení medikace, která by mohla vznik pádů podporovat
- prevence – profylaxe: přiměřená fyzická aktivita k udržení hbitosti a svalové síly DKK, vhodná obuv, vhodné kompenzační pomůcky, odstranění překážek v domácím prostředí i v okolí – prahy, koberečky, rohožky, vyčnívající části nábytku, montáž madel na riziková místa – schodiště, koupelny, WC, chodby
- dodržování předpisu označení prvního a posledního schodu
- vhodné je vybavení vany nekluzkým koberečkem, sedátkem, nekluzké podlahy, stabilní nábytek, přiměřené osvětlení i v noci
- diskutovaný je význam ochrany kyčelního kloubu – hip protector, který zmírňuje náraz při pádu na trochanter

# ÚKOLY

Prostuduj:

<https://www.iszs.cz>

<https://www.mojestari.cz/stari-a-starnuti/geriatrie/>

Proveď te test kognitivních funkcí MMSE a test hodin.

# OTÁZKY

Co vyvolává u seniorů porucha koordinace?

Jaké jsou příznaky deliria u seniorů?

Co lze hodnotit škálou pro geriatrické pacienty podle Sheikha a Yesavage?

Jaké jsou možnosti nefarmakologických intervencí u seniorů s depresí?

Jaké jsou možnosti v prevenci demence?

Jaké jsou projevy imobilizačního syndromu?

- Čeledová, L., Kalvach, Z. & Čevela, R. (2016). Úvod do gerontologie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- Bartoš, A., & Raisová, M. (2019). Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti. Praha: Mladá fronta.
- Eliopoulos, Ch. (2017). Gerontological Nursing: 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kabelka, L. (2018). Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci. Praha: Mladá fronta.
- Kalvach, Z. (2004). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada.
- Kalvach, Z. (2008). Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada.
- Kuckir, M., Vaňková, H., Holmerová, I. a kol. (2016). Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení. Praha: Grada.
- Pokorná, A. (2013). Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada.
- Ondriová, I. (2021). Etické problémy a dilemata v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada.

## POUŽITÁ LITERATURA

- Boltz, M., et al. (2016). Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. Springer Publishing Company.
- Čechová, K., Fendrych Mazancová, A., Marková, H. (2019). V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbývá čas. Praha: Management Press.
- Český statistický úřad. (2022). Senioři v ČR v datech. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/165397788/31003422.pdf/7e1fd9c7-e5fb-4155-9e88-882ba3cb1712?version=1.5>
- Institut sociálně zdravotních strategií. (2018). Dostupné z <https://www.iszs.cz>
- Jiráček, R., Holmerová, I., & Borzová, C. (2009). Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada.
- Kisvetrová, H. (2020). Demence a kvalita života. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Krátká, A. (2018). Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi. Zlín: UTB. E-kniha. Dostupné z <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43691>

## POUŽITÁ LITERATURA

Obr. 1 -

[https://www.google.com/search?q=senio%C5%99i&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjA5oa\\_q5H\\_AhWNRvEDHRo\\_AlcQ\\_AUoAXoECAEQAw&biw=1280&bih=520&dpr=1.5#imgrc=EAC2wl9LV6SvLM](https://www.google.com/search?q=senio%C5%99i&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjA5oa_q5H_AhWNRvEDHRo_AlcQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1280&bih=520&dpr=1.5#imgrc=EAC2wl9LV6SvLM)

Obr. 2 -

[https://www.google.com/search?q=osteopor%C3%B3za&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwipc\\_jX6lr\\_AhVd\\_7sIHUoLDBsQ\\_AUoAXoECAEQAw&biw=1280&bih=577&dpr=1.5#imgrc=v19KOekGyMfVpM](https://www.google.com/search?q=osteopor%C3%B3za&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwipc_jX6lr_AhVd_7sIHUoLDBsQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1280&bih=577&dpr=1.5#imgrc=v19KOekGyMfVpM)

Obr. 3 -

[https://www.google.com/search?q=ateroskler%C3%B3za&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwis1LvO-Yr\\_AhVF8bsIHTqiC-8Q\\_AUoAXoECAEQAw&biw=1280&bih=577](https://www.google.com/search?q=ateroskler%C3%B3za&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwis1LvO-Yr_AhVF8bsIHTqiC-8Q_AUoAXoECAEQAw&biw=1280&bih=577)

Obr. 4 -

[https://www.google.com/search?q=maslowova+pyramida+pot%C5%99eb&tbm=isch&ved=2ahUKEwjZnGx5H\\_AhWZnycCHZyNDyUQ2-cCegQIABAA&oq=maslowova+pyramida&gs\\_lcp=CgNpbWcQARgAMgUIABCABDIFCAAQgAQyBQgAEIAEMgUIABCABDIFCAAQgAQyBQgAEIAEMgUIABCABDIFCAAQgAQyBwgAEIoFEEMyBQgAEIAEUABYAGC0DGgAcAB4AIABR4gBR5IBATGYAQCqAQtnD3Mtd2I6](https://www.google.com/search?q=maslowova+pyramida+pot%C5%99eb&tbm=isch&ved=2ahUKEwjZnGx5H_AhWZnycCHZyNDyUQ2-cCegQIABAA&oq=maslowova+pyramida&gs_lcp=CgNpbWcQARgAMgUIABCABDIFCAAQgAQyBQgAEIAEMgUIABCABDIFCAAQgAQyBQgAEIAEMgUIABCABDIFCAAQgAQyBwgAEIoFEEMyBQgAEIAEUABYAGC0DGgAcAB4AIABR4gBR5IBATGYAQCqAQtnD3Mtd2I6)

Obr. 5 –

[w.google.com/search?q=Maslowova+teorie+potřeb&tbm=isch&source=iu&ictx=1&vet=1&fir=8QsyzZhYBulcmM%252Cn7T7e6lktDp5cM%252C%252Fm%252F015p2s%253Bc43R38cackwWBM%252CHq1dmUMP6VLoaM%252C\\_%253BBigLkSCYSbtImM%252CdD8wOILWMhclxM%252C\\_%253BAmuXSEIKuc1v5M%252CS6gPMDwX\\_5yGEM%252C\\_%253Bk6sZ2Fh\\_sRZiGM%252CV8ffCI5npxSgvM%252C\\_%253BD9keSyqd2T7jMM%252C3GyQlap0j9hoVM%252C\\_&usg=AI4\\_-kRKj7nlp-wzRjnq3N\\_vDJvrzIEWtQ&sa=X&ved=2ahUKEwjEj5Thjtn\\_AhWPgP0HHdYSAAQQ\\_B16BAhNEAE#imgrc=8QsyzZhYBulcmM](https://www.google.com/search?q=Maslowova+teorie+potřeb&tbm=isch&source=iu&ictx=1&vet=1&fir=8QsyzZhYBulcmM%252Cn7T7e6lktDp5cM%252C%252Fm%252F015p2s%253Bc43R38cackwWBM%252CHq1dmUMP6VLoaM%252C_%253BBigLkSCYSbtImM%252CdD8wOILWMhclxM%252C_%253BAmuXSEIKuc1v5M%252CS6gPMDwX_5yGEM%252C_%253Bk6sZ2Fh_sRZiGM%252CV8ffCI5npxSgvM%252C_%253BD9keSyqd2T7jMM%252C3GyQlap0j9hoVM%252C_&usg=AI4_-kRKj7nlp-wzRjnq3N_vDJvrzIEWtQ&sa=X&ved=2ahUKEwjEj5Thjtn_AhWPgP0HHdYSAAQQ_B16BAhNEAE#imgrc=8QsyzZhYBulcmM)

## SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ