

Informační a edukační brožura pro seniory a jejich příbuzné

Postupy a doporučení pro laickou domácí péči o handicapované seniory

Autoři

Doleželová Ivana, MUDr. - primářka oddělení

Richter Tomáš, MUDr. - zástupce primářky pro vzdělávání

Tsybulya Anatolyi, Dr. - zdravotnický zástupce primářky

Brezíková Eva Mgr. - vrchní sestra oddělení

Béhrová Jarmila - nutriční specialista

Šlenkrtová Helena - zdravotně sociální pracovnice

Jonášová Martina DiS.- fyzioterapeutka

Svozílková Pavlína Bc. - ergoterapeutka

Černušáková Pavla - rehabilitační pracovnice

Nezávislý konzultant

Doc. MUDr. Neuwirth Jiří

OBSAH

Slovo úvodem	5
Cévní mozkové příhody	6
Rehabilitace po cévní mozkové příhodě	10
Bolest	15
Bolest u nejčastějších neurologických onemocnění	17
Rehabilitace a bolest	18
Poruchy chování ve stáří.....	22
Deprese	30
Výživa seniorů	31
Základní kompenzační a rehabilitační pomůcky pro domácí péči	36

SLOVO ÚVODEM

**Vážení rodinní příslušníci a přátelé našich pacientů,
Vážené dámy vážení pánové.**

Informační brožuru, kterou právě držíte v ruce, připravil pro Vás autorský kolektiv geriatrického oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice. Rádi bychom Vás v ní seznámili s podstatou některých chorobných stavů, s nimiž jsou na našem oddělení hospitalizováni Vaši blízcí a ukázali Vám, v čem jsou některá úskalí dlouhodobé rehabilitační a ošetrovatelské péče. Přejí bychom si, aby náš text vzbudil Váš zájem o aktivní spolupráci námi.

Naše i zahraniční zkušenosti jednoznačně ukazují, že největšího úspěchu ve zlepšení zdravotního stavu a v opětovném získání soběstačnosti hospitalizovaných seniorů se dosáhne jen úzkou a aktivní spoluprací rodinných příslušníků pacienta s kolektivem ošetřujících zdravotníků. Ubezpečujeme Vás, že se na aktivní spolupráci s Vámi velmi těšíme. Primářka oddělení, vrchní sestra, vedoucí lékaři jednotlivých úseků a staniční sestry a rehabilitační pracovníci čekají na Vaše oslovení.

V předložené brožuře dále získáte informace o všech dosažitelných kompenzačních a rehabilitačních pomůckách, které byste mohli použít při péči o Vaše blízké v domácím prostředí a také informaci o příspěvku na péči. Jde o příspěvek, který může získat osoba, která se z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nedokáže sama o sebe postarat a potřebuje proto péči fyzické osoby.

V bývalých Masarykových domovech byla v roce 1928 založena první geriatrická klinika v Evropě, její činnost byla v roce 1940 násilně ukončena a po roce 1945 již nebyla obnovena. Naše geriatrické oddělení ve Fakultní Thomayerově nemocnici, jež je co do počtu lůžek největším geriatrickým oddělením v České republice, se svojí činností snaží navázat na tuto tradici.

Za autorský kolektiv a za všechny pracovníky geriatrického oddělení FTN

Prim. MUDr. Ivana Doleželová

CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Pacienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu tvoří poměrně značnou část osob hospitalizovaných na našem geriatrickém oddělení. Rádi bychom proto Vás, jejich příbuzné a přátele, seznámili s podstatou tohoto onemocnění a hlavně s tím jak by jste se mohli aktivně zapojit do léčebně rehabilitačního procesu vašich blízkých.

Co je cévní mozková příhoda?

Cévní mozková příhoda (CMP) je stav, kdy v důsledku omezení průtoku krve mozkem, dojde v určité oblasti k akutnímu nedostatku kyslíku - **ischemii** a tím k poškození (odúmrť - nekróze) mozkových buněk.

Méně častou příčinou CMP je poškození mozkové tkáně proudem krve z prasklé mozkové.

Ischemické CMP (80% případů) dělíme podle příčiny

- **na trombotické**, kdy k nedokrvenosti způsobuje trombus (krevní sraženina) nasedající na arterioskleroticky změněnou tepnu
- **embolizační** kdy je mozková tepna ucpaná krevní sraženinou vzniklou nejčastěji v oušku levé srdeční síně při poruše pravidelnosti srdeční činnosti – při fibrilaci síní.

Krvácivých mozkových příhod je méně. V 15% jde o prasknutí mozkové tepny (komplikace hypertenzní nemoci) v 5 % je příčinou prasklé aneurysma mozkové cévy.

Obrázek č. 1 Výskyt ischemické CMP

- celosvětová incidence je asi 150/100 000 obyvatel
- celosvětová úmrtnost je asi 18 %

ČR přední místa ve výskytu a úmrtnosti ve světových statistikách

- incidence v ČR je 400 - 500/100 000 obyvatel,
- do jednoho měsíce zemře 24 %
- do jednoho roku 42 % pacientů

- vysoká invalidita

Jaké je riziko vzniku cévní mozkové příhody?

Riziko vychází ze světových statistik. Nejfrekventovanější jsou CMP je ischemického původu (iCMP). Celosvětově připadá 150 příhod na 100 000 obyvatel. V ČR je výskyt ischemických CMP mnohonásobně vyšší, až 400-500 příhod na 100 000 obyvatel (obrázek 1). Příčinou je nedodržování životosprávy, životního stylu a celkového pojetí života, špatná spolupráce s lékaři při léčbě tzv. civilizačních chorob – aterosklerózy, hypertenze, cukrovky (obrázek

Obrázek č.2 Rizikové faktory ischemické CMP

Riziko CMP stoupá s věkem

- 1,5% v 50 až 59 letech
- 23,5% v 80-89 letech

Rizikové faktory ovlivnitelné

- ICHS – fibrilace síní
- Hypertenze
- Ateroskleróza
- Diabetes mellitus
- Anamnéza CMP
- Obezita – hyperinzulinismus
- Dyslipidémie
- Kouření, alkoholismus

Rizikové faktory neovlivnitelné

- Pohlaví- větší **riziko u mužů**
- Věk – **nad 50 let** se riziko násobí každých 10 let
- Vrozené predispozice

Klinický obraz CMP závisí na lokalizaci a tíži poškození mozkových buněk.

Většinou CMP má dramatické příznaky – nekontrolovatelný pád s následnou poruchou řeči a hybnosti anebo přímo s bezvědomím. Péče o pacienty v akutním stadiu se řídí podle zásad, které vydalo ministerstvo zdravotnictví (**„Zásady organizace neodkladné péče pro případy vzniku CMP ”**) a spočívá v co nejrychlejší transportu pacienta vozem RZP na specializované pracoviště – neurologickou iktovou jednotku intenzivní péče. Cílem akutní léčby je co nejrychleji zastavit rozvoj ložiska a stabilizovat celkový stav nemocného.

V méně dramatických případech se může onemocnění „hlásit“ dopředu přechodnými a prchavými poruchami orientace, řeči, rovnováhy a hybnosti. I v těchto případech je nutné vyhledat neodkladně lékaře.

Prevence CMP

- nekouřit
- udržovat fyzickou aktivitu - pro seniory alespoň 30 minut svižné chůze denně
- udržovat správnou tělesnou hmotnost – netloustnout ani nehubnout
- pravidelně kontrolovat svůj krevní tlak,
- dodržovat zásady zdravé výživy
- alespoň jednou za rok si nechat vyšetřit hodnoty krevního cukru a krevních tuků

Obrázek č. 3 **Životospráva a CMP**

- Ovoce, zelenina, vláknina
- Ryby, NMK (n3)
- Kyselina listová, vitamíny B6 a B12
- Mg, K, Ca
- Malé množství alkoholu
- Fyzická aktivita

snížení rizika CMP až o 50%

Cílem dlouhodobé léčby

je pomocí všech dostupných prostředků zmírnit následky mozkového poškození . Léčba je dlouhodobá a je třeba pacienta v jeho aktivitě velmi posilovat,. Jednoznačně platí, že čím dříve se s rehabilitací začne tím větší je naděje na zmírnění následků. Podrobnou informaci jak se můžete do tohoto procesu zapojit najdete v další části této informační brožury. Ne u všech nemocných, kteří přestáli CMP se dosáhne intenzivní léčbou a rehabilitací úplného vyléčení a někteří nemocní mají omezené pohybové schopnosti a k jejich udržení musí neustále posilovat cvičením. To vyžaduje nejen vlastní silnou vůli, ale i trvalou podporu rodiny a přátel.

Obrázek č. 4

Léčba CMP

Akutní léčba

ICMP- co nejdříve uvolnit průchod uzavřené cévy
krvácivé CMP– zastavit krvácení, zmenšit ložisko

Za hospitalizace – neurologie,interna, jiném pracovišti

- Iktové jednotky
- JIP
- Standardní lůžka

Dlouhodobá léčba – zmírnit následky CMP všech typů

Za hospitalizace i ambulantně – lůžka následné péče, RHB odd.
Aktivizace, RHB

Smysluplná léčba minimálně ½ roku po příhodě

REHABILITACE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Komplexní rehabilitace po CMP zahrnuje fyzioterapii, ergoterapii, logopedii, popř. i psychologii. a jejím **cílem je**:

- Návrat zpět do aktivního života
- Funkční soběstačnost
- Fyzická zdatnost
- Psychická vyrovnanost

Rehabilitace dle stádií CMP

Jednotlivá stádia mají individuální délku trvání a mohou se navzájem prolínat.

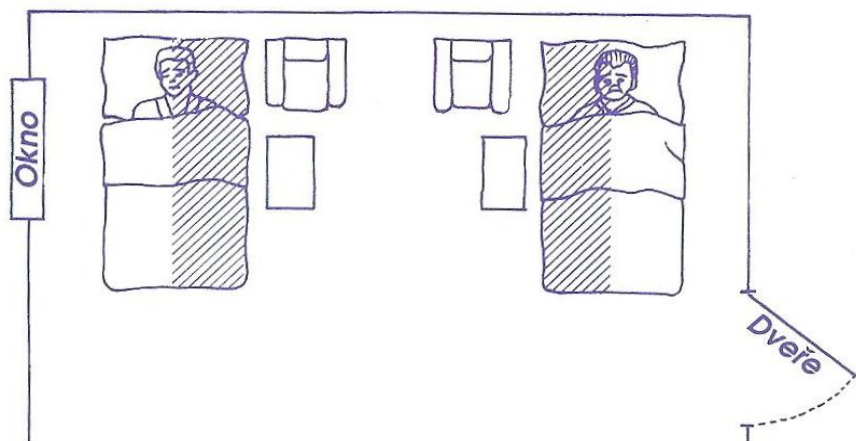
1. Akutní stádium (tzv. pseudochabé) - v tomto období převažuje svalová ochablost. Končetiny jsou volné, nepohyblivé.
2. V subakutním období můžeme pozorovat zvýšené svalové napětí. V některých případech se končetina může až „stahovat“ do určité polohy v důsledku silného napětí některých svalů.
3. Stádium relativní úpravy
4. Postupné zlepšování stavu
5. Stádium chronické - stav se již dále nezlepšuje.

Rehabilitace v akutním stádiu

Důležité je i **uspořádání pokoje**. Veškerá činnost má probíhat z postižené strany. To znamená, že u osoby stojíme z její postižené strany, stolek a vše potřebné se ukládá poblíž postižené strany. Když se pak osoba chce např. napít, musí se přes postiženou stranu natočit a tím dochází k první aktivaci některých svalů (obrázek 1)

Obrázek č. 1 - Rehabilitace v akutním stádiu

- Uspořádání pokoje
 - veškerá činnost probíhá z postižené strany



Polohování je velice důležitá část rehabilitace. Máme hned několik poloh - na zádech, na zdravé straně, na postižené straně (obrázek 2).

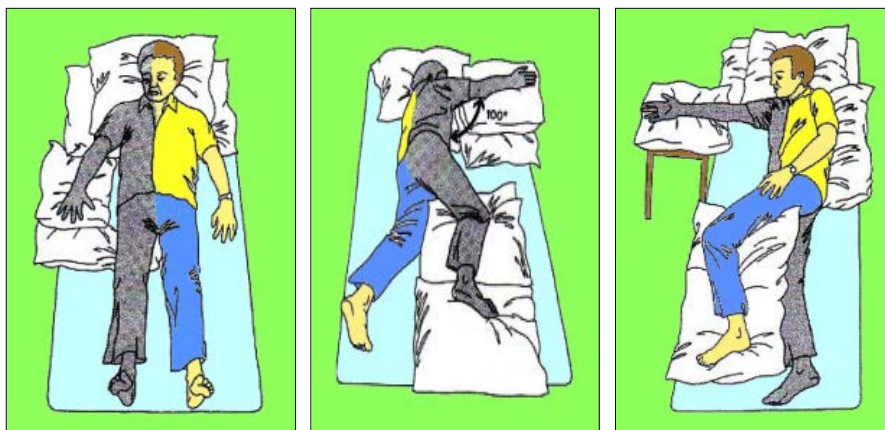
Další Obrázek č. 2 - Rehabilitace v akutním stádiu

■ Polohování

na zádech

na zdravé straně

na postižené straně



Nedílnou součástí je **pasivní cvičení s nehybnými částmi těla**. Začínáme co nejdříve. Cvičíme pomalu, šetrně a v plném rozsahu pohybu. Pozor netaháme horní končetinu za ruku, ale chytíme ji na více místech (např. úchop za zápěstí a za loket) – tím předcházíme bolestivým stavům pacienta.

K dalšímu cvičení se řadí nácvik otáčení a zvedání pánve (tzv. most – obrázek 3).

Obrázek č. 3 - Rehabilitace v akutním stádiu - most

■ Pasivní cvičení

- ☐ začínáme co nejdříve
- ☐ pomalu a šetrně
- ☐ v plném rozsahu pohybu (rameno, kyčel)

■ Nácvik otáčení a zvedání pánve (tzv. most)

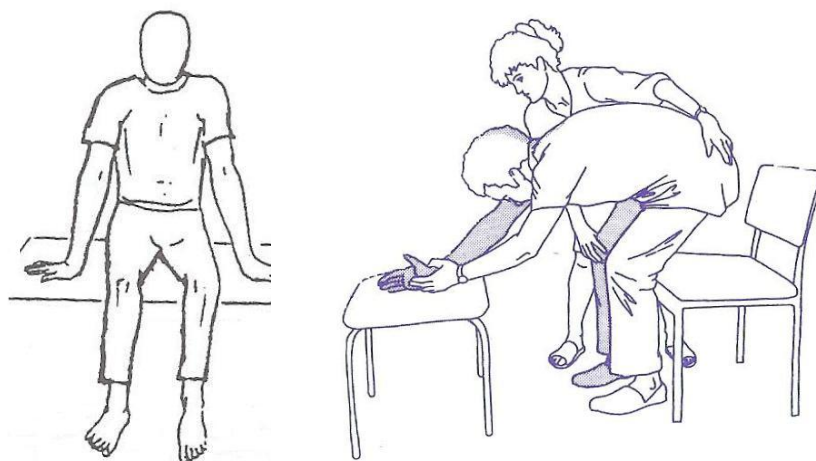


Rehabilitace v subakutním stádiu

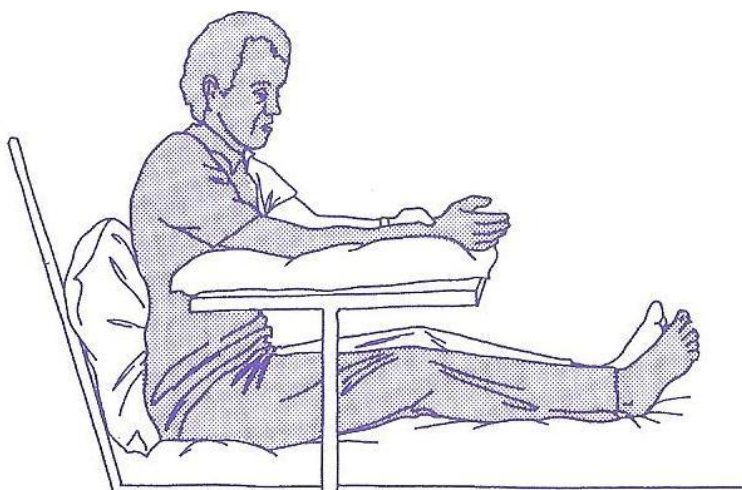
Nácvik **aktivní hybnosti celého těla**. **Postupná vertikalizace** – začínáme s nácvikem sedu, poté nácviku rovnováhy v sedě, ... až k samostatnému sezení v posteli s nohama přes okraj a opřením nohou o stoličku či zem (obrázek 4, obrázek 5)

Obrázek č.4 - Rehabilitace v subakutním stádiu

- Nácvik aktivní hybnosti
- Postupná vertikalizace - sed. rovnováha v sedě. ...



Obrázek č. 5 - Sed na lůžku



Rehabilitace ve stádiu relativní úpravy

Dle stavu nácvik stoje, kroku, chůze (s ortopedickou pomůckou – chodítko, berle – obrázek č. 6 nebo s doprovodem...). V rámci ergoterapie dochází k nácviku jemné motoriky postižené ruky a nácviku soběstačnosti. Záleží na aktuálním funkčním stavu pacienta, zda se soběstačnost trénuje již od počátku onemocnění. Vše vrcholí nácvikem samostatné chůze se čtyřbodovou holí, kterou může fyzioterapeut dle stavu pacienta vyměnit za francouzskou hůl či trénovat chůzi zcela bez pomůcky.

Obrázek č. 6 - Rehabilitace ve stádiu relativní úpravy

- Dle stavu nácvik stoje, kroku, chůze
(s ortopedickou pomůckou, doprovodem,...)



- Nácvik jemné motoriky postižené ruky

Rehabilitace v chronickém stádiu

Výsledkem pozdní, krátké či nevhodné rehabilitace mohou vzniknout zafixované špatné pohybové stereotypy (obrázek č. 7), se kterými se již velmi špatně pracuje a výsledky spolupráce nemusejí být takové jaké nemocný i rehabilitační pracovník očekávají.

V chronickém stádiu nadále pokračuje nácvik aktivní hybnosti postižených končetin, trénování rovnováhy a soběstačnosti. I v chronickém období existuje možnost ambulantní rehabilitace u mnoha odborníků či přímo v rehabilitačním zařízení.

Na závěr bych dodala, že celkově má na rehabilitaci a znovu zapojení osoby zpět do jeho běžného denního života velký význam motivace osoby a zapojení členů rodiny do dění.

Obrázek č. 7 - Rehabilitace v **chronickém stádiu**

- Výsledkem pozdní, krátké či nevhodné rehabilitace mohou vzniknout zafixované špatné pohybové stereotypy.
- Nadále pokračuje nácvik aktivní hybnosti postižených končetin, trénování rovnováhy a soběstačnosti.



BOLEST

Bolest je známa každému, je to nepříjemný senzorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkán (takto to říká dnes uznávaná definice bolesti). Bolest je **vždy subjektivní , to znamená**, že její intenzitu a prožívání nemůže posoudit nikdo než postižený jedinec. Jinými slovy, že intenzita bolesti nezávisí pouze na viditelných tělesných postiženích. Trvá-li bolest dlouho stává se samotná bolest nemocí.

Dělení bolesti - bolest dnes dělíme na dvě základní skupiny

- bolest akutní
- bolest chronickou

Bolest akutní je varovným signálem pro organismus. Hlásí, že se s tělem děje něco nesprávného, co je potřeba okamžitě odstranit, aby nedošlo k vážnému poškození. Akutní bolest je vůbec nejčastějším důvodem k vyhledání odborné pomoci zdravotníků.

Za chronickou bolest označujeme bolestivý stav, který trvá déle 6 měsíců a nemá již charakter varovného signálu. Je důsledkem déle trvajících nepříznivého stavu organismu, negativně ovlivňuje život pacienta a sama se tak vlastně stává nemocí. Omezuje pacienta v soběstačnosti a zhoršuje jeho tělesnou, psychickou a sociální pohodu, negativně ovlivňuje celkovou kvalitu života. Velkým problémem je, že chronická bolest hůře zabírá na farmakoterapii.

Jak k přistupovat k člověku trpícím bolestí?

1. vždy mu věřit, že bolest má hovoří
2. nesrovnávat vlastní zkušenosti s jeho bolestí
3. nepodsouvat vysvětlení bolesti
4. nechat ho spontánně o bolesti hovořit

U akutní bolesti se snažit zjistit:

- 1) místo (co a kde bolí)
- 2) šíření (zůstává na místě, šíří se i jinde)
- 3) charakteristiku (jak to bolí – píchá, pálí, řeže apod.)
- 4) intenzitu (jak moc to bolí – snesitelně, intenzivně, strašně)
- 5) trvání (jak dlouho bolest trvá)
- 6) závislost (co bolest vyvolává např. na pohyb, co v bolesti ulevuje, např. určitá poloha)

Tím, že dokážete bolest podrobněji popsat, usnadníme lékaři určení její příčiny a pomůžete tak rychleji a cíleněji zasáhnout odpovídajícími léky a režimovými opatřeními.

U chronické bolesti

Častou příčinou nenádorové chronické bolesti ve stáří jsou chronická onemocnění kloubů (artrózy a artritidy) kostí (osteoporóza) a svalů (spasmy a kontraktury) a některá specifická neurologická onemocnění. Podrobnosti budou uvedeny dále. Chronická bolest velmi vyčerpává postiženého člověka nedostatkem spánku a odpočinku od bolesti, nechutenstvím a depresí. Nemocný se pro opakované stesky izoluje od okolí buď sám nebo naopak se okolí izoluje od něj.

Pro hodnocení intenzity chronické bolesti se užívají tzv. vizuálně analogické škály, tvoří ji např. úsečka s body od 0 do 10. 0 označuje bezbolestný stav, 10 nesnesitelnou bolest.

Nemocný každý den zaznamenává stupeň bolesti a tak se může hodnotit účinnost léčby. Jako pomocné hodnocení se také používají schémata postav, kam nemocný může zaznamenávat místo bolesti a její šíření.

Chyby, kterých se můžeme dopustit při hodnocení chronické bolesti

1. postiženému nevěříme, že má bolest
2. existenci bolesti podceňujeme a zlehčujeme
3. odmítáme připustit dopady chronické bolesti na soběstačnost pacienta při chronické bolesti
4. odmítáme připustit dopady chronické bolesti na nechutenství, nespavost i na změnu psychiky

Chyby, kterých se mohou dopouštět zdravotníci

1. podceňují intenzitu bolesti a nedostatečně nastavují dávku analgetik
2. neléčí chronickou bolest komplexně – léky, RHB, lázněmi, psychologickou podporou.



Nedostatečná léčba chronické nenádorové bolesti

>50% pacientů mění lékaře pro



•Neochotu léčit CHB agresivně

•Neberou pacienty s bolestí vážně

•Nemají odpovídající znalosti o léčbě bolesti

Chronic Pain: Complexities and Challenges
Katie Kessler RN MSN APRN BC, Michigan State University
College of Nursing

BOLEST U NEJČASTĚJŠÍCH NEUROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Bolest v akutní fázi CMP často nemocní trpí bolestí hlavy, zvláště pak je-li příčinou mozkové příhody krvácení do mozku. Na tuto možnost vždy myslí ošetřující lékař na neurologii a podává tisíce léky i v případě, kdy pacient nedokáže komunikovat pro poruchu řeči.

Po zvládnutí nejakutnější fáze se u pacienta uplatňuje bolest v ochrnutých svaích a nepohyblivých kloubech (odborně paretické svaly a imobilní klouby). Tyto bolesti se dají dobře ovlivnit běžnými léky proti bolesti, **ale velmi důležité je pasivní cvičení, masáže a manévry proti vzniku kontraktur.**

Je velmi vhodné se domluvit s rehabilitačním, který vám ochotně poradí a ukáže, jak s pacientem postiženým CMP můžete cvičit v průběhu vašich návštěv a tak aktivně napomáhat rekonvalescenci.

Bolestem ve svaích a kloubech ochrnutých končetin odborně říkáme bolesti nociceptivního charakteru. U CMP se však velmi často uplatňují i takzvané centrální bolesti neuropatického charakteru, které jsou důsledkem poškození mozku. Tyto bolesti jsou těžko popsitelné a mění se jejich lokalizace v různých částech těla. V léčbě využíváme léky, kterým obecně říkáme antikonvulziva, využíváme však i léky ze skupiny antidepresiv.

Další častou chorobou v seniorském věku je **Parkinsonova choroba**.

Hlavním příznakem Parkinsonovy choroby je třes rukou, svalová ztuhlost, poruchy chůze, porucha řeči a často též i demence. Pro pacienty se tak stává problémem základní sábeobslužnost, běžná osobní hygiena a chůze. Nejčastější příčinou bolesti u tohoto typu neurologického onemocnění je ztuhlost končetin. Zde, podobně jako u CMP, hrají velmi důležitou roli rehabilitace, masáže a pasivní cvičení. Vše lze nacvičit pod odborným dohledem rehabilitačního pracovníka a do RHB se zapojit i jako laik pečovatel.

Dalším zdrojem bolesti u nemocného s touto chorobou, který je již trvale upoután na lůžku mohou být vzniklé **proleženiny**. I přes maximální snahu ošetrovatelského personálu nelze vzniku proleženin (dekubitů) zabránit. Snížit riziko pomohou rodinní příslušníci, kteří pod dohledem zkušené sestry naučí jak správně provádět pravidelné polohování pacienta.

Závažným neurologickým onemocněním, vedoucím k chronické bolesti je roztroušená skleróza. U **roztroušené sklerózy** je důvodem vzniku bolesti svalové postižení při zhoršené hybnosti a napětí svalů (tzv. spasticita). Podávají se léky, které svaly uvolňují (myorelaxancia) a je třeba opětovně zdůraznit blahodárny přínos pasivní i aktivní rehabilitace a všech aktivit, vedoucích k uvolnění svalového napětí, na kterých se mohou podílet nejbližší příbuzní a přátelé nemocných.

Bolest u **dementních nemocných může být pro laika obtížně rozpoznatelná**. Vzhledem k poruše myšlení nám často nemůže pacient slovně sdělit, že jej trápí bolest a v jaké lokalitě. Sděluje své obtíže jinými signály jako jsou stavy zvýšeného neklidu, změny v chování, agresivita, delirantní stavy, zvýšené pocení. Každá taková změna ve zdravotním stavu a chování seniora s demencí musí vést k zamyšlení, zda tento pacient netrpí bolestí. Včasné rozpoznání bolesti u dementních nemocných je velmi významné **především u nemocných v domácí péči**, kdy pozdně diagnostikovaná chronická bolest může vést ke zhoršení mozkových schopností až k delirantním stavům, pro které může být nemocný agresivní a hospitalizován na psychiatrickém oddělení.

REHABILITACE A BOLEST

V tomto příspěvku se budeme věnovat bolesti kloubů a svalů a její ovlivnění rehabilitačními prostředky.

- Kloubů – rozhýbat (např. artrózy)
- Svalů – uvolnit (kontraktury, spasticita, spasmus,...)

Kontraktura

- Kontraktura je fixované, většinou flexní držení části těla, nervového nebo svalového původu. Nejčastěji je viditelné na horních a dolních končetinách.
- Vzniká při stále stejné poloze nebo činnosti (pokrčená kolena, lokty, stálé psaní na počítači).
- Prevencí proti kontrakturám je častá změna polohy (především u ležících lidí), pohyb, protahování a změna činností (zatěžuji-li při zaměstnání ruce, ve volném čase zatížím nohy).

Prevence

- změna polohy a činnosti, pohyb, protahování

Rehabilitace

1. Prvním a nejdůležitějším bodem je klidná domácí atmosféra a čas. Při sebemenším stresu jsou svaly a nervy v křeči a hrozilo by poškození.
2. Druhým bodem, je příprava svalů a nervů na aktivní činnost. Zde použijeme např. nahřívací pomůcky (solux, hydroform, ...), vibrační přístroje, jemné poplácávání, svižnější tření (hlazení) „směr proti chlupu“ ...
3. Třetím bodem je aktivní pohyb (natažení) postiženým jedincem.
4. Následně se pokoušíme pomoci postiženému s pohybem do snesitelné bolesti a několikrát opakujeme uvolnění a protažení.
5. Při dosažení maximálního protažení je důležité ještě nějaký čas postiženou část těla zafixovat. Zde můžeme použít, lůžkoviny, polohovací pomůcky, pískové závaží, obinadla a jiné pomůcky, kterými vyvíjíme tlak ještě cca 15 – 30 minut.

Spasticita

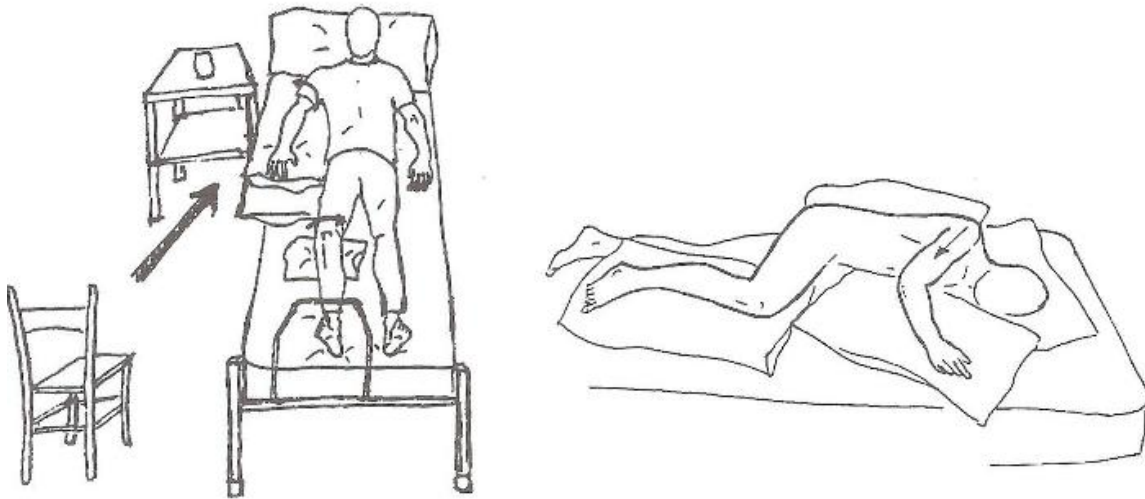
- spasticita je krátkodobá či dlouhodobé zvýšení svalového napětí, které neovlivníme vůlí
- vzniká onemocněním nervů

Prevence

Předejít spasticitě, která může vzniknout na podkladě cévní mozkové příhody, můžeme správnou životosprávou. Jedná se o dostatečný pohyb, zdravá a vyvážená strava, dostatek odpočinku a vyhýbání se stresu. Pokud už se spasticita objeví, můžeme předcházet jejímu zhoršování a zejména v ranné fázi ji ovlivníme vhodným polohováním či ortopedickými pomůckami (dlahy).

Rehabilitace

- klidná atmosféra, čas – stres, pospíchání, špatná nálada zvyšuje spasticitu končetin.
- uvolnění svalů – po domluvě s odborníky – rádi vám ukáží techniky, kterými se spasticita, může ovlivnit. Blahodárně na spastickou končetinu působí teplo, masáž či míčkování, avšak je třeba tuto masáž provádět na zadní straně předloktí směrem k srdci.



- Aktivní protažení končetin stejně tak jako pasivní protažení druhou osobou předchází zkrácení svalů.
- V některých případech lékař naordinuje medikaci (botulotoxin).

Rigidita

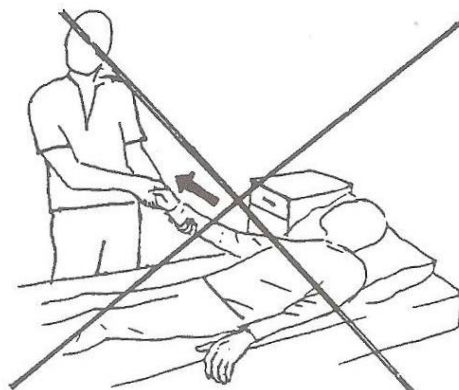
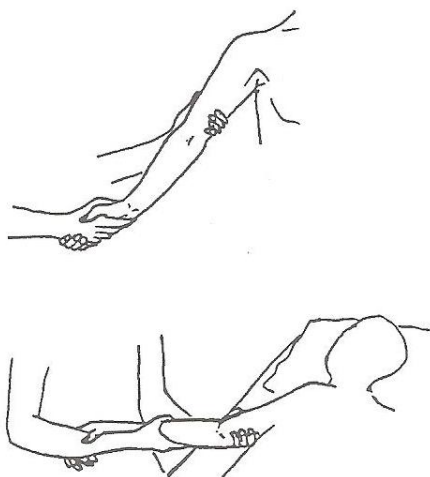
- Rigidita je svalová ztuhlost.
- Vzniká nedostatkem pohybu při neurologických onemocněních, často zde bývají malé známky zlepšení.
- Prevencí proti rigiditě je dostatek pohybu a polohování.

Rehabilitace

Rehabilitace je velmi obtížná, vyžaduje spoustu trpělivosti, domácí pohody a hlavně času. Rehabilitaci je vždy vhodné zahájit nabuzením svalů (viz. kontraktury). Dále pokračujeme aktivním a pasivním cvičením. Na závěr lze svaly i klouby zklidnit promazáním antirevmatiky, či jinými lékařem naordinovanými mastičkami a jemnou masáží. Tu provádíme po chlupu jemným hlazením bez tlaku, popřípadě můžeme přidat jemnou pomalou vibraci.

Bolestivé končetiny

- Možnost promasírovat – oblíbeným krémem, jemně, možno použít molitanové míčky či tzv. „ježky“.
- Dolní končetiny – vodoléčba – perličková koupel chodidel.
- Netahat za ruku – bolestivé rameno



Bolestivá páteř

Při bolestech páteře je taktéž důležitý pohyb a protahování, u ležících jedinců polohování. Má-li jedinec možnost, velice blahodárně působí bazén a perličkové vany. Pro domácí zklidnění bolesti použijeme kromě cvičení masáž pěnovými míčky, hřejivé zábaly, vibrační přístrojky, nebo ruční masáž. Ruční laické masáže se nemusíme vůbec bát, jde spíše o pohlazení, popřípadě vetření předepsané, či lékárníkem doporučené masti.

Všechny postupy Vám rádi osobně ukážeme a naučíme na našich odděleních.

Vertikalizace

Vertikalizace nebo-li posazování a stoj má svá určitá pravidla. Nejprve osoba musí zvládnout samostatné přetáčení na posteli a zvedání pánve při pokrčení nohou. V této fázi také posilujeme svaly dolních končetin. Dle stavu se přistupuje k dalšímu kroku a to posazování na posteli se nohama dolů. Na obrázcích můžete vidět postup. Nejdříve se osoba přetočí na bok. Potom spustí končetiny dolů z postele a zároveň zvedá trup těla. Důležité je zapojit ruce a vzepřít se o ně až do sedu. Sedíme s podloženými nohama – je-li příliš vysoká postel, může nám pomoci stolička.



Vstávání ze židle

Po udržení stabilního sedu nacvičujeme vstávání. Hlavní zásadou je být rozkročený na šíři pánve. Ze začátku nemusí osoba vstát úplně nahoru, stačí trénovat nadzvedávání hýždě. Pro snížení strachu si stoupneme před vstávajícího, aby měl pocit jistoty a bezpečí.



Bolest akutní i chronická zhoršuje soběstačnost a někdy až do imobilizace pacienta. RHB léčba bolesti je součástí komplexní terapie lékařské a ošetrovatelské a měla by být vedena odborníkem. Laicky je možné poskytnout základní RHB techniky, které mohou významně podpořit odbornou péči a vést k rychlejšímu návratu nemocného k soběstačnosti.

Při RHB léčbě bolestivých stavů je vždy potřeba vycházet z příčiny bolesti a při poskytování laické RHB je vhodné se předem poradit s odborníkem.

PORUCHY CHOVÁNÍ VE STÁŘÍ

Co je porucha chování?

Je to změna v chování člověka proti obvyklému standardu v určité věkové skupině.

Chování člověka je dáno a ovlivněno mnoha vnitřními (např. genetické vloh) i vnějšími faktory (společnost, kultura, zvyky apod.). Proto se ve svém chování liší člověk od člověka.

Budeme-li se zabývat chováním jedince v čase, od jeho narození až ke sklonku života, pak se chování každého jednotlivce bude velmi významně měnit v závislosti na věku. A to nejen pro fyzické a mentální schopnosti určitého věku, ale i v závislosti na životních zkušenostech a prožitých událostech. Komplex těchto faktorů nejen ovlivňuje chování lidí a především odlišuje, individualizuje, každého z nás. Přesto, že chování každého jedince je individuální a jedinečné, lze obecně chování lidí rozdělit na chování obvyklé-standardní pro určitou věkovou skupinu, společnost, kulturu a chování abnormální, vybočující z obvyklé normy (Obrázek č. 1).

Ve vyšším věku rozeznáváme několik základních typů poruch chování, které souvisejí s fyziologickým stárnutím mozku. Při něm dochází nejen k úbytku mozkových buněk (neuronů), ale je i částečně porušena rovnováha „přenašečů informací“ (tzv. neurotransmiterů).

Obrázek č. 1

„Benigní“ typy poruch chování seniorů

Poruchy chování z vnitřních příčin

- **Akcelerace osobnostních charakteristik** – stářím klesá selfmonitoring a schopnost kontrolování reakcí
- **Porucha přizpůsobení**
- **Benigní zapomnětlivost**

Poruchy chování z vnějších příčin

- **Polékové změny chování**
- **Akutní nemoci, operace**

Fyziologické stárnutí mozku

- Úbytek neuronů
- Úbytek neuronové sítě
- Dysbalance neurotransmiterů
- Porucha myelinizace

Příčina – fyziologické stárnutí mozku

Víme, že organismus je jeden funkční celek a že pokud stůně některá jeho část, určitým způsobem jsou ovlivněny nejen ostatní orgány nebo funkční systémy, ale je ovlivněn organismus jako celek. V mladším a středním věku má organismus dostatek energie, aby nepříjemné dopady nemoci na celý organismus včetně psychicky dokázal zvládnout. Ve vyšším věku, zvláště po 75 roce, však postupně ubývá schopnost adaptace a všechny negativní vlivy, jako jsou: nemoci a úrazy, změna rodinného stavu, změna stereotypu bydlení a jiné stresy, organismus špatně zvládá po stránce tělesné, ale zvláště duševní a reaguje změnou chování.

Obrázek č. 2

Co všechno může být skryto za náhlou změnou chování starého člověka

Náhlá změna v chování	Plíživý začátek
• Léky • Nevyrovnaná cukrovka • Náhlá nedokrevnost mozku • Pokles krevního tlaku • Poúrazové poškození mozku • Akutní neuroinfekce	• Psychické poruchy • Nádory • Selhávání ledvin • Nedostatečný příjem tekutin • Onemocnění štítné žlázy • Ethylismus

Diagnostikovat

Nejčastěji jsou poruchy chování spojovány s demencí. **Při demenci**, bez ohledu na její příčinu, dochází poruše paměti, myšlení, orientace, logického myšlení a konání a dalších tvz. kognitivních funkcí. Člověk postižený demencí je vznětlivý, popudlivý nebo apatický, a často trpí,

Obrázek č. 3

Klinické projevy demence

KOGNITIVNÍ FUNKCE	PORUCHY CHOVÁNÍ
Porucha • Paměti • myšlení a úsudku • praktických dovedností • orientace • učení, řeči, poznávání	• poruchy emotivity • neklid • agresivita • bloudění • poruchy spánkového rytmu • společensky nepřijatelné chování

zpočátku jen nočními později i celodenním stavy zmatenosti. Postupem času se zhoršují se vyjadřovací schopnosti: vážne výbavnost slov a tvorba vět, ztrácí se schopnost psaní. Nemocný přestává rozumět svému okolí a mluvenému slovu, okolí nerozumí nemocnému.

Závažnost demence spočívá v její progresi. Jednotlivé příznaky se s narůstajícím časem zhoršují. V počátcích lze progresi choroby zpomalit až na několik let pozastavit.

Bohužel počátky demence bývají velmi často nepoznány, protože se projevují „pouze“ poruchou paměti, která bývá připisována stáří. Tito pacienti se tak dostaví k lékaři až ve fázi rozvinuté demence, kdy je léčba již velmi problematická.

Současně však je třeba vzít v úvahu , že přechodně mohou negativně ovlivnit paměť některé situace a stavy , které jsou přehledně uvedeny v následující (obrázek 4) a nemusí se ještě jednat o demenci.

Obrázek č. 4

Paměť ovlivňuje

- Bolest
- Únava
- Žal
- Stres
- Axieta - úzkost
- Medikace – navyšování léků
- Hormonální změny
- Nutriční deficit – špatná výživa
- Dehydratace – nedostatek tekutin
- Deprese
- Infekce
- Anémie – nedostatek červených krvinek
- Poruchy senzorických funkcí – poruchy sluchu, zraku

Což může vysledovat i laik

Jak rozpoznat počínající demenci?

Při každém postupném zhoršování paměti a orientace je žádoucí navštívit lékaře a požádat o vyšetření u odborníka.

Vyšetření by nemělo být zaměřeno jen na vyšetření paměti a orientace, ale pacient by měl podstoupit komplexní vyšetřovací program. Existují totiž další, jiná onemocnění, která se projevují symptomy demence, **ale mohou být plně léčitelná**, např. snížená činnost štítné žlázy, chudokrevnost, nedostatek vitamínu B 12.



Identifikovat všichni

Pozorováním
Sledováním změn chování v čase

Časně diagnostikovat odborníci

Komplexně léčit všichni

Praktická doporučení v poskytování péče o člověka trpícího demencí

Důležité je nezapomínat, že nikdo není dokonalý a ti kteří pečují o blízkého člověka trpícího demencí mohou udělat pouze to, co je v jejich silách

Jestliže už situaci nemůžete zvládnout, požádejte o pomoc

1.Pomoc můžeme rozdělit na péči zdravotní

HOME CARE (domácí péče) - zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění

2.Pomoc služeb sociální péče

PS, DStacionář, TStacionář, Dům Seniorů
ošetřovatelská péče - hradí klient z příspěvků na péči,
hotelové služby, včetně stravy - hradí klient z vlastních zdrojů

O co si nemocný může žádat

Příspěvek na péči:

- **o příspěvek na péči se žádá**
 - **na obecním úřadě**, obci s rozšířenou působností ,kde je žadatel hlášen k trvalému pobytu
 - na **předepsaném tiskopise**
 - žádost je možno vyzvednout na úřadě nebo na internetových stránkách MPSV ČR
- **slouží k úhradě profesionálních sociálních služeb**
- pokrytí nezbytných **nákladů při zajištění péče v rodině**
- **poskytován** ve **čtyřech stupních** závislosti, podle rozsahu péče, kterou nemocný potřebuje.
- **míra potřeb** je **posuzována sociálním pracovníkem** v místě příslušného úřadu, obce s rozšířenou působností a posudkovým lékařem úřadu práce

Výše příspěvku na péči

Stupeň závislosti	Mladší 18 let Příspěvek v Kč	Starší 18 let: Příspěvek v Kč
I. Lehká	3000	2000
II. Středně těžká	5000	4000
III. Těžká	9000	8000
IV. Úplná	11000	11000

Terénní sociální služby

Pečovatelská služba

- a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu.
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Celodenní za poplatek 100-150 Kč / hod. + doprava

Po vymezenou dobu

Tísňová péče

je terénní služba, kterou se poskytuje **nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace** s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení zdrav. stavu nebo schopností.

- poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci
- sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při prosazování práv

Pobytové sociální služby

Domovy se zvláštním režimem

V domech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách, a osobám s **Alzheimerovou nebo jinou demencí**

Poskytují

- ubytování, strava,
- pomoc při osobní hygieně, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů,
- při obstarávání osobních záležitostí

Co může udělat pečující

Pečujete – li o nemocného trpícího těžkou demencí, který není již schopen rozhodovat o své osobě, hospodařit s majetkem a financemi následkem onemocnění

- můžete požádat o náhradního příjemce důchodu
- může podat návrh na zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům u příslušného Okresního nebo Městského soudu

Návrh na omezení způsobilosti může podat – zdravotnické zařízení, státní orgán, jednotlivec, rodinný příslušník

DEPRESE

Je další významným onemocněním, které vede k poruchám paměti a chování. Výskyt deprese je v seniorské populaci častý a vzhledem k tomu, že nebývá spojena s nepříjemnými životními událostmi, často se její existence popírá. Deprese „smutek mozku“, se dnes vysvětluje nerovnováhou jednotlivých chemických látek (neurotransmiterů), které zprostředkovávají komunikaci mezi mozkovými buňkami. Již samotné stárnutí způsobuje jistou nerovnováhu neurotransmiterů, čímž je mozek seniora k depresi náchylnější. U seniorů se deprese projevuje více somatickými příznaky (příznaky těla) jako jsou nespavost, nechutenství, zácpa, průjemy, bolesti hlavy, bušení srdce nebo poruchami chování, úzkostí a nechutí ke spolupráci.

Je třeba zdůraznit, že deprese pokud je správně diagnostikována se dá úspěšně léčit.

Obrázek č. 1

Základní klinické symptomy deprese seniorů

- Nespoupráce
- Odmítání
- Agitovanost
- Úzkost u 90%
- Trvale negativistická nálada
- Osobnostní změny
- Zaujatost fyzickými obtížemi – somatizace u 75%
- Ztráta smyslu života
- Minimální elán
- Nevysvětlitelný úpadek schopností
- poruchy chůze, nástup inkontinence
- Odmítnutí existence deprese
- Zhoršení paměti a orientace - pseudodementia

Příznaky úzkosti

pocitý strachu,
suchost v ústech,
bušení srdce, pocení,
zrychlený dech,
bolesti hlavy

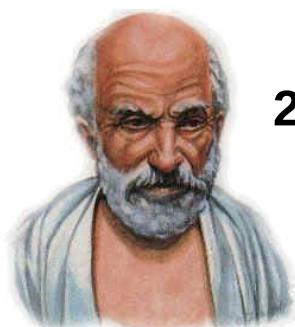
Příznaky somatizace

únava a nespavost
bolesti hlavy, závratě
bolesti zad, kloubů, svalů
zácpa, časté močení

obrázek č. 1

medicínsko-biologické aspekty nutriční péče

1. Potrava je základní **biologickou** **potřebou** k přežití



2. Necht' je jídlo vaší **medicínou** a necht' je medicína vaším jídlem

Hippokrates, Kniha o výživě

Hippokrates

žil v letech 460 - 377 před naším letopočtem

Obrázek na adrese:

http://koolielu.edu.ee/ehte/joogiopetus/vermut/testi_ennast.html

Výživa má nejen biologickou, kalorickou (výživovou) hodnotu, ale je něčím navíc. Pro někoho znamená jídlo vzpomínku na určité chvíle, pro někoho je dieta životním stylem, pro jiného je jídlo rituálem, oslavou úspěchů, jiní zahánějí jídlem špatnou náladu. V průběhu stárnutí, v průběhu onemocnění a s přibývajícími chorobami dochází k významné změně pohledu a především potřeby jídla, mění se i možnosti konzumace určitých potravin. Stále však zůstává jídlo biologickou potřebou k zachování života (obrázek 3). Tuto biologickou potřebu kontrolují specialisté na výživu.

Obrázek č. 3 - Biologický význam výživy

- poskytuje energii, živiny a látky nutné pro činnost organismu
- zdrojem tepla a ovlivňuje termoregulaci organismu
- umožňuje vytvářet záložní zdroje z okamžitě nevyužitých složek potravin

Co to znamená, když se řekne nedostatečná výživa?

Pokud budeme hodnotit kvantitu a kvalitu stravy, tak vždy je nutné vzít v úvahu věk pacienta. Jak již bylo řečeno, se zvyšujícím se věkem se postupně snižuje energetická potřeba organismu. Naopak energetická potřeba seniora se zvyšuje při náročných situacích (zánět, horečka, chronická rána apod.). Za klidových standardních podmínek se spotřeba energie u seniorů pohybuje v rozmezí od 25 do 30 kcal/kg/den, stejně tak je propočítaná průměrná potřeba jednotlivých součástí stravy – bílkoviny, tuky, minerály a další. Důležitou součástí výživy jsou tekutiny.

Doporučený příjem tekutin u zdravého seniora se za standardních podmínek pohybuje mezi 1500 až 2000 ml za den. Nedostatek výživy a nedostatek tekutin má pro seniora zdravotní důsledky a komplikace (Obrázek 9).

Obrázek č. 9 - Pitný režim

- S narůstajícím věkem se snižuje pocit žízně – vysoké riziko dehydratace
- Podávat mezi jídly, více dopoledne (voda, čaj, stolní vody, ovocné a zeleninové nápoje)
- Pozor na minerální vody s vyšším obsahem sodíku – otoky, zvýšení tlaku
- Pozor na 100% džusy, silnou černou kávu
- Nedostatek může způsobit nechutenství
- Přípustné je i malé množství alkoholu (pivo – podpora chuti k jídlu)



Nedostatečná výživa způsobuje úbytek, tukové a později i svalové tkáně, způsobuje celkovou slabost, vede k poruchám hybnosti, snižuje imunitu, zhoršuje hojení ran (bércové vředy, dekubity). Příčiny, které u seniorů mohou vést k poklesu příjmu potravy a tím k podvýživě (malnutrici) uvádí obr. 4

Obrázek č. 4

Některé příčiny nedostatečné výživy u seniorů

- Nechutenství – nemoc?
- Problémy s chrupem, protézou
- Polykání – sucho v ústech, důsledek CMP
- Jednotvárná strava
- Chronická onemocnění
- Onemocnění dutiny ústní
- Špatné trávení – způsobené např. i užíváním léků
- Snížená pohyblivost

Pacienti se sníženým příjmem potravy jsou za pobytu na našem oddělení monitorováni a strava je přizpůsobována podle jejich potřeb a zdravotního stavu. Pokud nemocný není schopen přijímat potravu obvyklým způsobem, volí nutriční specialista po dohodě s lékařem podávání plnohodnotné stravy náhradním způsobem - popíjením, sondou, gastrostomií nebo tzv. parenterální výživu. Při ní se podávají speciální výživné roztoky přímo do žíly.

Doporučené výživové denní dávky pro 60 leté muže i ženy

• Bílkoviny	65 g	– Se	100µg
• tuky	55 g	– J	180µg
• sacharidy	286 g	– Zn	15 mg
• vláknina	30 g	– Vit C	75 mg
• kys. linol	8 g	– kys. list	200 mg
• Ca	1 g	– Vit D	5 µg
• P	1 g	– Vit B12	3 mg
• Mg	350 ,mg	– Vit A	1 mg
• Fe	12 mg	– Vit E	20 mg

Obrázek č. 10 - Nutriční doplňky pro pacienty, kterým běžná strava nedostačuje

- sipping

**Kompletní tekutá výživa
uzpůsobená k popíjení
s vyváženým poměrem
nutrientů**



- modulární dieta



ZÁKLADNÍ KOMPENZAČNÍ A REHABILITAČNÍ POMŮCKY PRO DOMÁCÍ PÉČI

Pro informaci pacientů geriatrického oddělení FTN a jejich příbuzných a přátel uvádíme zde přehled základních kompenzačních pomůcek pro domácí péči.

Pomůcky k chůzi

- Chodítka



Pomůcky k chůzi

- Vozík mechanický



Pomůcky k chůzi

- Chodítka



Pomůcky k chůzi

■ Berle

- Podpažní
- Francouzské
- Vícebodové



Pomůcky k chůzi

■ Hole

- Protiskluzový nástavec
- Držák na berle

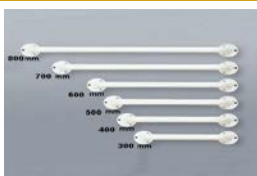


Pomůcky k chůzi

■ Obuv



Pomůcky do koupelny



- Madla
- Sedačka do vany
- Protiskluzová podložka
- Sedačka do sprchového koutu



Pomůcky na wc

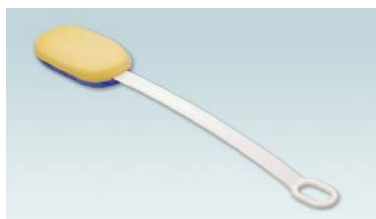
- Nástavec na wc
- Klozetová křesla
- Madla



Pomůcky k sebesycení



- Podavač
- Oblékač ponožek
- Zvýšený okraj na talíř
- Rozšířený úchop příboru



Pomůcky ke cvičení

- S jakými pomůckami cvičíme?



