Zdeněk Kalvach

RADY LÉKAŘSKÉ

PROJEKT PRO RODINNÉ PEČUJÍCÍ O SENIORY

PECUJDOMA.CZ

RADY PRO PEČUJÍCÍ

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

PEČUJDOMA.CZ

Zdeněk Kalvach

RADY LÉKAŘSKÉ

V publikaci najdete cenná doporučení, jak pečovat doma o svého blízkého, tentokrát z pohledu lékaře. Jak se zachovat při různých obtížích vašich blízkých, na co stačíte sami a kdy je potřeba odborná konzultace nebo péče zdravotníků. Co očekávat od lékařů a jak jim lépe porozumět. Nechybí odkazy na užitečné webové stránky či literaturu.

Diakonie
Českobratrské církve evangelické

OBSAH }

1. Pár slov a rad na úvod / 5

2. S kým spolupracovat / 8

3. Konkrétní okruhy péče / 12

3.1 Stravování a výživa / 14

3.2 Příjem tekutin — pitný režim / 17

3.3 Nestabilita a pády / 18

3.4 Nedostatečná pohybová aktivita / 20

3.5 Imobilita, upoutání na lůžko / 21

3.6 Inkontinence / 27

3.7 Zadržení (retence) moči / 29

3.8 Průjmy / 30

3.9 Zácpa / 31

3.10 Dušnost / 32

3.11 Bolest / 33

3.12 Deprese a poruchy spánku / 37

3.13 Deprivace — nedostatek smyslových podnětů a komunikace / 38

3.14 Apatie / 39

3.15 Stavy zmatenosti / 41

3.16 Syndrom demence / 43

3.17 Umírání / 49

3.18 Kóma / 51

3.19 Urgentní situace / 52

4. Malý slovníček / 55

5. Pár slov a rad na závěr / 62

6. Použitá a další doporučená literatura / 65

1.

PÁR SLOV A RAD NA ÚVOD

Rady lékařské chtějí poradit především v závažné a náročné záležitosti — v dlouhodobém ošetřování člověka se závažným onemocněním nebo se zdravotním postižením v domácím prostředí. Jsou tedy určeny především pečujícím rodinám, případně jiným pečujícím laikům — sousedům, dobrovolníkům. Základem „Rad“ je publikace „Pečujeme doma“.

Kniha se snaží napomoci pochopení nejčastějších obecných zdravotních a ošetřovatelských problémů, s nimiž jsou laičtí ošetřovatelé konfrontováni. Snaží se také podpořit aktivní a účinné zapojení pečujících laiků do týmového dění kolem nemocného. Napomoci, aby se stali členy koordinovaně pracujících neformálních „týmů“.

K tomu je jistě zapotřebí ochota ke spolupráci na straně profesionálů, ale také vůle k angažovanosti a k partnerskému vztahu na straně laiků. Komunitní podpora dlouhodobě nemocných lidí se ve 21. století jistě bez této spolupráce neobejde. Jde o vytváření komunitních systémů integrovaných podpůrných služeb (SIPS), jejichž významnou součástí se musejí stát (nemohou nebýt) pečující rodiny či jiní pečující laici.

Právě laické subjekty nejen obvykle zajišťují nemocným časově nejdelší pomoc, podporu, bezpečnost, jistotu kontaktu, ale také násobí účinnost odborných zásahů tím, že jsou mnohé výkony schopny po zaškolení provádět. Ze dvou rehabilitačních návštěv za týden se tak mohou stát třeba čtyři za den. Současně jsou pečující laici obvykle nejlepšími „advokáty“, ochránci a prosazovateli zájmů svých blízkých. Právě oni je dokážou nejlépe motivovat a získat k potřebné míře spolupráce na ošetřovatelském a léčebném programu. Již to je důvod, aby se významně podíleli na utváření individuálního plánu. Aby mohli být profesionálům účinnými partnery, aby komunikace byla stručná a jasná, bez vzájemných nepochopení a nedorozumění, potřebují si s nimi rozumět. Jde nejen o zdravotnické pojmosloví a jiné „technikálie“, ale také o priority, představy a úhly pohledu.

První rady pro laické pečovatele proto znějí:

- Buďte si vědomi svého významu nejen pro své blízké, o něž pečujete, ale také pro zdravotnický a sociální systém, s nímž spolupracujete.
- Snažte se pochopit způsoby myšlení, motivace a komunikaci svých profesionálních partnerů, abyste si s nimi rozuměli.
- Buďte asertivní a snažte se být účinnými partnery.
- Usilujte, aby podpora vašich blízkých byla ucelená a koordinovaná, aby měla zodpovědného koordinátora (ne vždy jim musí být praktický lékař), s nímž se můžete o postupech domlouvat.
- Požadujte, aby obec/obecní úřad vytvářely pro ucelenou podporu lidí se závažným zdravotním postižením a pro domácí ošetřování podmínky, aby podporovali SIPS.
- Dbejte o vlastní zdraví, využívejte respitní a jinou pomoc, nesnažte se být monopolním pečovatelem, usilujte o týmovou péči a včas signalizujte své vlastní zdravotní i psychické obtíže, vyčerpání, aby nedošlo k přetížení, ke zhroucení či k vyhoření.

2.

S KÝM SPOLUPRACOVAT

Všeobecný praktický lékař je klíčovou postavou zdravotní podpory v domácím prostředí. Je schopen hodnotit změny zdravotního a funkčního stavu a oprávněn měnit farmakoterapii, indikovat odborné zásahy diagnostické i léčebné, vystavovat poukazy na domácí odbornou péči (home care) či na zdravotní pomůcky, hodnotit zdravotní stav pro účely příspěvku na péči. Měl by (ne vždy je ale schopen) poskytovat informace o všech možnostech zdravotně-sociální péče. Může, ale nemusí být odborným koordinátorem ucelené dlouhodobé podpory.

Ošetřující lékař v oboru, který se zabývá příslušným onemocněním způsobujícím obtíže, by měl být schopen poradit v záležitostech tohoto onemocnění, například pokud jde o zdravotní pomůcky či o kontakt na specializovaná centra a pacientské organizace.

Jiný než ošetřující lékař v daném oboru může být zvláště v závažných případech požádán o kontrolní názor (tzv. second opinion — druhé mínění).

Agentury domácí péče (tzv. home care), respektive jejich všeobecné (zdravotní) sestry by kromě samotného provádění výkonů měly pomoci radami a nácvikem základních dovedností, „grifů“ v ošetřovatelských záležitostech, jakými jsou například:

- polohování a přemísťování obtížně pohyblivého pacienta,
- převlékání nespolupracujícího pacienta a přestýlání jeho lůžka,
- podkládání podložní mísy,
- péče o pokožku — šetrné vysušování pokožky poklepem, promašťování,
- ošetřování a prevence vzniku chronických ran, zvláště proleženin a bércových vředů,
- ošetřování umělých vyústění orgánů — například střeva (kolostomie, ileostomie), žaludku (gastrostomie a její varianta označovaná zkratkou PEG), močového měchýře (permanentní močový katétr vyvedený močovou trubicí či epicystostomie),
- používání hygienických a absorpčních pomůcek při inkontinenci (úniku moči, případně stolice),

- péče o oči,
- zajištění příjmu tekutin,
- příprava a zajištění příjmu potravy,
- základní nácvik postavování, chůze a doprovázení špatně pohyblivého pacienta,
- využívání prvků tzv. bazální stimulace,
- výběr, úprava, případně zapůjčení ošetřovatelského lůžka,
- používání přístrojů na domácí měření fyziologických hodnot, například krevního tlaku (elektronický tlakoměr) či krevního cukru (glukometr).

Rehabilitační pracovníci (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti) mohou instruovat, jak v domácím prostředí:

- stimulovat a rozcvičovat ochrnuté končetiny,
- „rozhýbávat“ zatuhlé klouby,
- mobilizovat dlouhodobě ležící pacienty — jak cvičit postavování a přesun z lůžka do křesla,
- reedukovat a rehabilitovat chůzi,
- používat opěrné pomůcky (hole, podpažní berle, francouzské loketní berle, chodítka) včetně nácviku chůze s holí, nastavení její správné délky atd.,
- upravit bezbariérové prostředí (odstranění prahů, úprava povrchů, instalace madel) včetně koupelny – nejpodrobnější informace mají ergoterapeuti,
- používat pomůcky protetické, fixační a ochranné (ortézy, chrániče kyčlí),
- provádět dechovou rehabilitaci,
- posilovat svaly, zvláště dolních končetin, ke zlepšení stability a pohyblivosti,
- nacvičovat stabilitu a předcházet pádům.

Logopedi pomáhají s obnovou řeči (dysartrie — porucha výslovnosti, fatická porucha utváření či rozumění řeči), ale také polykání, například po mozkové mrtvici či po mozkové operaci.

Sociální pracovníci informují o sociálních službách (terénních, ambulantních i ústavních) a sociálních dávkách včetně příspěvků na péči.

Pečovatelská služba, respektive její pečovatelky provádějí základní hygienu, zajišťují nákupy, přípravu či donášku obědů a dalších denních jídel, zajišťují základní úklid, praní a opravy osobního prádla, žehlení apod.

Agentury osobní asistence zajišťují pomoc se základními činnostmi, jakými jsou oblékání, mytí, dohled při psychickém postižení, doprovázení včetně pomoci lidem na vozíku či nevidomým.

Psychoterapeuti mohou pomoci krizovou intervencí či při závažných psychických problémech včetně adaptačních, vztahových, motivačních. Mohou pomoci i pečujícím při dekompenzaci či hrozícím vyhoření.

Půjčovny zdravotních pomůcek, které provozují neziskové organizace a některé agentury domácí péče, mohou pomoci i s vyzkoušením nákladné pomůcky, aby nedošlo k neúčelným výdajům.

Internetové poradenské stránky — například:
- www.pecujici.cz,
- www.prvnikrok.cz,
- www.alzheimer.cz.

Pacientská sdružení a pacientské organizace sdružující nemocné s určitou chorobou či s určitým typem postižení a jejich rodinné příslušníky — například zastřešující Koalice pro zdraví (www.koaliceprozdravi.cz), kde lze získat kontakty na jednotlivé organizace, nebo Národní rada osob se zdravotním postižením (www.nrzp.cz).

3.

KONKRÉTNÍ OKRUHY PÉČE

3.1 Stravování a výživa / 14

3.2 Příjem tekutin — pitný režim / 17

3.3 Nestabilita a pády / 18

3.4 Nedostatečná pohybová aktivita / 20

3.5 Imobilita, upoutání na lůžko / 21

3.6 Inkontinence / 27

3.7 Zadržení (retence) moči / 29

3.8 Průjmy / 30

3.9 Zácpa / 31

3.10 Dušnost / 32

3.11 Bolest / 33

3.12 Deprese a poruchy spánku / 37

3.13 Deprivace — nedostatek smyslových podnětů a komunikace / 38

3.14 Apatie / 39

3.15 Stavy zmatenosti / 41

3.16 Syndrom demence / 43

3.17 Umírání / 49

3.18 Kóma / 51

3.19 Urgentní situace / 52

V následujících odstavcích se pokusíme upozornit na konkrétní zdravotní problémy, na něž je třeba se aktivně soustředit v zájmu jak ošetřovaných tak pečujících osob.

3.1

STRAVOVÁNÍ A VÝŽIVA

Stravování a výživa představují dvojí problematiku, která se jen zčásti překrývá.

Stravování se týká kulturní a společenské stránky příjmu potravy a bývá často podceňováno. Pozornost se bohužel stále velmi často soustředí na pouhou základní biologickou potřebu nasycení (nestrádání hladem). Teprve v odstupu následuje medicínský zájem o výživovou hodnotu potravy a běžně opomíjen zůstává společensko-kulturní rozměr stravování. Důsledkem pak je, že sice obvykle **klienti ústavní ani domácí péče nestrádají a nenaříkají hladem, ale často:**

- jsou podvyživení, neboť strava není přiměřeně kvalitní a v případě nechutenství či poruch vědomí, kdy pacient nesignalizuje pocit hladu, ani objemově a kaloricky dostatečná;
- jsou zbaveni radosti z příjemného zážitku kultivovaného stravování a stolování, které je zpestřeno konverzací a pomáhá zmírnit jednotvárnost a délku dní.

Ani u lidí se závažným onemocněním včetně syndromu demence by neměla být formální stránka stravování podceňována, což se týká také domácího ošetřování. Pokud je to jen trochu možné, měl by i nemocný člověk se závažným zdravotním postižením jíst nikoli v lůžku, nýbrž u stolu, neměl by jíst sám, ale „s někým“ a jídlo by mělo být o více chodech (například polévka, hlavní jídlo, moučník, káva) i proto, aby déle trvalo.

Složení potravy by mělo být přirozené a pestré. Při vážných poruchách chrupu včetně nefunkční zubní protézy je nezbytná měkká konzistence stravy, tedy i mleté maso. Při poruchách polykání se zakuckáváním mají přednost krémové potraviny a zakázány jsou pokrmy drolivé, pečivo, rýže, u nichž zvláště hrozí vdechnutí a následné dramatické komplikace.

Nejasnosti někdy vznikají kolem představ o tzv. dietním výběru a upravování potravin. Zvláště u závažně nemocných lidí, trpících nechutenstvím a přijímajících často jen malá množství jídla, minimalizujeme dietní omezení. Rozhodující je, co opečovávanému chutná a co dobře snáší — vyhýbáme se jídlům, která nemocnému prokazatelně „nedělají dobře", a snažíme se vyhovět jeho přáním. Jinak tolerujeme i prohřešky proti léčebné dietě, například diabetické. V konkrétních jednotlivostech se pochopitelně radíme s lékařem.

U pacientů vyššího věku se **mylně traduje domnělá prospěšnost jakési obecně „šetřící diety bez chuti i vůně",** což často vede k podávání nechutných jídel zhoršujících nechutenství. Vhodné pochopitelně nejsou velké objemy těžkých tučných jídel, která překračují trávicí kapacitu starého člověka (atrofie zažívacího ústrojí). Ovšem zhoršení čichu a úbytek chuťových buněk v ústní sliznici, zakryté navíc často zubní protézou, vedou naopak k potřebě chuťově výraznější stravy!

K základním laickým opatřením při výrazném nechutenství patří:

- kontrola a úprava vyměšování (odstranění zácpy),
- přechodná volba chuťově neutrálních a nedráždivých jídel,
- konzultování lékaře o možném původu nechutenství v nežádoucích účincích léků a o vhodnosti kontrolního vyšetření pacienta včetně posouzení krevních změn.

Při omezené pohyblivosti většiny pacientů v domácím ošetřování nemusí být objem přijímané potravy velký. Pokud ale:

- dochází k postupnému setrvalému hubnutí a/nebo zjevnému úbytku svalové hmoty,

- při akutním zhoršení (například horečnatý stav) trvá omezení příjmu potravy na polovinu obvyklého množství po dobu nejméně tří dnů,

je potřebný cílený dohled na příjem potravy. Žádoucí je především zvýšení objemu bílkovin a kalorické hodnoty stravy. Možné je podávání nutričně definované stravy, kterou prodávají lékárny — tekuté preparáty Nutridrink, Cubitan, u diabetiků Diasip; opatrnosti je třeba prakticky jen u nemocných s pokročilým selháním funkce ledvin. Zvláště u starých lidí je důležité podpůrné podávání bílkovin. Jde například o mléčné a masité pokrmy (například šunka), vaječné bílky či 2–3 lahvičky Nutridrinku za den (popíjet po jídle či mezi jídly). Výjimkou je ošetřování umírajících lidí v pokročilé fázi neléčitelných onemocnění, u nichž stravu jen nabízíme, ale nevnucujeme a výživovou intervenci neprovádíme.

!

K **projevům nedostatečné výživy** patří kromě úbytku hmotnosti (nemusí být nápadný a často je maskován otoky) a svalové hmoty také únava, zimomřivost, svalová slabost, nejistá chůze, omezování pohybové aktivity, špatné hojení ran, časté infekce.

Při výrazném dlouhodobějším nechutenství se doporučují následující symptomatická opatření:

- podávání malých objemů vysoce kalorických potravin v úpravě, která se dobře polyká (například smetanové krémy včetně mražených);
- zajištění dostatečného příjmu tekutin, obvykle chlazených a slazených, vhodné naopak nejsou pro svou kyselost džusy, které dráždí žaludek;
- omezení léků (po poradě s lékařem);
- podání nutričně definované stravy (výše jmenované přípravky Nutridrink, Cubitan, u diabetiků Diasip).

Za určitých okolností může lékař doporučit i pro domácí ošetřování zavedení „žaludeční“ (nazogastrální) sondy či umělé vyústění žaludku (PEG).

3.2

PŘÍJEM TEKUTIN — PITNÝ REŽIM

Péče o dostatečný příjem tekutin, o pitný režim, patří k základním ošetřovatelským úkolům především u:

- křehkých starých lidí s oslabeným pocitem žízně,
- pacientů s poruchou vědomí, se zmateností či demencí,
- nemocných s výrazným nechutenstvím nebo s mimořádnými ztrátami tekutin (pocení, průjmy, zvracení, nadměrné močení — tzv. polyurie, případně ztráty jinými cestami, například drény).

Rizikové jsou pochopitelně tropické letní dny.

U dospělého člověka se za normální považuje příjem 1,5–2,0 litry (včetně polévek). Výjimkou jsou umírající lidé, u nichž tekutiny nabízíme, ale nevnucujeme a nevyužíváme obvykle ani možnosti infuzí (nebo jen v omezeném množství 500–1000 ml/den).

Přednost má příjem tekutin ústy, k němuž kromě obvyklých nádob můžeme použít i umělohmotná, dobře uzavíratelná pítka, u nichž nehrozí rozbití při pádu, z nichž lze pít i vleže a která jsou důstojnější než dříve používané kojenecké láhve s dudlíkem. Důležité je soustavné pobízení k pití — mnohdy při každém kontaktu s opečovávaným.

Nedostatek tekutin v těle se označuje jako **dehydratace** (medicínsky je situace složitější — jde o složitější komplexní změny vodního a minerálového hospodaření). K příznakům patří únava, bolest hlavy, neklid, zmatenost, pokles krevního tlaku zvláště po postavení, závratě s pády, rychlá srdeční akce (tachykardie) s bušením srdce, oschlá sliznice ústní včetně jazyka, nepružnost pokožky, náhlý úbytek hmotnosti, klesající objem koncentrované (tmavé) moči.

Pokud se nepodaří obnovit dostatečný příjem tekutin pitím (při zvracení se podávají chlazené nápoje po malých doušcích), je nezbytné — zvláště při výraznější dehydrataci (průjmy, pocení) — podání nitrožilních (případně podkožních) infuzí. Podat je lze i v domácím prostředí (praktický lékař, zdravotní sestry z agentury domácí péče).

! Při pocení, průjmech a zvracení je důležité nepít čistou vodu bez solí, ale minerální vodu obsahující minerály, zvláště sodík. Právě pro možné poruchy koncentrací sodíku a draslíku a pro možné poškození ledvin se u pacientů s těžší dehydratací obvykle provádí laboratorní krevní vyšetření.

3.3

NESTABILITA A PÁDY

Závratě a nejistota při chůzi s pády patří k nejčastějším důvodům dlouhodobé, často doživotní ústavní péče především u starých osamělých lidí. Lidé se bojí, že upadnou, zraní se, nebudou moci vstát ani si přivolat pomoc, že zůstanou bezmocně ležet na zemi dlouhé hodiny či dny, než je někdo objeví. Stejné obavy mají i lidé ošetřovaní rodinou během hodin, kdy zůstávají sami doma.

Ohroženi pády jsou především křehcí staří lidé (příčina je obvykle mnohočetná — tzv. multikauzální geriatrický syndrom s pády), ale také mladší pacienti s postižením nervovým, svalovým či v pokročilé fázi jiného onemocnění (například nádorového), provázeného výraznou slabostí. Kromě dodržování speciálních léčebných doporučení (například užívání léků) jde při ohrožení pády především o následující obecná opatření:

Bezpečná úprava prostředí:

- **odstranění překážek,** které mohou způsobit zakopnutí či uklouznutí — prahy, přípojné elektrické kabely, drobné předměty, malé koberečky,
- **vyloučení kluzkých povrchů** — protiskluzová úprava v koupelně, ve sprchovém koutě, na dně vany,
- **instalace nástěnných madel,** usnadňujících pacientovi postavení (WC, koupelna) i chůzi,
- **kontrola a oprava bezpečnosti zábradlí a schodišť** včetně jasného označení okraje schodů zřetelnou barvou a případně protiskluzovou páskou,
- **zesílené osvětlení** bytů, chodeb a schodišť zvláště pro starší lidi s horší orientací a větší nejistotou chůze za šera.

Další opatření:

- **Obstarání a nácvik správného používání opěrných pomůcek:** hole, berle a zvláště chodítka včetně nastavení správné výšky, držení ve správné ruce atd. Intuitivní užívání „nějaké“ hole je obvykle chybné a dokonce zvyšuje nebezpečí pádu.
- **Zajištění bezpečné obuvi** a jejího správného nazouvání: mnoho lidí nejistě chodí ve špatně nazutých botách bez paty, se sešlápnutou patou, bez zavázaných šněrovadel či na vysokém podpatku.
- **Posilování stabilizačních mechanismů:** posilování svalů dolních končetin a správných pohybových stereotypů podle rehabilitačního návodu.
- Až překvapivě často může nestabilitu zlepšit **fyzioterapeutická intervence** osového orgánu — páteře.
- I u výrazné nestability **nácvik chůze s doprovodem** — po bytě, a jsou-li vhodné podmínky (přízemí, výtah či dostatečná zdatnost pacienta) i mimo byt a dům. Je velká chyba, že mnoho nestabilních, zvláště starších lidí nevychází po dlouhé měsíce či trvale z bytu ani s doprovodem.
- **Zajištění přiměřené výšky lůžka, křesla a židle,** aby nebylo nutné vstávání z nízkého sedu ani došlapování na špičky — ze stejného důvodu se používají i nástavce na WC či výškově upravená nasazení klozetové mísy. Důležité je i zajištění stability nábytku při vstávání či dosedání (například zapření lůžka i židle, postavení nábytku na koberec, nikoliv na parkety).

- Zvláště u starších lidí **předcházení závratím a svalovým potížím z nedostatečného příjmu tekutin** (dehydratace snižuje krevní tlak a tím zhoršuje závratě).
- Zvláště u starších lidí s pády časně po postavení je nezbytné **opatrné** (postupné) **vstávání z lůžka** (vyčkání v sedu, chvíli stoj s oporou, teprve pak vykročení) a domluva s lékařem o případném, třeba přechodném, vysazení některých léků, které snižují krevní tlak ve stoji a tím zhoršují riziko pádů.

- **Zavedení tísňové péče** — signalizace pro případ pádu a nebo i jakéhokoliv jiného ohrožení (zhoršení zdravotního stavu, vloupání): jde o přístroje, které má pacient na těle (náramek, přívěsek), takže je může použít k signalizaci i po pádu nebo ve vaně, tedy v případech, kdy se nedostane ani k mobilnímu telefonu. U některých zařízení je možná i obousměrná komunikace a některá zařízení nepotřebují v bytě ani telefonní linku. Tísňová péče je zařazena mezi sociální služby a lze na ni získat finanční příspěvek. Podrobnosti například na www.zivot90.cz, www.alzheimer.cz.
- **Užívání ochranných pomůcek** u osob s velmi častými pády anebo s vysokým rizikem zlomenin kyčle (výrazné oslabení kostí, tzv. osteoporóza) — chrániče kyčlí (například kalhotky Safehip), ochranná helma (najdete například na www.meyra.cz).

3.4

NEDOSTATEČNÁ POHYBOVÁ AKTIVITA

U dlouhodobě nemocných lidí vede nejen špatná výživa s nedostatkem bílkovin, ale také polehávání a posedávání bez dostatečné svalové činnosti k chátrání (atrofii) svalů, a to především na dolních končetinách, břiše a zádech.

Nutná je pohybová prevence či rekondice, a to nejlépe pod vedením rehabilitačního profesionála, například fyzioterapeuta či kvalifikovaného cvičitele. Důležité je již samotné přecházení, pobízení pacienta k pravidelnému pohybu

po bytě i mimo něj. Zvláště účinné jsou do nejvyššího věku silové cviky, opět prováděné dostatečně často laickými pečovateli po zacvičení rehabilitačním profesionálem. Ve stáří mají být rekondiční jednotky krátké (10–15 minut), zato opakované během dne. I doma lze použít různé pomůcky, například thera bandy či šlapadla s nastavitelným odporem, více například J. Kolébalová a kol., *Rady rehabilitační* (Praha, Diakonie ČCE, 2014).

I v českých městech a obcích by mělo být v souladu se zvyklostmi v zahraničí vidět zvláště dopoledne a v podvečer mnohem více obtížně pohyblivých lidí, zvláště seniorů, s doprovodem a opěrnou pomůckou (třeba s chodítkem) na rekondičních tréninkových vycházkách prokládaných posezením na lavičce. Doprovázet je a zajišťovat jim bezpečnost mohou rodinní příslušníci, sousedé, dobrovolníci i placení osobní asistenti.

Výjimkou z rekondičního úsilí je situace umírajících lidí, u nichž respektujeme únavu a k pohybové aktivizaci je nepřemlouváme.

3.5

IMOBILITA, UPOUTÁNÍ NA LŮŽKO

Extrémním důsledkem některých onemocnění či dlouhodobě nedostatečné pohybové aktivity je tzv. imobilita, úplné či převážné upoutání pacienta na lůžko. Někdy pacient není schopen opustit lůžko vůbec a dokonce není někdy schopen na něm ani měnit polohu. Jindy je schopen alespoň přesunu na židli u lůžka, což je velmi důležité jak pro samostatné vyměšování s použitím tzv. klozetového křesla („gramofonu“), tak pro snadnější přestýlání lůžka.

Zvláště těžké následky má imobilita u velmi křehkých, rizikových osob v pokročilém věku. Pomoci mohou následující opatření:

- Omezení trvalého pobytu na lůžku při náhodném zhoršení stavu — například

při horečnatém onemocnění. K rozvoji obtížně zlepšitelné imobility stačí u vysoce rizikových osob třeba jen 48 hodin strávených na lůžku při horečce („ulehl, aby již nevstal"). Proto u těchto lidí doporučujeme alespoň tzv. „županový režim", tedy i při zhoršení stavu opouštět lůžko, posadit se do křesla, přecházet po místnosti. Stejná zásada platí i pro pobyt v nemocnici včetně těžších stavů po mrtvicích, infarktech, úrazech či operacích, protože u mnohých lidí je imobilizace nebezpečnější než případné komplikace pohybu mimo lůžko.

- Důsledné odmítání omezovacích, imobilizujících prostředků, jakými jsou kurty, tzv. ohrádky, mnohahodinové nitrožilní infuze.
- Usnadněné vstávání z lůžka — správná výška lůžka s došlápnutím na podlahu při posazení, madla správně umístěná u lůžka, úchopové prvky v lůžku — například tzv. uzdičky připevněné k pelesti v nohách a umožňující přitažení do sedu. Výhodou je používání nemocničního polohovacího lůžka, které si lze pro domácí ošetřování pronajmout v půjčovnách zdravotnických pomůcek.
- Cílevědomá pohybová rehabilitace opakovaně během dne — postavení a přecházení s doprovodem a jištěním.

!

Při vlastní, již rozvinuté imobilitě je nutné dbát kromě rehabilitace i na prevenci a časnou intervenci řady komplikací, které dohromady vytvářejí tzv. **imobilizační syndrom** (příznakový soubor). Patří k nim zvláště:

1) **Mělké povrchní dýchání (hypoventilace)** vleže s nedostatečným prodýcháváním plic, se zahleněním a tím s rizikem snadného rozvoje zánětu průdušek a zápalu plic.

Příznaky: někdy kašel a horečka, u nemocných v pokročilém stáří někdy jen změna funkčního a psychického stavu — buď nenápadná apatie a spavost, nebo neklidná zmatenost. Jako každý zánět představují infekce dýchacích cest u křehkých, dlouhodobě nemocných osob, zvláště u seniorů, závažné riziko dalšího zhoršení funkčního stavu a celkové prognózy.

Prevence: vysazovat do křesla, posazovat v lůžku, opakovat během dne hluboké prodýchávání a následné odkašlávání v různých polohách (vsedě, v předklonu, na levém i pravém boku), dechová rehabilitace s jednoduchými a levnými pomůckami pro odporové dýchání s vibracemi — například tzv. flutter (zčásti stačí i obyčejné „nezdravotnické“ píšťalky). Důležitá je dostatečná hydratace (zavodnění) — při špatném pitném režimu dochází k zahušťování hlenu s obtížným vykašláváním.

Léčebná opatření: konzultace lékaře, který na základě jednoduchého vyšetření (například poslechem na plicích) rozhodne o případném nasazení antibiotika. Při obtížném odkašlávání jsou kromě polohování a hydratace vhodné i různé přípravky podporující odkašlávání, vesměs volně prodejné — například Hedelix, Bromhexin, ACC-long, Mucosolvan, a pochopitelně teplé čaje, například Pulmoran.

2) **Poklesy krevního tlaku po postavení (ortostatická hypotenze)** se závratěmi a rizikem pádů. Ortostatická hypotenze se často rozvíjí již po pouhých několika desítkách hodin ležení v lůžku; riziko jejího rozvoje zvyšují dehydratace a užívání některých léků, zvláště močopudných (diuretika) a ke snižování vysokého krevního tlaku (antihypertenziva).

Příznaky: závratě a pocity na omdlení po postavení, někdy pády i s krátkodobým bezvědomím ihned či krátce po postavení — například cestou na klozet.

Prevence: opakovaně vysazovat pacienta z lůžka do křesla, opakovaně během dne jej postavit. V lůžku alespoň část dne poloha vsedě či alespoň v polosedě (výhodou je polohovací lůžko), sed s nohama z lůžka.

Léčebná a režimová opatření: při rozvoji obtíží přechodně vysadit léky snižující krevní tlak, zvýšit příjem tekutin a vstávat opatrně, postupně (nejprve se posadit, pak spustit nohy z lůžka, pak se postavit u lůžka s držením — vždy vyčkat alespoň 15–20 vteřin — a teprve pak opatrná chůze s oporou

a s doprovodem). Při pocitu na omdlení a při závrati je třeba se rychle posadit nebo ulehnout a co největší silou stáhnout všechny svaly (hýždě, břicho, zatnout pěsti) — omdlévajícího nedržíme ve stoji!

3) **Flekční kontraktury** — zkrácení měkkých tkání („šlach") kolem kloubů, zvláště kolem kyčlí a kolen, s fixováním polohy končetin v ohnuté poloze, která posléze znemožňuje chůzi.

Prevence a léčba: natahování a procvičování končetin, kontrola rehabilitačním pracovníkem, po vzniku kontraktur speciální rehabilitační program.

4) **Hluboký zánět žil (flebotrombóza)** — obávaná komplikace ohrožující pacienta nebezpečnou plicní embolizací.

Příznaky: někdy nenápadný, jindy výrazný asymetrický otok jedné z dolních končetin — celé, nebo jen lýtka; někdy jen bolestivý tlak v lýtku, které je při pohmatu tužší, naplněnější než na druhé končetině. Pokud by došlo k embolizaci, projevuje se nejčastěji dušností, dráždivým kašlem, bolestí v zádech při dýchání, bušením srdce, poklesem krevního tlaku, úzkostí, někdy těžkým šokovým stavem.

Prevence: stavět pacienta do vzpřímené polohy, přecházet, opakovaně během dne zrychlovat průtok krve lýtky — účinné k tomu je opakované aktivní nebo pasivní ohnutí nohy v kotníku s maximálně možným přitažením prstů k bérci. Často používané, ale mnohem méně účinné je bandážování dolních končetin a používání elastických punčoch. Bandážování by měla provádět jiná osoba než pacient, a to tak, že dolní končetinu pacienta nejprve zdvihne, aby z ní „odtekla krev", a pak ji bandážuje pružným tahem od prstů alespoň nad koleno (nesmí dojít k zaškrcení s otoky a modráním prstů). Při velkém riziku flebotrombózy (například po operaci či u lidí, kteří již trombózu či plicní embolii prodělali) se podávají po dobu upoutání na lůžko podkožní injekce nízkomolekulárního heparinu.

Léčebná opatření: konzultace lékaře, který rozhodne o případném nasazení protisrážlivé léčby injekční či tabletové. Výrazná dušnost a celkové zhoršení stavu při možné plicní embolii jsou důvodem pro zavolání rychlé záchranné služby.

5) Proleženiny (otlaky, dekubity) — jde o poškození kůže a podkoží především v důsledku nedokrevnosti při stlačení cév mezi kost a tvrdou podložku, podílí se však na něm i řada dalších faktorů. Dekubity se zvláště u křehkých pacientů obtížně a dlouho hojí, a proto je nesmírně důležitá jejich prevence. Rozsáhlé dekubity mohou být příčinou těžkého zánětu (sepse, „otravy krve“).

Příznaky: Dekubity vznikají nejčastěji v oblasti kotníků, kyčlí, hýždí, dolní části zad (křížová oblast), dále na zádech nad lopatkami a na ramenou, případně jinde podle polohy pacienta (v nemocnici například na uchu či tváři při tlaku postranní kovové ohrádky). Prvním příznakem otlaku je nenápadné zarudnutí, následuje puchýř, mělký vřed a posléze hluboký vřed s rozsáhlou nekrózou (odúmrtí) měkkých tkání postihující někdy i sval a dosahující ke kosti. Kolem vředů je obvykle zánětlivé zarudnutí. Hluboké vředy nebolí, povrchní stadia jsou bolestivá. U nekróz je obvyklý hnisavý výtok (hnisavá sekrece) a zápach.

! Dekubity se šíří z hloubky směrem na povrch, takže vykazují ledovcový fenomén: drobný defekt na kůži obvykle znamená již podstatně rozsáhlejší nekrózu podkoží, která se projeví později.

Prevence:

- brzy vstát po operacích a akutních onemocněních;
- postavit i obtížně pohyblivé osoby opakovaně během dne a posadit je na chvíli do křesla (ovšem pozor: dekubity mohou vzniknout i při sezení v neměnné poloze, například v pojízdném křesle);

- polohování na lůžku — změna polohy vleže (přetáčení z boku na záda a na druhý bok) alespoň každé dvě hodiny;
- používání antidekubitálních měkkých podložek — superměkké matrace a zvláště aktivní nafukovací matrace s kompresorem;
- péče o lůžko — neshrnuté čisté suché prostěradlo bez nečistot, které by mohly pokožku macerovat (moč, stolice) nebo mechanicky poškodit (například kousky tvrdého pečiva, shrnuté prostěradlo);
- péče o pokožku — pokožka má být čistá, po mytí dobře osušená (nikoliv třením, ale jemným poklepem!), promaštěná; nezbytná je prevence zapaření s kvalitním ošetřením samovolného odchodu moče (inkontinence);
- správný pohyb s pacientem v lůžku — změna polohy převalením či přenesením, nikoliv tahem po prostěradle — zabránit je třeba i sjíždění z polosedu s napínáním pokožky (v polosedu má mít pacient zapřené nohy třeba o měkké válce či o polštáře).

Léčebná opatření:

- důsledné polohování s omezením tlaku na postižené místo;
- pečlivá péče o pokožku v okolí;
- péče o dostatečnou výživu s dostatkem bílkovin — při malnutrici (podvýživě) se dekubity téměř nemají šanci zahojit, doplňkově lze použít preparáty Cubitan, Nutridrink;

- vlastní otlak se buď jen lehce a vzdušně kryje gázou (obvazovým čtverečkem), nebo se ošetřuje metodou tzv. vlhkého hojení s použitím polopropustného speciálního převazového materiálu (používá se i k hojení bércových či diabetických vředů); vhodnost konkrétního přípravku pro daného pacienta by měl posoudit odborník vyškolený v ošetřování chronických ran (lékař či specializovaná zdravotní sestra); i když u mnohých preparátů je významný doplatek pacienta, lze tuto investici doporučit jako vysoce účelnou — www.cslr.cz — Česká společnost pro léčbu rány.
- někdy je nezbytný chirurgický zásah;
- za nevhodné se dnes považuje používání dříve obvyklých barevných dez-

infekčních přípravků (například genciánová violeť) a aplikování různých mastí do vředů;
- antibiotika se používají jen výjimečně.

6) **Poruchy vyměšování** — odchodu moči a stolice — problémům zadržení i nekontrolovaného odchodu moči jsou věnovány samostatné kapitoly. Zde jen připomeneme, že prevence dekubitů vyžaduje pečlivé používání absorpčních pomůcek (prostěradla, podložky, pleny).

   U dlouhodobě ležících pacientů je obvyklá zácpa — proto je třeba věnovat registrování stolice pozornost a při zácpě trvající pět a více dní použít šetrné projímadlo (například Forlax 10 g, dvakrát týdně dva sáčky), případně klyzma („klystýr“).

7) **Dehydratace a podvýživa (malnutrice)** — upoutání na lůžko znemožňuje samostatné zajištění příjmu potravy i tekutin, což zvyšuje riziko podvýživy a dehydratace, kterému je nutno věnovat zvýšenou pozornost. Jde o sledování příjmu tekutin, o zajištění stálé dostupnosti nápoje u lůžka, o dopomoc s jídlem. K jídlu by měl být pacient v lůžku posazen (použití různých servírovacích desek a lůžkových stolků), jen z nezbytí by měl být krmen vleže.

3.6

INKONTINENCE

Pojem „inkontinence“ je všeobecně známý. Označuje se jím samovolný odchod (únik) moči, případně stolice. Jde o choulostivý problém, jehož význam pro sebeúctu pacientů je tak velký, že patří k posledním tabu v medicíně, ke zdravotním problémům, o nichž pacienti často nechtějí hovořit ani s lékařem. Přitom jde o velmi častý problém postihující zvláště v lehkých formách desítky procent lidí, mnohdy již od středního věku.

Ohleduplné zvládání inkontinence proto patří k podstatným prvkům ochrany pacientovy důstojnosti.

Základem zvládání inkontinence (jak moči, tak stolice) v laickém domácím ošetřování je **používání absorpčních (savých) pomůcek,** které může předepisovat především všeobecný praktický lékař či geriatr v rámci všeobecného zdravotního pojištění (pleny, vložky, plenkové kalhoty). Počet předepsaných pomůcek upravují zvláštní předpisy, pro naprostou většinu pacientů je však hrazené množství dostatečné.

Do lůžka lze použít také absorpční prostěradla a podložky prací, nebo častěji na jedno použití. Zajímavým výrobkem jsou opakovaně použitelné (prací) absorpční podložky firmy Apos Brno (www.aposbrno.cz).

Pleny a plenkové kalhoty se vyrábějí v různých velikostech (malé S small, střední M medium, velké L large) a také s různou savou schopností, která bývá vyznačena slovně i barevně.

Trh s pomůckami pro inkontinentní osoby je dnes v ČR velmi bohatý, je možné domluvit i dovážení poměrně objemných balíků plen bezplatně přímo do bytu. Kontakty například www.tenacz.cz (bezplatná informační linka 800 770 700), www.hartmann.cz (bezplatná informační linka 800 100 150), www.attends.cz.

Pleny se vyměňují obvykle po 4–8 hodinách — čas se řídí množstvím moči. Při výměně se pokožka omyje, osuší a ošetří vhodným přípravkem (například Menalind).

Je snaha, aby inkontinentní pacienti neměli pokud možno zaveden permanentní močový katetr, který bývá zdrojem infekce, neklidu a který svádí ke zhoršení imobilizace trvalým připojením na sběrný sáček upevněný k lůžku.

3.7

ZADRŽENÍ (RETENCE) MOČI

Zadržení neboli **retence moči je opakem inkontinence.** Vytvořená moč je zadržena obvykle v močovém měchýři, který je nápadně rozepjatý. Pacient vnímá bolest břicha, někdy bolestivé nucení na močení, někdy — například u pacientů s psychickým postižením (syndrom demence) — se objeví jen nejasný neklid a zmatenost. I laik může někdy hmatat nad stydkou kostí obvykle bolestivý pružný útvar. Někdy roztažený močový měchýř neovladatelně přetéká — opakovaně dojde k samovolnému odchodu malého množství moči (k pomočení), aniž by se močový měchýř vyprázdnil.

Častěji jsou postiženi muži, u nichž bývá nejčastější příčinou retence moči zbytnění prostaty (předstojné žlázy).

Někdy se podaří vymočení po přiložení teplého termoforu (termofor nesmí být bolestivě horký a nikdy se nepřikládá přímo na pokožku, nýbrž vždy přes tenkou látku), nebo při posazení do vany s teplou vodou. Obvykle však bývá nezbytné lékařské vycévkování — zavedení močového katétru močovou trubicí do měchýře, a to jednorázově, nebo u ležících pacientů obvykle na delší dobu. V takovém případě je permanentní močový katétr v měchýři fixován malým balonkem, který se po zavedení naplní vodou.

Z hlediska pečovatelského je třeba zvláště zajistit, aby si zmatení pacienti katétr i s naplněným balonkem nevytáhli, neboť by mohlo dojít k poškození močové trubice. Nepříjemné pocity po zavedení katétru (pocity nucení na močení) ustupují po podání některého ze spasmolytických léků, jakým je například Algifen kapky (podává se obvykle 20–30 kapek a dávku je možno opakovat).

3.8

PRŮJMY

Průjem je nepříjemná komplikace pro pacienta i pro pečovatele, zvláště jde-li o pacienta trvale ležícího, u něhož bývá průjem vesměs spojen s inkontinencí (samovolným odchodem) stolice.

Z hlediska ošetřovatelského se používají absorpční pomůcky — podložky a pleny — jako u inkontinence moči.

! Pokud je průjem spojen s horečkou, většími bolestmi břicha či s příměsí krve ve stolici, je nutná konzultace s lékařem stejně jako v případě, že pacient dostatečně nepije a že se rozvíjí dehydratace (viz výše).

V ostatních případech se doporučuje:

- Tzv. dietní pauza — dva dny jen příjem tekutin a dietního pečiva.
- Po odeznění průjmu pomalé zavádění stravy (tzv. realimentace) — nejprve banány, rýže, vařená mrkev, nemaštěná „vodová“ bramborová kaše, mleté kuřecí maso, nenadýmavé suché pečivo.
- Naprosto nezbytná je při průjmech **hydratace** — pacient by měl vypít za den nejen obvyklých 1500 ml, ale také odhadnutý objem vody ztracený navíc průjmovitou stolicí. Pít tedy musí více než v době bez průjmu! Je závažný omyl, pokud se lidé domnívají, že omezením příjmu tekutin „zahustí stolici“. To je nebezpečná představa, která může vést k rychlé a závažné dehydrataci — objeví se slabost, únava, závratě a pocit na omdlení z poklesu krevního tlaku, bušení srdce, oschlý jazyk, svalová slabost. K hydrataci je u průjmů vhodný silný černý čaj, minerální voda, případně rehydratační roztok s obsahem minerálů (solí) prodávaný v lékárnách. Pokud není pacient schopen potřebné množství tekutin vypít (například pro současné zvracení), musí dostat nitrožilní infuze!

- Při průjmech se obvykle ztrácejí soli, zvláště draslík — u křehkých pacientů je po několikadenním období průjmů vhodné zkontrolovat koncentrace sodíku, draslíku a také močoviny a kreatininu v krvi a případné ztráty doplnit.
- Při větších průjmech je vhodné vysadit léky močopudné a snižující krevní tlak.
- K symptomatickému ovlivnění nehorečnatých průjmů lze z léků použít, obvykle po alespoň telefonické konzultaci s praktickým lékařem, například živočišné uhlí (zbarví stolici do černa), lactobacil, Smectu (jíl), případně Imodium.

U pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko se někdy objevují **tzv. falešné průjmy.** V konečné části střeva se při nepohyblivosti vytvoří objemný útvar ztuhlé stolice, který zadržuje další stolici. Ta nad ním stagnuje (fáze zácpy) a dráždí sliznici, což posléze vede k naředění stagnujícího obsahu a jeho vyprázdnění kolem setrvávající překážky jako „falešného“ obtékajícího průjmu. A celý cyklus se opakuje. Vše odhalí lékařské vyšetření konečníku a řešením je odstranění překážky klystýrem či jinými postupy.

3.9

ZÁCPA

Zácpa (obstipace) je častá obtíž zvláště lidí vyššího věku, nepohyblivých, dlouhodobě upoutaných na lůžku, ale také u mladších pacientů trpících některými chorobami, například neurologickými. Zácpu zhoršují nedostatečný příjem tekutin a také užívání některých léků, například opiátů, tramadolu (Tramal), léků s větším obsahem kodeinu.

! Pokud zácpa vznikne nově bez zjevné příčiny, pokud dochází ke střídání zácpy a průjmů, pokud se ve stolici objeví krev a zvláště pokud je nově vzniklá zácpa provázena bolestí břicha a zvracením, je nezbytná konzultace s lékařem.

Pokud nejsou přítomny jiné projevy a zácpa trvá pět či více dní (například při pobytu na lůžku pro zhoršení stavu), je vhodné podat projímadlo (nemá však smysl úporně usilovat projímadly o každodenní odchod stolice). **Vhodnými preparáty** jsou například Forlax či lactulosa (nevstřebatelný cukr), případně projímavá minerální voda, které změkčují a ztekucují střevní obsah. Podpůrně působí preparáty s vlákninou například Fructolax či Psyllium. Naopak **méně vhodné** jsou léky, které dráždí střevo ke křečovitým a tedy bolestivým stahům (například Guttalax) — pro tyto léky jsou speciální lékařské indikace (například zácpa způsobená užíváním opiátů a kodeinu).

3.10

DUŠNOST

Dušnost je subjektivní pocit ztíženého dýchání, nedostatku vzduchu, dušení. Jde o pocit velmi tísnivý, často provázený úzkostí.

Dušnost může mít celou řadu příčin, z nichž jen některé souvisejí s dýchacími cestami (překážka v dýchacích cestách, stah či zahlenění průdušek — astma či tzv. obstrukční plicní nemoc, rozedma plic, zánět či vazivové poškození plicní tkáně, tekutina či vzduch v hrudníku). Jiné se týkají krevního průtoku plicemi — například plicní embolie, další srdečního selhání či může jít o závažnou anemii (chudokrevnost). I zablokování žeber či záchvat úzkosti mohou vést k pocitu dušnosti.

Pro komunikaci se zdravotníky je užitečné rozlišovat:

- zda je dušnost záchvatovitě krátkodobá (například astma), nebo dlouhodobá, trvalá,
- zda je námahová (jen při chůzi), nebo i klidová,
- zda je, či není úleva vsedě a zhoršení vleže na rovném,
- zda je spojena s jinými obtížemi, především s kašlem, bušením srdce, bolestí na hrudi, horečkou. Někdy je závažná dušnost provázena modrofialovým zabarvením rtů a okrajových částí těla tzv. cyanózou.

I když některé stavy dušnosti snášejí horizontální polohu vleže na rovném dobře, respektive nezhoršují se v ní, většinou přináší úlevu sezení či alespoň poloha v polosedě na lůžku, někdy s fixováním paží, například opřením rukama o desku stolu (tzv. ortopnoe, vynucené dýchání ve vzpřímené poloze).

Nejtěžší stadia dušnosti nemocné imobilizují — nejsou schopni chůze a často tráví celé dny v křesle, v němž i spí.

Léčení dušnosti je značně různorodé, jak odpovídá příčinám. U zřejmě nejčastější příčiny závažné dušnosti v domácí péči, kterou je rozedma plicní (obstrukční plicní nemoc), je základem péče udržení volné průchodnosti průdušek: při zhoršení stavu s objemnějším vykašláváním hlenu (sputa) se používají vykašlávadla (expektorancia — například ACC, Mucosolvan), dbá se na hydrataci, zvažují se antibiotika a užívají se léky k roztažení průdušek, především inhalační spreje. Pro snadnější vdechování zvláště u křehkých starých lidí se používá jednoduchá pomůcka, tzv. spacer. Moderní vybavení umožňuje poskytovat i doma v závažných případech chronických onemocnění léčbu kyslíkem (oxygenoterapii). Jinak nezvládnutelná dušnost se tlumí opiáty.

3.11

BOLEST

Bolest patří k nejčastějším steskům v domácím laickém ošetřování. Někdy jde o relativně banální bolesti zad a kloubů, jindy o závažné intenzivní bolesti související s neurologickým či onkologickým (nádorovým) onemocněním.

Bolest je subjektivní pocit a nemá smysl příliš bádat nad tím, jak moc je bolest objektivní či srovnatelná s bolestí jiného člověka s obdobným onemocněním. Rozhodující je, „jak moc to bolí v danou chvíli daného pacienta“, jak velkou míru utrpení prožívá. Jako subjektivní pocit má bolest (stejně jako třeba

dušnost) různé složky; na reakci na ni, na bolestivém chování se kromě jiného podílí:

- **vnímání bolesti** — kde to bolí, jak to bolí (palčivě, tlakově, bodavě);
- **prožívání bolesti** — jak moc mě to zneklidňuje, jak to prožívám, jaký význam tomu přičítám, jak a čeho se bojím;
- **adaptace na bolest** — jak jsem na bolest zvyklý, jak jsem s ní smířený či jak jsem z ní již unavený;
- **podpora ve snášení bolesti** — jakou vstřícnost a podporu vnímám, jak se mohu spolehnout na pomoc, na poskytnutí různých úlev, jakou mám „jistotu kontaktu" a rychlé pomoci při zhoršení situace;
- **naučené snášení bolesti** — jak se v mé kulturní skupině má bolest snášet (stoicky či s hlasitým naříkáním).

Pro domácí ošetřování je důležité, že **zhoršené prožívání a signalizování chronické bolesti či bolesti související s chronickým onemocněním má různý výklad:**

- **základní onemocnění se zhoršilo či zkomplikovalo** — je potřebné lékařské kontrolní vyšetření a upravení léčebného schématu;
- **přidružilo se jiné onemocnění** — je potřebné lékařské vyšetření, aby nedošlo k zanedbání péče;
- **klesá účinek léků proti bolesti** (označují se jako analgetika) — rozvíjí se léková tolerance, je třeba upravit dávku, hodinové dávkování nebo celé schéma léčby;
- **pacient se psychicky dekompenzuje** — zhoršuje se adaptace na potíže a životní situaci, možná se rozvíjí deprese, zhoršuje se prožívání bolesti, potřebná je psychoterapeutická podpora, krizová intervence, léková podpora — podání psychofarmaka (například antidepresiva);
- **pacient je z jiného důvodu vyveden z psychické rovnováhy** — neví si rady, prožívá osamělost, odloučení. Zaměření se na tělesné obtíže může být psychosociálním voláním o pomoc. Potřebné je odhalení problému a jeho řešení.

Přes uvedené možné výklady situace je v případě signalizace intenzivní bolesti vždy nezbytné **zajistit pacientovi pomoc** — buď podáním léku pro

takový případ domluveného („SOS medikace“), nebo zajištěním lékařské konzultace.

U intenzivní chronické bolesti (například nádorové) je schéma léčby následující:

- **základní léčba „podle hodin“** — vyzkoušená, zavedená léčba podávaná v nastaveném časovém schématu, například jedna tableta daného léku v 7, v 15 a ve 23 hodin, ať to právě bolí nebo nebolí — „na nádorovou bolest se nečeká, nádorové bolesti se předchází“;
- **léčba tzv. průlomové bolesti** — podání další tablety stejného léku nebo podání jiného léku v případě, že se z nějakého důvodu přes dodržení nastaveného dávkování bolest objeví.

Pokud pacient alespoň základním způsobem spolupracuje, je vhodné ponechat ovlivnění bolesti na něm, tedy ponechat lék tišící bolest u lůžka k okamžitému použití v případě potřeby.

Ovlivňování náhodné i chronické bolesti u pacienta v domácím dlouhodobém ošetřování, zvláště pacienta s potenciálně bolestivým, například nádorovým onemocněním, by mělo být předem domluveno s praktickým či jiným ošetřujícím lékařem.

Obecně lze k farmakoterapii (lékové léčbě) bolesti uvést, že existuje několik **lékových skupin.** K základním zjednodušeně patří:

- **běžná analgetika,** používaná i proti horečce (antipyretika) — především látka paracetamol pod různými firemními názvy, například Paralen — proti bolesti se používá u dospělých v dávce 1000 mg až čtyřikrát denně; výhodou je dobrá snášenlivost a málo nežádoucích účinků, pokud se nepřekročí doporučené dávkování;
- **nesteroidní antirevmatika** — působí zvláště účinně tam, kde se na bolesti podílí zánětlivá reakce, používají se v revmatologii, při bolestech kloubů, páteře, svalů, zubů, hlavy; závažným a nikoli vzácným nežádoucím účinkem

může být především krvácení ze žaludku; jde o velmi rozsáhlou lékovou skupinu shodných či velmi příbuzných látek pod různými firemními názvy (Ibalgin, Ibuprofen, Diclofenac, Dolmina, Veral);

- **spasmolytika** — léky účinné proti křečovitým stahům hladké svaloviny ve stěnách dutých orgánů (žlučovodů, močovodů, střev, močového měchýře, dělohy) způsobujících kolikovité (křečovité) bolesti břicha či také bolestivé nucení na močení při močových infekcích; nejznámější jsou Algifen, který lze podávat výhodně v kapkách, No-Spa;
- **kodeinová analgetika** — samotný codein (účinně tlumí i dráždivý bolestivý kašel u dospělých pacientů) nebo látka tramadol opět pod různými názvy (například Tramal, Tralgit); zvláště ve vyšších dávkách může způsobovat jednak útlum, spavost a závratě, jednak zácpu;
- **anodyna** — **silná analgetika** včetně morfinu v injekční, tabletové nebo náplasťové formě, která rovněž mohou způsobovat útlum, zácpu (úlevu v tomto případě přináší Guttalax), někdy nevolnost, zvracení, zmatenost a u nichž se může rozvinout při delším užívání návyk, takže při náhlém vysazení by se objevily nepříjemné abstinenční příznaky včetně vystupňované bolesti.

Důležité je upozornit, že mnohdy přinese nemocným větší úlevu než stupňování analgetik podání léku proti úzkosti (například Neurol, Xanax, Lexaurin) či zavedení dlouhodobé antidepresivní léčby (například Seropram, Citalec, Cipralex, Trittico) na základě lékařské konzultace.

Vzhledem k tomu, že mnohá analgetika pacienty utlumují anebo mají jiné nežádoucí účinky, dáváme ve vhodných případech přednost nefarmakologickým výkonům — jde například o ovlivnění bolestí zad a páteře fyzioterapií (rehabilitací), která je zásadním způsobem účinnější a bezpečnější nežli „polykání tablet“.

3.12

DEPRESE A PORUCHY SPÁNKU

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, nepříznivá prognóza, vztahové a jiné sociální problémy přispívají k rozvoji úzkosti a deprese, a to u pacienta i u jeho laického pečovatele, často blízkého člověka. Zvláště mírná úzkost a situací podmíněný smutek vyžadují především psychoterapeutickou podporu, nikoliv nasazení léků. Rovněž je třeba posoudit, zda člověk, který si stěžuje na nedostatečný spánek, nemá nereálné přání prospat větší část dne (kupříkladu spát 12 hodin od večera do rána a ještě pospávat přes den).

! Pokud jsou však úzkost a deprese výrazné, pokud v jejich důsledku dochází k narůstání i funkčních tělesných obtíží (kolísání krevního tlaku, bušení srdce, zhoršení chronických obtíží, zvláště bolesti, rozvoj nechutenství) a spánek je opravdu krátký, přerušovaný, bez osvěžení, končící po pouhých několika hodinách, obvykle již před šestou hodinou ranní, pak je nasazení léků nezbytné. Vhodná je pak konzultace s lékařem a žádost o farmakologickou pomoc. Blíže například R. Honzák a kol., *Úzkostný pacient* (Praha, Galén, 2005).

Při bolesti, depresi i výrazné úzkosti je zvláště podstatné zajištění dostatečného spánku. Jeho poruchy — obtížné usínání i opakované či velmi časné probouzení — vedou k únavě, snižují schopnost snášet tělesné obtíže a výrazně zhoršují psychický stav.

Ke zlepšení spánku může přispět:

- psychoterapeutická podpora, účinná komunikace, odventilování psychického napětí (s nemocným člověkem je třeba dostatečně a otevřeně komunikovat);
- vyřešení problémů, které vyvolávají úzkost a strach;
- zmírnění tělesných obtíží, které budí ze spánku, jakými jsou například bolest, dušnost, noční močení, průjmy;

- zvýšení denní aktivity — alespoň přecházení, omezení denního pospávání jen na odpočinek po obědě, obnovení bipolarity cyklu „spánek–bdění“ (čím bdělejší je člověk ve dne, tím lépe spí v noci a čím lépe spí v noci, tím méně pospává přes den);
- respektování obecných doporučení o hygieně spánku v klidné dobře větrané místnosti;
- po konzultaci s lékařem zavedení dlouhodobé antidepresivní léčby (u nespavosti vhodné například Trittico);
- podání malé dávky léku proti úzkosti na noc (například Oxazepam, Lexaurin 1,5 mg);
- užívání léků na spaní (hypnotik) — například Hypnogen, Stilnox, Zolpidem, pokud možno nikoliv pravidelně.

3.13

DEPRIVACE — NEDOSTATEK SMYSLOVÝCH PODNĚTŮ A KOMUNIKACE

Součástí kvalitního pečování a ošetřování je i zajištění smysluplných civilních aktivit (odborně animace, „oživení života“), alespoň přiměřených smyslových podnětů, mezi něž patří i běžná komunikace. Zvláště u dlouhodobě ležících pacientů, ať v ústavní, nebo domácí péči hrozí, že po řadu měsíců neuvidí přirozený svět a že nebudou lidsky, neformálně komunikovat.

Důsledkem této situace je kritický nedostatek podnětů (tzv. deprivace). Podstatné je, že deprivovaný člověk může působit až dojmem duševního postižení — typicky dochází zvláště u geriatrických pacientů vyššího věku k dojmu, že jde o lidi dementní.

Je proto třeba nalézt čas nejen na tělesné ošetřování, ale také na **rozmluvu** a na **zprostředkování přirozeně smysluplných vjemů.** Jde například o to

přemístit nepohyblivého pacienta do křesla k oknu nebo ho vyvézt na pojízdném vozíku na zahradu, do parku, třeba i na ulici. V ústavní péči je možné vyvézt pacienty do zahrady i na lůžku. A především je nutné s pohybově limitovanými, izolovanými lidmi mluvit, umožnit, aby měli komunikačního partnera, a nejsou-li schopni komunikovat verbálně (řečí), aby měli kontakt neverbální (aby je někdo držel za ruku a mluvil na ně). Puštění televize na pokoji rozhodně nestačí!

V této souvislosti upozorňujeme na podceňovaný výskyt současného významného postižení zraku i sluchu u starších lidí. Až 20 % lidí ve věku nad 80 let může trpět praktickou (nikoliv úplnou) hluchoslepotou — mají ztíženou orientaci jak zrakovou, tak sluchovou.

I při postižení jednoho z hlavních smyslů, natož dvou, by měly být více, než je dosud běžné, využívány zvláště u seniorů smyslové kompenzační pomůcky umožňující například sledování televizních programů pro nedoslýchavé či poslech audioknih.

Informace o pomůckách pro nevidomé a slabozraké lze najít například na www.tyfloservis.cz, pro nedoslýchavé například na www.helpnet.cz, www.neslysici.cz. Při pohybu po veřejných prostranstvích mohou lidé postižení hluchoslepotou používat u nás neobvyklou červenobílou hůl. Více informací například u občanského sdružení Lorm (www.lorm.cz).

3.14

APATIE

Řada rodin prožívá tíživě apatii blízkého člověka, kterého mají rádi a kterému se snaží zpříjemnit často poslední fázi života. Někdy dochází i ke konfliktům, k výčitkám („ty se nesnažíš“), k vynucování aktivity a zájmu o dění.

Ošetřující personál ani rodina by však neměli být hegemony lidského stonání a umírání, ani poručníky, tím méně „majiteli“ svých pacientů. Přísluší jim doprovázení nemocných a umírajících lidí, kterým by mělo být umožněno i v obtížných fázích života, aby byli takoví, jací být chtějí a jací cítí potřebu být. Stonání, stárnutí i umírání jsou výrazně osobnostní záležitosti, což vede k velké různorodosti a k individualizaci projevů.

Někdo osobnostně usiluje i při stárnutí a v nemoci o zachování aktivity a nahrazuje jedny činnosti jinými. Někdo se v obdobné situaci raději z aktivit vyvazuje, omezuje svůj akční rádius, uzavírá se do sebe, do svého vnitřního světa. Někdo si zájem o okolní dění uchovává a pěstuje, jiný jej ztrácí a nepostrádá.

I apatie či tzv. apatie může mít různé příčiny a podle toho je nutné k ní přistupovat:

- **nepřiměřené očekávání** partnera, dětí, často úzkostných a obávajících se, že apatie předznamenává ztrátu blízkého člověka — v tomto případě je „chyba“ na straně rodiny, které by mohl pomoci psychoterapeutický rozhovor;
- **nepřizpůsobivost** pacienta životním podmínkám a jeho **rezignace** — namístě je snaha vyřešit jeho problémy a konflikty, nabídnout psychoterapeutickou podporu, podněcovat aktivitu, hledat motivaci;
- únava související se **špatným výživovým stavem** — vhodná je nutriční podpora;
- únava jako **projev jiných zdravotních problémů,** například chudokrevnosti, srdečního selhání, snížené funkce štítné žlázy — vhodný je pokus o léčebnou úpravu stavu;
- apatie a denní spavost z **rozbití cyklu spánek/bdění** s nočním nevyspáním — potřebná je úprava spánku a případně zkusmé nasazení denní dávky nootropika (například Piracetam, Geratam);
- projev **deprese** — řešením je zavedení léčby antidepresivem;
- projev **demence provázený sociálním stažením,** pramenícím z bezradnosti,

z opakovaného chybování i ze ztráty zájmu a z poklesu spontaneity — postup a případnou léčbu je třeba konzultovat s lékařem zabývajícím se podrobněji problematikou demencí;
- projev **lékového útlumu** — žádoucí je vysazení léků tlumících činnost mozku (tzv. psychofarmak);
- únava z choroby a normální **osobnostní reakce na životní situaci** — na místě je respektování tohoto stavu a „nekonfliktní sdílení“ v režimu, který nemocnému, případně umírajícímu člověku nejlépe vyhovuje (například sezení u lůžka, čtení či sledování televize ve stejné místnosti bez nucení ke spoluúčasti či k podnikání větších aktivit) a se snahou navodit co nejvíce libých, příjemných pocitů.

3.15

STAVY ZMATENOSTI

Zmatenost může být zvláště ve stáří projevem demence. Může však také jít o tzv. delirantní stav, o delirium, blouznění. To se u mladých lidí vyskytuje jen v extrémních případech (vysoké horečky, vliv některých psychicky aktivních látek, například léků, alkoholu, důsledek náhlého přerušení dlouhodobého požívání drogy apod.).

V pokročilém stáří či v mírných stadiích chorob s demencí však mohou k deliriu vést i mnohem mírnější příčiny — například běžná infekce močových či dýchacích cest, léky nebo dehydratace, třeba při průjmech. Deliria se vyskytují také v pokročilých stadiích některých chorob, například jaterní cirhózy, a také u lidí umírajících v agonální fázi jako důsledek poruch vnitřního prostředí a celkové vyčerpanosti.

Nejčastěji se laičtí pečovatelé setkají s deliriem u geriatrických pacientů a v rámci paliativní péče o umírající.

Existují dvě základní formy deliria a jejich smíšená podoba:

- delirium **hypoaktivní** — pacient je náhle nezvykle apatický, spavý, někdy úzkostně bezradný, neorientuje se v čase, někdy ani v místě;
- delirium **hyperaktivní** — pacient je neklidný, neúčelně přechází, vykonává neúčelné činnosti a pohyby, někdy neúčelně přerovnává věci nebo hledá něco v kabelce, ve stolku, jindy odchází z bytu, neorientuje se v čase a/nebo v místě, může mít halucinace a bludy (obvykle úkorné — pronásledování, okrádání), utíká z nemocnice, vytrhává a strhává si zdravotnické pomůcky — kanyly, katétry, napojení monitorů, vyhazuje věci z lůžka, přestavuje nábytek, vykřikuje, bývá vulgární, hrubý, někdy i fyzicky agresivní (brání se domnělému nebezpečí).

U mírných forem je účinné klidnění pacienta tónem hlasu, kontaktem (držet ho za ruku u lůžka) podobně jako u malého dítěte s horečkou a „děsivými sny“. Vždy se má ale pátrat po příčině. Může jít například o zánět vyžadující antibiotickou léčbu, nebo o poruchu vnitřního prostředí, dehydrataci vyžadující korekci s pomocí infuze. U opakovaných nebo hyperaktivních delirií je potřebná alespoň dočasná léčba psychofarmaky, o níž musí rozhodnout lékař. Je ovšem velmi nežádoucí, aby klidnící léčba byla příliš razantní a pacienta nebezpečně utlumila, aby navodila imobilitu.

! Za velmi nekorektní se považuje přikurtování neklidného pacienta na lůžko a jeho přetlumení vysokými dávkami léků. Takový pacient se mnohdy ani po odeznění delirantního stavu z navozené imobility již nedostane.

3.16

SYNDROM DEMENCE

Péče o nemocné trpící syndromem demence patří ošetřovatelsky a pečovatelsky k nejnáročnějším, neboť kromě zátěže a povinností srovnatelných s jinými chorobami se závažnou prognózou dochází navíc ke změně osobnosti nemocného člověka s mnohdy závažnými psychickými komplikacemi (úkorné bludy s neoprávněnými výčitkami) a poruchami chování, které zvyšují výskyt kolizních situací, vyčerpání pečovatele a syndromu vyhoření.

Domníváme se, že laický pečovatel by měl ve svém vlastním zájmu i v zájmu opečovávaného, obvykle blízkého člověka projít kurzem o komunikování s nemocným postiženým demencí, o zvládání konfliktních situací, o zvládání stresu a o možnostech podpory.

I na internetu je o tématu k nalezení řada informací, především na www.spin-vti.cz, případně na www.diakonie.cz. Užitečná je i literatura — nikoliv ovšem „o demenci“, nýbrž „o pochopení světa dementního člověka“, „o životě s člověkem trpícím demencí“ — například B. Huub, *Demence* (Praha, Portál, 2006); J. Zgola, *Úspěšná péče o člověka s demencí* (Praha, Grada, 2003); P. R. Callone aj., *Alzheimerova nemoc* (Praha, Grada, 2008); M. Venglářová, *Problematické situace v péči o seniory* (Praha, Grada, 2007).

Dlouhodobá schopnost pečovat doma o nemocného v pokročilé fázi demence vyžaduje zvláště silně podporu dalších lidí (součinnost celé rodiny) **a institucí.** Hlavní pečující, na němž leží největší tíha zodpovědnosti, musí mít přiměřenou možnost odpočinku, tělesné a zvláště psychické regenerace a psychoterapeutické podpory!

Pokročilé fáze syndromu demence patří také nejčastěji k situacím, kdy další péči v domácím prostředí prostě zvládnout nelze pro míru postižení nemocného,

pro vyčerpání a překročení pečovatelské kapacity hlavního pečujícího či celé rodiny či pro zásadní změnu sociální situace rodiny. Pak nezbývá než akceptovat dlouhodobou péči ústavní.

U syndromu demence je důležité pochopit, že jde o velmi různorodou skupinu postižení, jejichž projevy a ošetřovatelská zátěž závisejí na:

- onemocnění, které syndrom demence způsobuje: Alzheimerova choroba, cévně podmíněná, tzv. vaskulární demence, podkorová demence Binswangerova, demence s Lewyho tělísky a řada dalších;
- fázi a průběhu onemocnění: je dramatický rozdíl mezi onemocněním, které dlouhá léta stagnuje v mírné fázi neměnící osobnost nemocného, a onemocněním, které rychle postupuje do pokročilé fáze;
- sociální podpoře nemocného: je neméně dramatický rozdíl mezi nemocnými, kteří žijí v přátelském a podpůrném prostředí, které je cíleně „vtahuje do života“ a udržuje jejich sociální úroveň (aktivity, upravenost, oblékání), a nemocnými, kteří při srovnatelné míře postižení žijí zanedbaně v prostředí lhostejném či dokonce ponižujícím a vylučujícím;
- vzdělanostní a sociální úrovni nemocného před rozvojem onemocnění (tzv. premorbidní úroveň) – alespoň v počátečních stadiích choroby;
- na přidružených onemocněních postihujících funkční zdatnost (chůzi, smyslové vnímání);

Průběh onemocnění může být, jak výše řečeno, rychlý, nebo pomalý, stav nemocného může být relativně setrvalý, nebo může výrazně kolísat a měnit se v průběhu krátkého času, například dne.

K hlavním projevům a obtížím patří:

- **poruchy paměti:** obvykle nejprve vštípivosti (zapamatování nových informací), později výbavnosti, a to jak dat (kdo a kdy objevil Ameriku), tak dějů (jak probíhala moje svatba a že se vůbec konala), což jsou různé kategorie paměti; „zapomínání“ obvykle postihuje nejdříve nejnovější dění a s pokračováním choroby postupuje stále hlouběji „proti proudu času“; poruchy

tzv. epizodické paměti na různé životní události a vztahy, které „jako by se nestaly“, jsou zvláště nápadné u Alzheimerovy choroby;

- komunikačně a vztahově náročné **opakování otázek** bez odpovídající reakce;
- **poruchy soudnosti** a tzv. exekutivních schopností: neschopnost správně posoudit situaci a naplánovat přiměřeně činnost, zvláště zvládnout úkony o několika navazujících krocích; důsledkem je často úzkostná bezradnost, sociální stažení z aktivit, nerozhodnost, nebo naopak úporná tvrdohlavost s vynucováním či odmítáním některých činností a úkonů;
- **apatie a hypobulie:** nezájem či neschopnost aktivněji či podle svého přání naplnit čas, jen chabé sezení či ležení, nemocný se o sebe „nepostará“, i když zdánlivě a podle rozmluvy může, nutné je programování aktivit i základních činností včetně předkládání jídla;
- **chybování:** kupení chyb při běžných činnostech (vaření, nakupování) včetně nevypínání plynového sporáku, ztrácení klíčů, odcházení z bytu bez jeho uzavření; často úzkostná bezradnost;
- **poruchy symbolických schopností:** zapomínání, jak se co dělá, k čemu se co používá, jak se počítá, píše, jak se oloupe jablko, k čemu je nůž atd.;
- **zapomínání běžných slov,** chudnutí slovníku;
- **poruchy orientace** v čase, prostoru, (bloudění), případně ve vlastní osobě (kolik je mi let), nepoznávání blízkých osob;
- **deprese,** obvykle v počátečních stadiích;
- **poruchy nálad** s emoční labilitou (hned pláč, hned smích) či naopak plochostí (ztráta zájmu o dění i osudy blízkých lidí);
- **bludy,** zvláště úkorné, **s nespravedlivým obviňováním** i nejbližších osob ze spiknutí, pronásledování, pomlouvání, okrádání, ale také z partnerské nevěry, chybné pocity „tady nejsem doma — proč nejdeme domů“ či „tenhle člověk není můj manžel“;
- někdy **halucinace;**
- **poruchy chování:** nesmyslné odcházení z domova (či z ústavu), bloudění, agitovanost (stereotypní provádění neúčelných činností), apatie, negativismus, porušování hygieny, někdy agresivita;
- výrazná **změna osobnosti:** u některých forem teprve v pozdní fázi onemoc-

nění, u jiných časně, ještě před výraznějšími poruchami paměti a soudnosti;

- **delirantní stavy při zatížení mozku** například horečnatým onemocněním, změnou prostředí, neobvyklou zátěží (rodinné setkání více osob), úpravou známého prostředí (malování či rekonstrukce bytu), odloučením od pečující osoby; typická jsou deliria při horečce, po přijetí do nemocnice, po operaci či po některých lécích (tzv. anticholinergika); během dne přicházejí deliria nejčastěji se soumrakem jako „příznak stmívání" v pokročilých stadiích, do nichž však onemocnění nemusí dospět;
- **poruchy hygienických návyků,** nedodržování čistoty (znemožňující často zcela soužití v bytě s dětmi);
- **poruchy příjmu potravy** s jejím odmítáním, či naopak s přejídáním; zvláště u Alzheimerovy nemoci se často rozvíjí malnutrice (podvýživa);
- **svalová slabost s poruchou chůze** — mnohá onemocnění se syndromem demence končí plně rozvinutým imobilizačním syndromem.

Pro domácí ošetřování je nezbytná těsná spolupráce s lékařem znalým problematiky demencí, který pacienta sleduje, a užitečná je také pomoc pacientského sdružení, respektive sdružení rodinných příslušníků (www.alzheimer.cz).

Schematicky lze shrnout:
V mírném stadiu demence či při obtížích, které nakonec vůbec demencí být nemusejí (tzv. mírný kognitivní deficit ve stáří, mírné poruchy paměti), nejde o pečování. Člověk pociťující obtíže je zcela soběstačný. Potřebná je psychická podpora, uklidnění, vysvětlení, že k obávanému onemocnění nebo k rozvoji jeho pokročilých, závažných forem nemusí vůbec dojít. Žádoucí je preventivní udržování a rozvíjení mozkových činností a dovedností, tzv. kognitivní trénink, dostatečnou komunikací (zachovává a rozvíjí slovník a tím i myšlení), psychicky aktivním trávením času (četba, tvůrčí psaní — vzpomínky, kronika rodu), přiměřenými podněty, ke kterým přispívá i pohybová aktivita (vycházky, cvičení) či řešením různých problémových úloh (křížovky, sudoku).

Lze využít řady kurzů i knih o tréninku paměti, zachovávání a rozvíjení mozkových činností ve stáří, především z nakladatelství Portál (www.portal.cz) — například A. D. Bragdon, D. Gamon, *Nedovolte mozku stárnout* (Praha, Portál, 2009) nebo z vydavatelské produkce České alzheimerovské společnosti (ČALS, www.alzheimer.cz).

Případné onemocnění by mělo být vždy potvrzeno vyšetřením lékaře specialisty, obvykle s využitím diagnostických testů a tzv. pomocných vyšetřovacích metod, například speciálního „rentgenového" CT vyšetření hlavy. Poruchy paměti, koncentrace a duševní výkonnosti mohou mít i jinou příčinu než demenci — často depresi, úzkost, sníženou funkci štítné žlázy. Lékař také rozhodne o případném nasazení léků (tzv. kognitiva, jindy antidepresiva). Velmi důležitý je spánek jako základní faktor odpočinku a zotavení mozku.

Důraz je třeba klást na kvalitní mezilidské vztahy, na přiměřenou psychickou stimulaci bez přetěžování a s dostatečným odpočinkem a na příjemné trávení času — souhrnně na kvalitu života. Pokud je vyslovena diagnóza onemocnění provázeného demencí, je třeba včas řešit právní úkony (převody majetku, poslední vůle), aby později nebyly negativně ovlivněny poklesem soudnosti nebo zpochybněny případnými odpůrci ve smyslu možné ztráty způsobilosti k právním úkonům.

V pokročilejším stadiu objektivních příznaků, problémů a chyb je na místě tzv. kognitivní rehabilitace, která by měla rozvíjet ubývající mozkové schopnosti. Přínosná je podpora „orientace v realitě", procvičování údajů o čase, místě, o osobnostní identitě, o životních událostech a vztazích. Na prvém místě však stále zůstává kvalita života — nácvik „orientace v realitě" nesmí vést ke strachu a zahanbení z neúspěchů.

V této fázi se postupně ztrácí soběstačnost a stává se nemožným samostatné bydlení. Nezbytná je podpora v základních aktivitách denního života (nakupo-

vání, vaření, vedení domácnosti, nakládání s penězi), posléze i v některých aktivitách sebeobsluhy (například dohled na přiměřenost oblečení a stravování). Problémem se stává zajištění bezpečnosti, především při odcházení z bytu a bloudění. Velmi přínosné jsou v těchto případech systémy tísňové péče, kterými se nejen může pacient dovolat pomoci, ale které také vysílají signály pro lokátory („stopování") pracující na systému GPS či radiolokace.

U bloudících lidí je vhodný také bezpečnostní náramek či přívěsek se žádostí, aby v případě nalezení bloudícího člověka či při jiné komplikaci bylo voláno určité telefonní číslo (rodina, pečovatelská služba, sousedé) — pro možné zneužití, kupříkladu k vykradení bytu, se nemá uvádět jméno a adresa pacienta se žádostí o doprovod domů.

V osobním kontaktu je významné zpomalení, zjednodušení, využívání navyklých rituálů a stereotypů. Pacient se snadno „předojmuje": neudrží dlouho koncentraci, neorientuje se ve složitém ději (sledování televize) ani rozhovoru, špatně snáší větší společnost včetně rodinných sešlostí při významných událostech. Z hlediska kontaktu a socializace je správné, aby se takové akce zúčastnil, ale jen krátce. Je třeba vědět, že i sebelépe míněná snaha zpestřit život výletem, dovolenou, návštěvou u odlehle žijících příbuzných může vést k přechodnému zhoršení stavu a zmatenosti. Tempo jednání i mluvení je nutné zpomalit. Při nerozhodnosti má být v rozhodování výběr zúžen na „ano — ne" či na výběr jen ze dvou možností.

Důležité je posilování sociální role a kulturní úrovně (péče o hygienu, upravenost, účes, oblečení). Pacient může dobře zvládat některé naučené činnosti — poslech hudby, plavání. Jako téma rozhovorů se nabízí především to, co danému člověku leží na srdci, o čem chce právě hovořit, jaké téma načne, a dále hovory, reminiscence nad fotografiemi a vzpomínkovými předměty. Důležité je v této fázi posilování pohybových návyků (pravidelné a dostatečně dlouhé vycházky) a zachovávání přiměřeného stravování.
Užitečné je využití kvalitních denních stacionářů, které zajistí bezpečnost

a stimulaci klienta a současně také respitně umožní pečující rodině, aby se věnovala svým pracovním či jiným záležitostem.

V pozdní fázi s úpadkem osobnosti, pokud k ní dojde, je domácí pečování často velmi problematické a mnohdy zcela nemožné i při maximálním zájmu rodiny. Nezbytný je trvalý dohled. Větší naděje na zvládnutí domácí péče je u apatických forem demencí.

Těžiště péče spočívá v základním ošetřování včetně zvládání inkontinence, v uspokojování základních biologických potřeb, aby pacient nestrádal hladem, zimou, bolestí, a v poskytování libých pocitů — například při ošetřování pokožky vonnými krémy. Využít můžete i tzv. bazální stimulaci — například K. Friedlová, *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči* (Praha, Grada, 2007), www.bazalni-stimulace.cz.

3.17

UMÍRÁNÍ

Domácí paliativní (hospicové) péči o nemocné v pokročilé fázi neléčitelného onemocnění, které ohrožuje život člověka (obvykle v rozsahu cca posledních tří měsíců života) se věnuje samostatná brožura MUDr. Ondřeje Slámy a Mgr. Ludmily Plátové s názvem *Rady pro závěr života* (vydala též Diakonie ČCE v edici Rady pro pečující).

Proto pouze konstatujeme, že **umírání v domácím prostředí:**

- je možné a vysoce humánní;
- umožňuje průběžný kontakt s umírajícím člověkem, nabízí možnost „vyslovit, co dosud nebylo vysloveno“, završit vztah s blízkým člověkem — to vše ovšem předpokládá otevřenou komunikaci včetně „posledních věcí člověka“, která je při domácím pečování o umírajícího stejně důležitá jako snaha o ošetřovatelský komfort; o paliativní komunikaci viz například N. Špatenková a kol., *Krizová intervence pro praxi* (Praha, Grada, 2004);

- je mimořádně náročné pro pečující rodinu včetně jejího vybavení zdravotnickými pomůckami a též podpory profesionálních služeb — umírající lidé mají řadu zdravotních problémů, jsou obvykle zcela nebo z podstatné části nepohybliví a závislí na podpoře v základních denních činnostech (sebeobsluze) a jejich ošetřování je vztahově a komunikačně (emočně) náročné.

Nezbytné jsou:

- těsná spolupráce s praktickým lékařem, který má pochopení pro obtíže domácího umírání a pro opakované akutní potřeby intervence (naprostou nezbytností je ochota předepisovat opiátová analgetika);
- těsná spolupráce s agenturou domácí péče (home care), nejlépe s takovou, která má s paliativní péčí zkušenost či se na ni dokonce specializuje;
- zpracování krizového plánu, jak postupovat při různých komplikacích včetně telefonních čísel zajišťujících 24 hodinový kontakt s profesionálními zdravotníky — optimální je podpora mobilního hospice, domácí hospicové péče (www.cestadomu.cz, www.hospice.cz);
- psychoterapeutická podpora včetně podpory po úmrtí ošetřovaného člověka — viz například N. Kubíčková, *Zármutek a pomoc pozůstalým* (Praha, ISV nakladatelství, 2001).

Řadu informací lze získat v publikacích a na internetových stránkách hospicového sdružení Cesta domů (www.umirani.cz, www.cestadomu.cz) a také v knize autorů O. Slámy, L. Kabelky, J. Vorlíčka a kol., *Paliativní medicína pro praxi* (Praha, Galén, 2008).

3.18

KÓMA

V domácím prostředí lze (s velkým úsilím) zajišťovat i dlouhodobou péči o nemocné v **tzv. permanentním vegetativním stavu.** Jde o zvláštní formu bezvědomí, kdy pacient může být i léta v relativně stabilizovaném stavu v tom smyslu, že stabilizovaně fungují jeho životní (vegetativní funkce) — dýchání, krevní oběh, regulace tělesné teploty, činnost tělesných orgánů. Obvykle nevratně je však zničena tzv. vyšší nervová činnost (vnímání, vědomí, myšlení), i když nemocný působí dojmem, že jen spí, či dokonce je zdánlivě v bdělém jen jakoby obluzeném stavu (bezvědomí s otevřenýma očima).

Příčinou bývají například úrazy hlavy, jen částečně úspěšná resuscitace z klinické smrti (například po tonutí), některé otravy.

Ošetřování doma je možné jen s nasazením mnoha zdravotnických pomůcek včetně polohovacího lůžka s antidekubitálním systémem. Odvod moči zajišťuje stálý močový katétr či vyústění močového měchýře epicystostomií, odchodu stolice napomáhají klystýry, výživa a hydratace jsou zajišťovány pomocí nitrožilního přístupu do velkých (centrálních) žil na krku anebo pomocí vyústění žaludku (PEG), do něhož se naučí laický ošetřovatel po zacvičení například sestrou z agentury home care aplikovat tekutou stravu.

Fyzicky náročná je pochopitelně péče o hygienu těla i lůžka, péče o pokožku a oči (nutné ošetřování proti infekci i vysychání slz). Často se rozvíjejí dekubity, močové a dýchací infekce. Pacient vyžaduje tiché prostředí — náhlý hluk může vyvolat podráždění mozku s křečemi. Zkouší se nácvik „reflexního navykání“ na ošetřovatelskou péči, například tím, že jakýkoliv kontakt s nemocným se začíná stereotypně, třeba poklepáním na levé rameno.

Pravidla zacházení s pacientem v dlouhodobém kómatu a jeho stimulování upravuje metoda bazální stimulace — například K. Friedlová, *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči* (Praha, Grada, 2007), www.bazalni-stimulace.cz. Nezbytná je kromě vší další pomoci i psychoterapeutická podpora pečující rodiny.

3.19

URGENTNÍ SITUACE

Během domácího pečování o závažně nemocné lidi je pochopitelně vyšší pravděpodobnost výskytu komplikací a mimořádných událostí vyžadujících urgentní jednání. Vzhledem k tomu, že některá onemocnění a postižení přímo disponují k takovým situacím, je dobré sestavit u každého pacienta individuální „krizový plán". Ten by měl stanovit, co především hrozí, a jak v takovém případě má laický pečovatel (rodina) postupovat. Reakce se může zásadně lišit podle pacientovy prognózy – při stejném příznaku může být jednou na místě neprodlené povolání rychlé záchranné služby (RZS), jindy jen úlevné (paliativní) podání tlumivého léku.

Na **sestavování krizového plánu** a obecně plánu léčení a ošetřování včetně koordinace jednotlivých činností a služeb by se měli podílet všichni zainteresovaní odborníci, tedy obvykle: všeobecný praktický lékař, ošetřující lékař příslušného oboru (například onkolog či gerontopsychiatr), agentura domácí ošetřovatelské péče (home care), fyzioterapeut, ergoterapeut, pečovatelská služba i jiní.

Můžeme uvést několik příkladů závažných obtíží, varovných příznaků a vhodných reakcí na ně:

Bezvědomí: uložení do stabilizované polohy na boku, aby nedocházelo k chrčivému dýchání ze „zapadání jazyka", zavolání Rychlé záchranné služby (RZS).

Bolest na hrudi: může mít řadu příčin, pokud je za hrudní kostí, svíravá, palčivá či tlaková, často s vyzařováním do krku, zad či paží, případně spojená s dušností, pocením, pocitem na zvracení, může jít o tzv. stenokardii, bolest způsobenou nedokrevností (ischemií) srdce jako příznak akutního srdečního infarktu; podat nitroglycerin tabletu či sprej pod jazyk, zavolat RZS.

Bolest průlomová: bolest, která se u pacienta s chronickou bolestí (například nádorovou) objeví přes řádné podávání protibolestivých léků (analgetik) v nastaveném časovém režimu („podle hodin"); podává se další dávka analgetika podle individuálního krizového plánu.

Dušnost: může mít řadu příčin; pokud není stanoven postup v rámci individuálního krizového plánu (například u pacienta s astmatem), zkusit úlevu při poloze vsedě (křeslo) a zavolat RZS.

Inkontinence moči či stolice: použít absorpční zdravotnické pomůcky pro inkontinentní (podložky a pleny), konzultovat lékaře, případně domácí ošetřovatelskou péči (home care).

Křeče (záškuby těla a končetin), obvykle s bezvědomím: pravděpodobně epileptický záchvat, zajištění bezpečnosti (například odsunutí nábytku, aby nedošlo k poranění úderem), zavolání RZS.

Meléna (černá dehtovitá, páchnoucí stolice): změna barvy je způsobena natrávenou krví (jinou příčinou může být užití živočišného uhlí nebo preparátu železa — Aktiferrin), jde o příznak krvácení do horní části trávicího traktu; konzultovat s lékařem či rovnou volat RZS.

Zácpa (obstipace): trvá-li pět dní, tak podání projímadla (projímavé minerální vody, Forlax, Lactuloza; pozor — pokud pacient neužívá opiátová analgetika, nedoporučuje se Guttalax); při nedostatečném efektu provedení střevního výplachu (klysma, klystýr).

Retence moči: (zadržení moči v močovém měchýři s nemožností vymočení): pacient nemočí vůbec či jen opakovaně malá množství při trvalém bolestivém nucení; lze zkusit termofor s teplou vodou na dolní část břicha či sedací koupel v teplé vodě; není-li efekt, je třeba zajistit zavedení močového katétru (konzultovat s lékařem či volat RZS).

Zmatenost (delirium): klidnění pacienta slovy a kontaktem (držení za ruku), při výraznějším neklidu zajištění bezpečnosti, při opakovaných deliriích podání osvědčené medikace (například Buronil), při nově se objevivším nebo neobvykle výrazném deliriu volat RZS.

Zvracení opakované: dietní pauza, ale zachování příjmu chuťově neutrálních tekutin po malých doušcích; není-li možný příjem normálního objemu tekutin po dobu delší než 24–36 hodin, jsou nezbytné nitrožilní infuze po konzultaci lékaře, který doporučí, zda další péče může probíhat doma, či zda je nutné přijetí do nemocnice. Pokud je zvracení provázeno silnějšími bolestmi břicha, je lékařská konzultace nezbytná neodkladně.

Zvracení krve čerstvé (světle červené) či natrávené (barva kávové sedliny): pokud není domluven zvláštní postup u umírajícího pacienta, tak konzultovat ihned s lékařem, při větším objemu krvácení volat RZS.

4.

MALÝ SLOVNÍČEK

A na závěr ještě, abychom si lépe rozuměli, malý výkladový slovníček vybraných lékařských pojmů a zkratek k dešifrování lékařských zpráv:

ADL: (základní) aktivity denního života, činnosti nezbytné k sebeobsluze (oblékání, jezení, mytí, přemísťování na lůžko), jimiž se hodnotí funkční postižení pacienta, viz též IADL

AIM: akutní infarkt myokardu, srdeční infarkt

Amauróza: slepota

Analgetikum: lék proti bolesti

Anamnéza: „předchorobí“, údaje o dosavadním zdravotním stavu a zdravotních problémech pacienta včetně užívaných léků

Anemie: chudokrevnost

Anurie: zástava tvorby moče, selhání ledvin

Anxieta, anxiózní: úzkost, úzkostný

Anxiolytikum: lék proti úzkosti

ARO: anesteziologicko-resuscitační oddělení

Arteriální hypertenze: vysoký krevní tlak

Arteriální hypotenze: nízký krevní tlak

Ascites: tekutina v břišní dutině

Aspirace: vdechnutí, například potravy

Asymptomatický: bez příznaků (například průběh choroby)

Benigní: nezhoubný, nezávažný

Biopsie: odběr tkáně k mikroskopickému diagnostickému vyšetření

Bradykardie: pomalá tepová frekvence

Bronchopneumonie: viz pneumonie

Casus socialis: sociální případ, nekorektní označení pacienta zanedbaného či do zdravotní péče nepříslušejícího

Cave: pozor!, střez se!

Cefalea: bolest hlavy

CMP: cévní mozková příhoda, mozková mrtvice, iktus

Cyanóza: modrofialové zbarvení sliznic, případně pokožky z vyššího objemu redukovaného hemoglobinu (obvykle známka horšího sycení krve kyslíkem)

Dehydratace: „odvodnění“, nedostatečné zavodnění organismu

Dekubitus: proleženina, otlak

Delirium: blouznění, přechodný stav zmatenosti

Diabetes mellitus: úplavice cukrová, cukrovka

Diuretikum: lék močopudný

Diuréza: množství moče za 24 hodin

Dubiózní: nejistý (například o prognóze)

Dysfagie: porucha polykání

Dysurie: pálení, řezání, bolest při močení

Edém: otok

Endoskopie: prohlížení dutého orgánu či tělní dutiny zavedeným optickým přístrojem

Ergoterapie: obor rehabilitace zabývající se soběstačností, kompenzačními pomůckami, bezbariérovými úpravami prostředí

Etiologie: původ, příčina (například choroby)

Exantém: vyrážka

Excize: vyříznutí

Exitus (exitus letalis): odchod, úmrtí

Extrasystola: předčasný, nepravidelný srdeční stah

Febrilie, febrilní: horečka, horečnatý

Flebotrombóza: hluboký zánět žil

Fractura: zlomenina, fraktura

Fyzioterapie: obor rehabilitace zabývající se obnovou a zlepšováním pohyblivosti, odstraňováním svalové a kosterní bolesti

Geriatrie: medicínský obor zabývající se zvláštnostmi zdravotních problémů ve stáří

Glykémie: koncentrace cukru (glukózy) v krvi

Hemateméza: zvracení krve

Hematom: krevní výron

Hematurie: přítomnost krve v moči

Hemiparéza, hemiplegie: ochrnutí poloviny těla, stejnostranných končetin

Hemodialýza: metoda očišťování krve při nedostatečnosti ledvin, umělá ledvina

Hepatální: jaterní

Home care: domácí péče (zdravotní, nelékařská, především ošetřovatelská a rehabilitační)

Hydratace: zavodňování

Hypnotikum: lék na spaní

Hypotermie: podchlazení

IADL: instrumentální aktivity denního života, činnosti nezbytné k soběstačnosti (nakupování, vaření, vedení domácnosti), slouží k posuzování funkčního stavu u zdravotního postižení

ICHS: ischemická choroba srdeční, nedokrevnost srdce

Iktus: mozková mrtvice

Imobilita, imobilní: nepohyblivost, nepohyblivý

Infaustní: beznadějný, nešťastný (například o prognóze)

Inkontinence: samovolný, vůlí neovládaný únik moče a/nebo stolice

Insuficience: nedostatečnost, selhání

Intoxikace: otrava

Ischemie: nedokrevnost

i.v., intravenozní: nitrožilní, podávaný do žíly

JIP: jednotka intenzivní péče

Kachexie: těžká podvýživa, „vychrtlost“

Kardiopulmonální: týkající se srdce a plic

Kardiovaskulární: týkající se srdce a cév, krevního oběhu

Kauzální léčba: příčinná léčba usilující o odstranění příčin (vyléčení), nejen o odstranění příznaků, obtíží

Kolika: křečovitá bolest způsobená stahem hladkých svalů ve stěně dutého orgánu (například střeva, žlučovodu)

Kóma: bezvědomí

Kontraktura: chorobný stah, zkrácení (svalu, šlachy)

Latentní: skrytý

LDN: léčebna pro dlouhodobě nemocné, ošetřovatelský ústav

Maligní: zhoubný, velmi nebezpečný

Malnutrice: podvýživa

Medikace: užívané léky

Meléna: černá dehtovitá stolice zbarvená natrávenou krví z horní části trávicího systému (například při krvácení ze žaludku)

Monitorování: průběžné (trvalé) sledování určité funkce (například tepové frekvence)

Morbus: choroba, nemoc

Moribundní: umírající

Nauzea: pocit na zvracení, nevolnost, „zvedání žaludku“

Nutrice: výživa

Obstipace: zácpa

Ortéza: zevní pomůcka k fixování (znehybnění) kloubu

Ortopnoe: forma dušnosti, vynucené dýchání ve vzpřímené poloze s fixací paží

Ortostatická hypotenze: pokles krevního tlaku po postavení se závratí, pocitem na omdlení, případně s pádem

Oxygenoterapie: léčba kyslíkem

Palpitace: pocit bušení srdce

Paréza (plegie): ochrnutí

PEG: perkutánní endoskopická gastrostomie: umělé vyústění žaludku k umožnění výživy

PMK: permanentní močový katétr

Pneumonie: zápal plic

p.o.: perorální, podávaný ústy

Prodromy: předzvěstné, dosud netypické příznaky určité choroby

Pruritus: svědění

Renální: ledvinový

Resuscitace: oživování po klinické smrti, obnova základních životních funkcí

Retence: zadržení, například retence moči

Rigidita: ztuhlost (především svalová)

Sarkopenie: úbytek svalové hmoty a síly, například ve stáří či při nádorovém onemocnění

s. c.: subkutánní, podávaný injekcí podkožně

Status: stav

Stenokardie: svíravá, palčivá či tlaková bolest obvykle za hrudní kostí (sternum) způsobená nedokrevností srdce; příznak srdečního infarktu

Stomie: umělé vyústění dutého orgánu (například tracheostomie — vyústění průdušnice, kolostomie — vyústění tlustého střeva)

Stp.: status post, stav po

Suspektní: možný, podezřelý

Sutura: steh, chirurgické šití rány

Symptom: příznak

Symptomatická léčba: léčba pouhých příznaků bez ovlivnění vyvolávající příčiny

Syndrom: příznakový soubor

Synkopa: krátkodobé bezvědomí

Tachykardie: rychlá tepová frekvence

TEN: tromboembolická nemoc, žilní trombóza komplikovaná plicní embolií

TEP: totální endoprotéza, úplná náhrada kloubu, například kyčelního

Terminální: konečný, například terminální fáze onemocnění

TF: tepová frekvence

TK: tlak krevní

Tremor: třes

Ulcus: vřed

Vertigo: závrať

Vomitus: zvracení

v. s.: velmi suspektní, velmi pravděpodobný

Xerostomie: suchost v ústech

5.

PÁR SLOV A RAD NA ZÁVĚR

Společenský a vědeckotechnický vývoj povedou zřejmě k přibývání domácí péče o lidi dlouhodobě nemocné, se závažným zdravotním a funkčním postižením, s omezenou soběstačností.

Nemocnice se mění z pobytových ústavů ve stanoviště velmi účinných přístrojů a místa krátkodobých intervencí — ošetřovací doba se zkracuje. Naštěstí narůstá medicínská i technická podpora i domácí péči. Paleta výkonů, které bude možné provádět doma, se bude rychle rozšiřovat. Některé budou provádět profesionálové, jiné budou přecházet do rukou laiků.

Tento vývoj otevře nové možnosti chronicky nemocným lidem a přinese závažné výzvy rodinám i komunitám. Je dobré se na to připravit, respektive nezaostávat za nabíhající nabídkou možností. Jedním z nezbytných kroků je posílení role laických pečujících jako rovnocenných členů týmu, místní podpůrné sítě služeb kolem „jejich" nemocného člověka. Budou mu moci zůstat častěji a déle než dosud nablízku i v případě závažného onemocnění a postižení. Budou mu moci účinněji pomoci.

Musí si k tomu pochopitelně osvojit příslušné dovednosti, přijmout zodpovědnost a vymoci příslušné kompetence v duchu žádoucí de-institucionalizace, de-sektorializace a de-profesionalizace ucelené podpory. Jednou z cest je asertivní partnerství: vždyť jde o nejbližší lidi a zdravotnictví není stát ve státě ani věž ze slonoviny, nýbrž záležitost veřejná, věc občanská.

Na konec této publikace proto rada čtenářům na začátek jejich cesty k náročně emancipovanému zapojení laiků do systému komunitní podpory: Nebojte se být lékařům partnery, ptejte se, konzultujte. Lékař je tu pro vás a vaše blízké. Propast mezi lékařem a občanem pacientem je u nás hluboká a obtížně překonatelná. Buďte asertivnějšími partnery, nedejte se, získávejte informace o zdravotních problémech svých blízkých, žádejte domluvu a doporučení místo hotových plánů. Žádejte pochopení pro situaci svou a vašich blízkých, žádejte, aby lékaři s vámi hovořili „vaší řečí" a ne „doktorštinou". Žádejte, aby

lékař byl vstřícný, aby se služby vysouvaly do vašeho přirozeného domácího prostředí, mějte na zřeteli, že pro vaše blízké je pobyt doma bezpečnější než za zdmi špitálů. Žádejte proto i po svých obcích, aby pro komunitní systém integrovaných podpůrných služeb vytvářely místní podmínky. Ostatně kdo, když ne vy, kdy, když ne teď?

6.

POUŽITÁ A DALŠÍ DOPORUČENÁ LITERATURA

BRAGDON, A. D., GAMON, D., *Nedovolte mozku stárnout.* Portál, 2009.

HONZÁK, R., *Úzkostný pacient.* Galén, 2005.

HUUB, B., *Demence.* Portál, 2006.

CALLONE, P. R., a kol., *Alzheimerova nemoc.* Grada, 2008.

FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči.* Grada, 2007.

KALÁBOVÁ, M., a kol., *Rady ošetřovatelské.* Diakonie ČCE, 2013.

KALVACH, Z., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Grada, 2008.

KALVACH, Z., *Pečujeme doma.* Moravskoslezský kruh, 2009.

KOLÉBALOVÁ, J., POLÁKOVÁ, J., *Rady rehabilitační.* Diakonie ČCE, 2014.

KUBÍČKOVÁ, N., *Zármutek a pomoc pozůstalým.* ISV nakladatelství, 2001.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. a kol., *Paliativní medicína pro praxi.* Galén, 2008.

SLÁMA, O., PLÁTOVÁ, L., *Rady pro závěr života.* Diakonie ČCE, 2014.

ŠPATENKOVÁ, N., a kol, *Krizová intervence pro praxi.* Grada, 2004.

VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory.* Grada, 2007.

ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Grada, 2003.

Edice **Rady pro pečující**

O AUTOROVI

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. (narozen 1951) – přední český internista, geriatr a gerontolog

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

PEČUJDOMA.CZ

Zdeněk Kalvach

RADY LÉKAŘSKÉ

Vydala Diakonie ČCE v roce 2017
v rámci projektu Pečuj doma a s námi.
Vytiskla tiskárna Printo spol. s r. o., Ostrava.
Foto na obálce: Štefan Berec.
Vydání druhé. Počet stran 68.
www.pecujdoma.cz

ISBN 978–80–87953–22–8

Diakonie
Českobratrské církve evangelické