



Multidisciplinální péče

ISSN 1801-0199

Multidisciplinální péče

Časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní
a sociální oblasti

MK ČR 16684

Ročník 1, 2006, Číslo 2, vychází čtvrtletně

Jednotlivá čísla
naleznete na našich
webových stránkách.

Přístup je zcela
ZDARMA!

www.mpece.com

Inzerce

mpece@mpece.com

Vydavatel

EduCare
občanské sdružení
Karlovarská 36
301 00 Plzeň

+420 736 469 652
ieducare@ieducare.com

IČO 26983494
DIČ CZ26983494

Šéfredaktorka

PhDr. Ivana Mádlová
madlova@mpece.com

Redakční rada

Bc. Věra Houdková
Jaroslava Kreuzbergová, DiS
Mgr. Lenka Kroupová
Jaroslava Kubínová
MUDr. Alois Mádle
Bc. Nina Müllerová
prof. Martha Neff-Smith
Bc. Martina Pátá
Bc. Lucie Pěčová
PhDr. Marie Zvoníčková
Radek Süß
Bc. Eva Weinfurterová

Grafická úprava

Bc. Martina Pátá

Korekce

PhDr. Ivana Mádlová

Tisk

Tiskárna Bílý slon, s.r.o.
DTP a grafické studio
Škroupova 9
312 00 Plzeň

Obsah

Úvodník 2
PhDr. Ivana Mádlová

Dosavadní zkušenosti s jednorázovými operačními rouškami na centrálních operačních sálech oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s. 3
Věra Tylcherová, Centrální operační sály a centrální sterilizace,
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s.

Problematický dětský pacient – diagnóza ADHD 7
Bc. Jitka Šlechtová

Co přináší nový zákon o sociálních službách 12
Bc. Jan Sembdner, ředitel Centra sociálních služeb Praha – Jižní Město

Vliv formaldehydu na zdraví 14
Eva Rubešová, Dermatovenerologická klinika FN Plzeň

Kardiochirurgie v Plzni 15
Jaroslava Nováková Bc., Kardiochirurgické oddělení FN Plzeň
Martin Staszko, Kardiochirurgické oddělení FN Plzeň

Chudoba a podvýživa nejen ve světě, u nás, ale i v našich zdravotnických zařízeních 18
Věra Černošková, studentka II. ročníku bakalářského studia, oboru
Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně

Alzheimerova choroba 22
Olga Brašnová, Léčebna dlouhodobě nemocných, Lázně Letiny, Plzeň-jih

Péče o dítě se salmonelózou 28
Marcela Kabourková, Nemocnice Karlovy Vary

I. Pardubické ošetrovatelské dny a I. Celostátní studentská vědecká konference bakalářského studijního programu Ošetrovatelství 30
Mgr. Markéta Moravcová, Mgr. Světlana Beránková,
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc., Ústav zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Úvodník

PhDr. Ivana Mádlová

Vážení přátelé,

teplé počasí nám stále nepřeje a dlouhá zima se snaží ovládnout jarní a stále více blížící se letní měsíce. Všichni se již těšíme na dovolenou, kterou si po roční práci zasloužíme. Určitě zvažujeme, zda se pojedeme ohřát do teplých krajín nebo zda strávíme dovolenou doma a věříme, že se jednoho dne musí oteplít. Pro tyto chladné dny vám přinášíme další číslo našeho časopisu, které je po obsahové stránce rozmanité a jednotlivé články mohou zaujmout kolegy z různých nejen zdravotnických

a sociálních profesí. V tomto čísle přinášíme informace, např. o Alzheimerově chorobě, o novém zákoně v sociálních službách, o přítomnosti formaldehydu v prostředí a jeho účinku na zdraví, o problematickém dětském pacientovi či chudobě a bídě u nás i ve světě.

V posledním čtvrt roce se událo v ČR v oblasti zdravotnictví mnoho změn, některé lze vnímat pozitivně a některé negativně. Hodnocení těchto změn jedincem je vždy v první řadě subjektivní – zcela určitě je ovlivněno pracovním místem hodnotícího/jeho rodiny a které je novými legislativními změnami zasazeno. Vidět objektivně systémové změny je zcela určitě náročné a vyžaduje to mnoho znalostí o celkové situaci nejen u nás, ale také vysoké morální vlastnosti, schopnost nezaujaté, neosobní, slušné diskuse se všemi zainteresovanými stranami bez preference především vlastního zisku a pomsty druhému. To je pravé umění!

Přejme si, aby Ti, kteří rozhodují na nejvyšších místech tyto potřebné vlastnosti, znalosti, um a především dobrý úmysl měli.

Za celou redakční radu vám přeji hezké léto a dovolenou, na které si opravdu odpočínáte.

Ivana Mádlová

MP je registrována u Ministerstva kultury pod evidenčním čísle MK ČR 16684. Autorům je po zveřejnění článku v našem časopise přiznáno 15 kreditů a spoluautorům kreditů 10. Články posílejte na mpece@mpece.com, více informací v sekci Pokyny autorům.

Časopis je veden v databázi Národní knihovny ČR.

Jednotlivá čísla vycházejí vždy 1. týden v měsíci březnu, červnu, září a prosinci.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=64>

Dosavadní zkušenosti s jednorázovými operačními rouškami na centrálních operačních sálech Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s.

Věra Tylcherová, Centrální operační sály a centrální sterilizace, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s

Souhrn

Autorka článku nabízí zkušenosti s přechodem na jednoúčelové operační krytí. V současné době je platná legislativa, která ukládá používání jednorázových materiálů. Přechod na tyto pomůcky a vybavení znamenají pro management nemocnice důkladnou ekonomickou analýzu a výběr vhodných dodavatelů, kterých je v současné době na trhu mnoho.

Klíčová slova

jednorázové rouškování – ekonomická analýza – operační sál – centrální sterilizace - ČSN EN 137795

Nemocnice v Mladé Boleslavi má v současné době 656 lůžek, včetně lůžek následné péče. Celkem bylo v roce 2005 provedeno v našem zařízení 11 913 operací. Usek centrálních operačních sálů se skládá z 6 operačních sálů, kde se provádí chirurgické, urologické, ortopedicko – traumatologické a ORL operační výkony. Za loňský rok bylo provedeno 5 710 operačních výkonů.

V roce 2005 byla plánovaná rekonstrukce centrální sterilizace a s ní i nutné omezení kapacity parní sterilizace. Vzhledem k tomu, že objem parní sterilizace pro sterilizaci prádla, to znamená operačních plášťů a bavlněných roušek činil více jak 2000 l denně, bylo nutné připravit náhradní řešení a minimalizovat objemy materiálů pro parní sterilizaci. Do této doby, jsme využívali skládané prádlové balíky.

Dodavatelská sterilizace nebyla možná a tak jsme se rozhodli po zvážení, **pro jednorázové operační krytí** v první fázi po dobu rekonstrukce centrální sterilizace.

Toto rozhodnutí o přechodu na jednoúčelové operační krytí, alespoň pro provoz centrálních operačních sálů, byl z mé strany jednoznačný, ale bylo nutné doložit a obhájit ekonomicky tento materiál, tak abychom jej mohli využívat i po rekonstrukci centrální sterilizace.

To pro mě znamenalo, připravit si podklady nákladů a jasné nevýhody převést do ekonomické roviny při používání dosavadních bavlněných materiálů, ale také mít představu o nákladech jednoúčelového materiálu a definovat jeho jasné výhody s jasným stanoviskem, že resterilizace bavlněných operačních roušek a náklady s tím spojené se vyrovnají nákladům na jednoúčelové operační krytí.

Víme určitě všichni, že textilní chirurgické roušky, určené k opakovanému použití nejsou pro pacienty bezpečné, dostatečně je nechrání, nejsou schopny vytvořit účinnou bariéru pro kapaliny a bakterie a tím zamezit pronikání do operační rány, což sebou nese zvýšené riziko pooperačních komplikací, které nejenom prodlužují hospitalizaci pacientů a kromě dopadů na jejich zdraví jsou příčinou zvýšených ekonomických nákladů zdravotnického zařízení na jejich léčení – což dokládají mnohé studie.

Proto bylo nutné definovat jasné nevýhody textilních operačních roušek a to z pohledu denní praxe tak z pohledu legislativy.

Co se týká legislativy, tak bavlněné operační roušky jasně **nesplňují požadavky** platných norem, konkrétně ČSN EN 137795, tj.:

- Odolnost vůči průniku tekutin.
- Odolnost vůči mikrobiální penetraci za sucha i za mokra.
- Odolnost proti protržení za sucha i za mokra.
- Pevnost v tahu za sucha i za mokra.
- Adheze za účelem docílení fixace a izolace operační rány.
- Prašnost materiálu.

Další nevýhody těchto materiálů, které přináší denní praxe:

- Manipulace s infikovaným prádlem, manipuluje s ním nejenom personál operačních sálů, ale také zaměstnanci prádelny při přípravě pro praní.
- Pracnost přípravy prádlových bavlněných balíčků, jen pro zajímavost kompletní složení prádlového balíku trval pracovníci sterilizace zhruba 10 – 15 minut, kdy bylo nutné prádlo zkontrolovat, v mnoha případech přeskládat, natahovat gumovky, vše zabalit a připravit ke sterilizaci. Pro naše operační sály se denně spotřebovalo 30 i více balíčků prádla, což vytížilo jednu pracovníci bezmála na celou jednu směnu.
- Doba možné expirace je jasně omezena.
- Dokupování prádla je nutností.
- Nedostatek prádla byl u nás dost častý a pokrytí zásob sterilního prádla např. pro traumatologický plán nemocnice obtížný.
- A v nemalé části jsme prokázaly, že příprava operačního pole je zdlouhavá a pracná.

Toto byly pro mě jasné nevýhody, ale bylo nutné vyčíslit i ekonomické náklady s tímto spojené, proto jsem musela spočítat konkrétní náklady při používání textilních roušek, které zahrnovaly:

- Náklady na praní prádla, tady je důležitý i fakt, kde perete, zda máte vlastní prádelnu, nebo dodavatelskou
- Náklady na opravu prádla a jeho dokupování - prádlo se velmi rychle opotřebovává jak typem praní, kvalita materiálů není dobrá a s tím je spojené dokupování nového prádla a obměna a to ještě nebylo v našich silách sledovat, kolikrát byla rouška vypraná
- Náklady na nákup gumovek mezi jednotlivé roušky a náklady na dezinfekční prostředky pro dekontaminaci, protože pokud jste gumovky poslaly do prádelny, vracely se rozměrově poloviční a práce s nimi spojená to znamenalo vyřepat je z kontaminovaných roušek, následně dekontaminovat a sušit a přítomnost statické elektřiny nebyla taky příjemná.
- Praní a dokupování přepravních pytlů v našem případě jutových, těch bylo stále nedostatek a vyprání bylo účtované také.
- Veškeré náklady na sterilizaci prádlového balíku – náklady na práci, sterilizaci, obalový materiál a sterilizační testy
- Náklady na výměnu filtrů v klimatizaci – při vyšší prašnosti nejsou zanedbatelné
- Doprovodné náklady při kombinaci materiálů – což byly náklady na speciálně zdravotnický materiál v našem případě se využívaly i některé samostatné jednoúčelové komponenty jako návleky na instrumentační stolky, návleky a lepicí pásky na nohu, ale i samostatné sterilní roušky - to, že se kombinuje bavlna a jednoúčelový materiál je asi ta nejhorší ekonomická varianta.

Takto jsem vyčíslila veškeré náklady pro mě dostupné, ale také tady byly souběžné náklady, které se týkaly úspory pro nemocnici:

- ponížení kapacity prádelny a vytvořily jsme volnou kapacitu předpokladem o 25% objemu praní, ale i ponížení personálu na centrální sterilizaci a to konkrétně minimálně o jeden úvazek pomocného zdravotnického personálu.
- předpokládaná úspora při rekonstrukci centrální sterilizace, co se týká investic do zakoupení autoklávů - nechali jsme si spočítat, že pokud bychom zavedli jednoúčelový materiál, počet autoklávů se sníží o jeden s objemem 620 l.
- s tímto byl spojen i plán dokoupení kontejnerů, náklady na prádlové kontejnery, ale i pozdější náklady na jejich dezinfekci a údržbu
- Ponížení nákladů na pooperační komplikace - z ekonomického hlediska jsou velmi vysoké

Pokud si sečtete všechny tyto náklady je až s podivem kolik finančních prostředků vynaložíte. Mě se podařilo pomocí dostupných ekonomických bilancí vyčíslit většinu z nich, ale na další jsem alespoň upozornila. Vznikla ekonomická roční rozvaha s propočtem nákladů na jeden operační výkon s použitím bavlněných materiálů a ta pro mě byla vodítkem, kde bych se měly pohybovat náklady při zavedení jednoúčelového operačního krytí.

Po zpracování všech podkladů bylo přistoupeno k výběru dodavatele.

Při poptávkovém řízení jsme si stanovila jasná kritéria co od jednorázového operačního krytí očekávám a podmínky rozhodování, kterou dodavatelskou firmu zvolit.

Byly vytvořeny zadávací tabulky, kde byly popsány operační výkony, specifikovány dle operačních přístupů a jejich počet. Tyto zadávací tabulky následně ukázaly, jednak nabídku jednotlivých firem, co se týká návrhu standardního využití jednoúčelového operačního krytí při jednotlivých operačních výkonech, ale také finanční ukazatel vynásobený počtem výkonů a předpokládané náklady na provoz za rok.

Další požadavky na dodavatele byly

- cena by měla odpovídat kvalitě nabízeného jednoúčelového materiálu
- nabídka vhodného sortimentu pro naše potřeby
- možnost snadné archivace dat použitého zdravotnického prostředku do sesterské operační dokumentace
- možnost otestování vzorků – vyzkoušeli jsme jednotlivé nabízené sety, ale i samostatné komponenty, abychom měli možnost poznat kvalitu a vlastnosti materiálů a také jsem chtěla znát názor operatérů a sester z praktického posouzení vyzkoušených výrobků od jednotlivých firem.
- důležitým zadávacím kritériem byly podmínky zaškolení personálu pro plynulý přechod na tento materiál a další vzdělávání pracovníků
- dále vytipovaný sortiment a jeho plynulé dodávky, tak abychom mohli minimalizovat zásoby, ale i reference z jednotlivých pracovišť
- splatnost faktur a další stanovené podmínky poptávkového řízení

Vždy když chcete něco nového a jste přesvědčení, že je to krok správným směrem, buďte si jisti, že vaše nadšení nesdílí úplně všichni už proto, že chcete změnit něco co tu bylo již řadu let. Tady nastává další fáze a to postupné zavádění materiálu do provozu, přiznám se že jsem měla obavy jak se zvládne přechod na jednoúčelový materiál a tady se ukázalo, jak je důležité klást důraz při výběru firmy i na servis zaškolování. Zaškolení personálu proběhl nejdříve formou semináře, kdy byl personál nejdříve seznámen s materiálem a pracovními postupy a poté jsme postupně s pomocí firemních zástupců přecházeli na tento materiál. Úplné zaškolení a přechod na jednorázové operační krytí proběhl během 3 týdnů.

V současné době pracujeme s jednoúčelovým operačním krytím na 6 operačních sálech již 9 měsíců a tento materiál má pro mě jasné výhody:

- zaručená sterilita materiálů a jejich expirace,
- splněné požadavky na roušky jako zdravotnického prostředku,
- jasná a snadná dokumentace,
- ekonomická přehlednost spotřeby na jeden operační výkon,
- zjednodušení a urychlení práce na přípravě operačního pole, v našem případě až o polovinu vynaloženého času oproti dřívějšímu používanému materiálu,
- bezprašnost,
- rezerva materiálu pro případ traumatologického plánu nemocnice,
- spokojenost personálu obecně,
- standardizace sterilního operačního krytí při jednotlivých operačních výkonech,
- snadná a bezpečná manipulace s infikovaným materiálem, v našem případě jsme požádali o zařazení návleků na instrumentační stolky do systému odpadového hospodářství, tak že využívám naruby otočený návlek jako pytel na infekční materiál, instrumentářka sebere veškeré roušky a infekční materiál bez toho, aby se někam přenášel, nikdo další s ním již nemanipuluje, uzavře se a rovnou odnese na odpadovou místnost a následně do spalovny odpadů.

Průměrná cena na jeden operační výkon je pro nás přijatelná a zásadně se neliší od nákladů na operační výkon rouškováný bavlněným materiálem. Využíváme **systém 6 vytipovaných operačních setů** a několika dalších samostatných komponentů a to od obou dodavatelských firem a snažíme se o postupný přechod i na jednoúčelové operační pláště, které používáme prozatím

u septických výkonů a specifických operací. Materiál je spolehlivý ve všech ukazatelích, je savý, pevný, přilnavý, nepropustný, bezprašný, lepicí část je kvalitní a zároveň nealergizuje kůži. Objem materiálu je ve výsledné části minimální, což se nabízí i otázka navýšení odpadového materiálu a s tím i navýšení nákladů, ale naše zkušenosti jsou takové, že navýšení nákladů na odpad v našem případě jde o **1 až 2% dosavadních nákladů**.

I když se rekonstrukce naší sterilizace posunula v nedohlednu jsem ráda, že jednoúčelové operační krytí jsem si obhájila a stalo se nedílnou součástí naší práce.

Moje odpovědnost jako vrchní sestry, za chod oddělení a s tím spojené zajištění bezpečnosti a kvality poskytované péče u našich operovaných pacientů, předcházení možným nozokomiálním nákazám spojené s operačním výkonem, to jsou kritéria, které se snažím dodržovat a využívaný jednoúčelový materiál mě pomáhá udržovat správný standard poskytované péče našim klientům.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com//modules.php?name=News&file=article&sid=65>

Problematický dětský pacient – diagnóza ADHD

Bc. Jitka Šlechtová

Souhrn

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder je vývojová porucha "psychopatologická diagnóza, odvozená z určitého souhlasu jednotlivých ukazatelů v životní historii dítěte, zahrnující těhotenství, období kolem porodu a po porodu, dále ukazatelů v nálezech neurologických a pediatrických a konečně v tzv. klinickém obrazu čili v chování dítěte." Je charakterizován nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulsivnosti.

Klíčová slova

ADHD – specifické poruchy učení – hyperaktivita - pozornost

ADHD je "psychopatologická diagnóza, která je odvozena z určitého souhlasu jednotlivých ukazatelů v životní historii dítěte, zahrnující těhotenství, období kolem porodu a po porodu, dále ukazatelů v nálezech neurologických a pediatrických a konečně v tzv. klinickém obrazu čili v chování dítěte." (Matějček, Langmeier)

ADHD lze definovat jako vývojovou poruchu, charakterizovanou nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulsivity. **Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emocionálních problémů.** Patří mezi tzv. spektrální poruchy, protože se u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti.

Moderní medicína umožňuje podrobně popsat fungování lidského mozku. Přesto nevysvětluje příčinu jevu, jako je ADHD, tak dostatečně, abychom lékařskými přístroji byli schopni tento syndrom diagnostikovat. **Při diagnostikování ADHD se proto opíráme především o klinický obraz**, tedy určité symptomy v chování dítěte. Základními příznaky jsou poruchy pozornosti, poruchy aktivity, impulsivita a poruchy koordinace.

Velká většina dětí s ADHD trpí vývojovými poruchami řeči, krátkodobé paměti, dále sem velice často přistupují poruchy osobnosti, poruchy spánku. Zvláštní kapitolu tvoří specifické poruchy učení. Odborníci zdůrazňují, že na rozdíl od velmi rozšířeného názoru, že ADHD vždy znamená i specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie), jde ve skutečnosti o poruchy na sobě nezávislé, diagnosticky rozdílné. ADHD a specifické poruchy učení se však mohou a často se vyskytují společně a vzájemně se ovlivňují.

Příčiny vzniku ADHD

Porucha ADHD není způsobena špatnou, nevhodnou nebo zanedbávající výchovou. V pozadí vzniku symptomů ADHD stojí mnoho biologických mechanismů. V přesném identifikování příčin a v nalezení nezpochybnitelné kauzální souvislosti mezi diagnózou ADHD a nějakou anatomickou či fyziologickou zvláštností odborníci dodnes zcela úspěšní nejsou. Spojení mezi některými faktory a ADHD se však prokázaly.

Často se kombinuje více příčin. Jeden činitel, např. matčino onemocnění v průběhu těhotenství, vytvoří vhodné prostředí pro to, aby mohl zapůsobit další negativní faktor, např. předčasný porod. Ten poté připraví cestu k rozvoji budoucího syndromu ADHD.

Svým chováním děti s ADHD působí, jako by byly mladší, než ve skutečnosti jsou. Došlo se tak k názoru, že se jedná o vývojové opoždění. U dětí s ADHD jde o "jakousi slabost nervového systému, který také pomaleji a nevyrovnaně zraje. Dítě třeba intelektově normálně nebo i nadprůměrně vyspělé jako by mělo nervový systém třeba o polovinu věku mladší." (Matějček, Langmeier)

Za příčinu syndromu ADHD jsou nejčastěji uváděny abnormální okolnosti v prenatálním období a v období porodu. Tedy v době nejranějšího vývoje mozku. Jakýkoli problém v prenatálním nebo perinatálním období zvyšuje zranitelnost mozku. Mozkové struktury jsou obzvlášť citlivé na nedostatečné zásobování kyslíkem v průběhu porodu.

Příznaky ADHD - hyperaktivita, agresivita, poruchy nálady mohou být také důsledkem životního stylu matky v době těhotenství - užívání psychofarmak, alkoholu, nikotinu, kofeinu, drog. Pokud je možné hledat příčinu dnes tak častých vývojových poruch zde, tak se dá trochu cynicky shrnout pod pojem moderní civilizace.

Předpokládá se, že jde o poruchu dědičnou. Projeví se častěji u chlapců, dívky se stávají spíše nositelkami genetického materiálu. Studie dvojčat např. doložila, že má-li jedno z dvouvaječných dvojčat ADHD, je asi 19% pravděpodobnost výskytu této poruchy i u druhého dvojčete. Je-li však ADHD postiženo jednovaječné dvojče, je výskyt poruchy u druhého dvojčete téměř stoprocentní. Nejnovější studie odhalily, že větší riziko dědičnosti poruch pozornosti a hyperaktivity je v mužské linii, např. po dědečcích a strýcích.

Syndrom poruchy pozornosti má dynamický ráz. Klinický obraz se v jednotlivých vývojových etapách proměňuje. Obtíže syndromu však ovlivňují život dítěte od samého počátku.

V kojeneckém věku jsou nesnáze koncentrovány do oblasti základních fyziologických potřeb. Děti mají problémy se spánkem - špatně usínají, v noci se často budí. Je narušen i vztah k příjmu potravy - kojeneček nechce sát, špatně přibývá na hmotnosti. Je velice dráždivý, snadno se rozpláče a jeho křik a pláč jsou těžko k utišení.

Konfliktní prostředí

Dítě s ADHD si tedy již **od okamžiku narození přináší do své sociální situace potíže, kterými si bez své viny a neuvědoměle vytváří konfliktní prostředí.** Děti s ADHD bývají neklidné, plačtivé, dráždivé, zlostné, mají přepjaté reakce, jejich stav se rychle mění, vyžadují zvýšenou péči.

Problematický vývoj

Další těžkosti způsobují vývojové problémy jednotlivých schopností. Přibližně u 60 % dětí s ADHD **dochází k poruchám raného vývoje řeči**, schopnost vyjadřování se rozvíjí opožděně, pomaleji a s obtížemi. Tyto děti většinou rozumí tomu, co v rodině slyší. Mají ale potíže jak s tvořením slov (komolí), tak s tvořením i dvou či tříslavných vět.

Motorický vývoj může být také opožděný, v důsledku čehož si dítě nedokáže samo obstarat podněty, které by ho zabavily nebo jde naopak rychle kupředu, a to zejména při výrazném syndromu hyperaktivity. Dítě se začne pohybovat po bytě jako blesk a rodiče mají plné ruce práce, aby ho uhlídali.

U dítěte s ADHD se objevuje intenzivnější vzdor, často spojený se záchvaty vzteku. **Dítě se těžko podřizuje řádu, nerado poslouchá.** Přitom však projevuje zvýšenou vázanost na dospělé a vyžaduje jejich pozornost a péči. Je nutné zdůraznit velký vliv sociálních činitelů na nepříznivé biologické činitele. Ve studii o nechtěných dětech s LMD, které měly výrazně vyšší ukazatele maladaptace než děti s LMD z rodin, kde byly přinejmenším neutrálně přijímány, bylo dokázáno, že "organická porucha dítěte, byť jakéhokoli druhu, je vždy v interakci s postoji rodičů vytvářenými před jeho narozením a dotvářenými během soužití s ním." (Matějček, Langmeier)

Symptomy ADHD

Poruchy pozornosti

Pozornost je psychická funkce, jejímž úkolem je vybírat z množství podnětů dopadajících na organismus ty, které jsou z jeho hlediska důležité. Pracuje na základě regulace podráždění a útlumu. Jednak zesiluje významné podněty, zvyšuje schopnost je vnímat, orientuje na ně duševní aktivitu, jednak tlumí vnímání podnětů nedůležitých. Porucha pozornosti je klíčovým symptomem ADHD. Rozděluje se na dvě formy:

1. dítě je přecitlivělé na podněty, je neschopné oddělit se od rušivých vlivů okolí,
2. dítě je neschopné zaměřit a udržet pozornost, soustředit se.

Většina dětí s diagnózou ADHD trpí oběma typy poruchy pozornosti, může se však vyskytovat i pouze jedna z těchto forem.

Přecitlivělost na podněty

Přecitlivělost na podněty, neschopnost utlumit vedlejší vlivy, neschopnost výběrově zaměřit pozornost na podstatné podněty a znaky způsobuje, že **dítě věnuje nadměrnou, generalizovanou pozornost všem podnětům bez rozdílu**. Vzniká tak nesoustředěnost a roztržitost, způsobená nikoli nedostatkem, ale nadbytkem soustředění. "Tyto děti jsou vždy vydány napospas všem podnětům, které k nim přicházejí, jsou, dalo by se říci, jejich otroky. Jejich pozornost je tu vlastně vynucená, jsou vůči podnětům bezbranné, na nich zcela závislé." (Černá)

Udržení pozornosti

Neschopnost zaměřit a hlavně udržet pozornost je způsobena zvýšenou unavitelností CNS, která se projevuje právě zvýšenou unavitelností pozornosti. Pozornost dětí s ADHD se při zaměřené činnosti rychle unaví a upadá. To je nesoustředěnost v pravém smyslu tohoto slova. Dalším jevem spojeným s pozorností je její kolísání. **Děti s ADHD mají díky tomu velké výkyvy ve výkonech, a to bez zjevné příčiny. Tuto obtíž není možné překonat zvýšeným tlakem.** Je nutné dítěti poskytnout možnost odpočinku, aby mohlo pracovat kratší dobu několikrát po sobě.

V souvislosti s pozorností existuje také jev **perseverace - ulpívání**. Dítě nedokáže reagovat dostatečně pružně a pohotově na nutnost přesunout pozornost na něco jiného.

Poruchy aktivity

Špatné fungování procesů podráždění a útlumu v rámci celkové aktivity organismu je typickým příznakem ADHD. Podráždění a útlum jsou dvě složky jednoho neurologického procesu. Vývojově prvotní dráždivost se posléze tlumí zráním mozku a rozvojem myšlení a řeči. U dětí s ADHD je toto zrání útlumových procesů opožděno. Dochází tak k nerovnováze. Převaha je častěji na straně podráždění, může to ale být i naopak. Rozlišují se tedy dvě formy poruchy aktivity:

- hyperaktivní typ, který se projevuje u většiny dětí s ADHD,
- hypoaktivní neboli cerebrastenický typ, který znamená snížený stupeň aktivity.

Hyperaktivita se projevuje nadbytkem motorické aktivity, zvýšenou pohyblivostí a živostí. **Aktivita přesahuje míru přijatelnou pro věk dítěte.** Hyperaktivní dítě se vyznačuje velkým množstvím energie, vysokou živostí, neposedností, třepe rukama nebo nohama, vrtí se na židli. Pohyby jsou značně neuspořádané, nemotorné, přestřelující, chaotické, neúčelné. Nápadným znakem je neustálý pohyb rukou - dítě má potřebu neustále na něco sahat a pohrávat si s tím.

Hypoaktivita je naopak snížení úrovně aktivity hluboko pod běžnou a přiměřenou mez. V dynamice vztahů mezi podrážděním a útlumem zde výrazně převažuje složka útlumová. Dítě je nápadně apatické, ponořené do myšlenek a snění, neprojevuje zájem o pohyb, sport, hry.

Impulzivita

Impulzivita se pojí s hyperaktivitou. Problém je opět v tom, že **útlumové mechanismy jsou nedostatečné**. Navenek se dítě jeví jako neschopné sebekontroly. Impulzivita znamená, že dítě reaguje na přicházející podněty zcela bezprostředně, překotně a zbrkle. **Jedná ukvapeně, nedomyšlí možná rizika či důsledky, reaguje prudce a nepřiměřeně.** Charakteristické pro impulzivní dítě také je, že žije zcela přítomností, všechno chce mít hned, nedokáže čekat, vlastně ho to vůbec nenapadne.

Hyperaktivita a impulzivita u dítěte je nejen velice náročná pro rodiče a každého, kdo má dítě na starosti, ale hlavně dostává dítě do skutečně nebezpečných situací. Dítě se bez přemýšlení a bez jakéhokoliv zohlednění rizika vrhá do čehokoli, co ho napadne (přeběhne silnici, skočí z výšky atd.).

Poruchy spánku

Poruchy spánku nejsou hlavním příznakem ADHD, mnohé hyperaktivní děti spí zdravě a tvrdě. Potíže se spaním u dětí s ADHD se přesto často vyskytují, jedná se ale hlavně o potíže s usínáním, o probouzení se v průběhu noci, o výskyt nočních děsů.

Poruchy pohybové koordinace

Poruchy senzomotorických funkcí jsou příznačným projevem ADHD. Musí se však jednat o **komplex** takových obtíží, nikoli o zaostání nebo nerozvinutí v jedné oblasti. Čím více funkcí je postiženo, tím pravděpodobnější je porucha ve smyslu ADHD. **Motorické poruchy jsou pro děti s ADHD typické**, jeden z dříve užívaných názvů pro tyto děti byl dokonce syndrom nemotorného dítěte. Lze je třídit:

- Poruchy jemné motoriky - dítě má problémy s pohyby svalů ruky, dělá mu problémy psaní, zapínání knoflíků, zavazování tkaniček. Příčinou může být také omezená schopnost některých úkonů, ke kterým je potřeba opozice palce. Nedokonalá opozice způsobuje potíže při manipulaci s předměty.
- Poruchy hrubé motoriky, které se projevují jako neobratnost při chůzi, běhání, jízdě na kole a dalších pohybových aktivitách. Jedná se o narušení harmoničnosti a koordinace pohybů, vážne také vytváření automatických pohybů.
- Snížená schopnost cílených pohybů, kdy zvýšené motorické napětí neumožňuje relaxaci svalstva a pohyby jsou pak křečovité, nepřirozené a nepřesné. (Němčík, Němčíková in Černá)

Inteligence a myšlení

Je nutné zdůraznit, že **ADHD a inteligence jsou dvě naprosto odlišné věci**. Dítě s diagnózou ADHD je často intelektově normálně nebo i nadprůměrně vyspělé. Při vyšetření testem IQ, který se skládá z okruhů zaměřených na různé aspekty, má dítě s ADHD často velké rozpětí mezi jednotlivými hodnotami, od podprůměrných k vynikajícím výsledkům. Vyplývá to přímo ze základních charakteristik této poruchy - nejhorší výsledky jsou v testech zaměřených na soustředění a krátkodobou paměť.

U syndromu ADHD nejde tedy v souvislosti s inteligencí a myšlením o snížení rozumových schopností, ale jde o drobné zvláštnosti a nápadnosti v některých jejich vlastnostech a ve způsobech jejich uplatnění. U dětí s ADHD je zvýšené riziko výskytu specifických poruch učení. Většina dětí s ADHD trpí poruchami čtení a psaní, potíže s matematikou nejsou tak časté.

Poruchy osobnosti

Děti s ADHD mohou mít určité specifické typy chování, kterými jsou:

- **Nepružnost** - znamená chronickou neochotu změnit jednou přijaté stanovisko, neochotu přizpůsobit se situaci.
- **Vztahovačnost** - dítě je precitlivělé na každou negativní poznámku či reakci okolí, má sklon obviňovat druhé z úmyslu ublížit mu.
- **Rychlá proměnlivost nálady** - citové reakce jsou nepředvídatelné, nálada se rychle střídá. Dítě se chová jako dítě mladší. Snadno se vzteká, je zvýšeně pohotové k agresi a negativistickým reakcím.
- **Nesnášenlivost** - chronická agrese vůči ostatním lidem, destruktivní chování, lhaní.
- **Neschopnost podřídit se** autoritě a obecně uznávaným pravidlům je možné také nazvat opozičním chováním. Děti se rozčilují, hádají se s dospělými, jsou schválně protivné.
- **Špatné sebepřijetí, nedostatek sebeúcty** - děti mají potíže uvědomit si svou hodnotu ve vztahu k okolnímu světu. Necítí se příliš dobře mezi více lidmi, mají nepříjemné pocity, prožívají rozpaky. Zhoršení sebepřijetí a sebeúcty je více než pochopitelné, když si uvědomíme, jak se dítě díky všem projevům, které se s ADHD spojují, nutně dostává do nepříjemných, frustrujících situací.
- **Deprese** - u 33 % dětí s ADHD se vyskytují klinicky definovatelné deprese: špatná nálada, plačtivost, sociální izolace, změněné spánkové návyky, nechutenství, ztráta zájmu, někdy i myšlenky na sebevraždu.
- **Úzkost** - u 30 % dětí s ADHD se vyskytují úzkostné poruchy: úzkosti, somatické symptomy jako např. bolení břicha, zvracení, bolesti hlavy, strach z odloučení od rodičů, obsedantní chování.

Nepříznivé vlivy

Vývoj ADHD je nesmírně závislý na psychosociálních vlivech. Prvotní poškození nebo oslabení centrální nervové soustavy je jen začátkem. Konečnou podobu poruchy vytváří právě sociální a emocionální prostředí. Všechny nepříznivé psychologické a sociální okolnosti snižují schopnost

dítě vyrovnat se s následky oslabení CNS. Při přibližně stejné míře postižení mozkovou dysfunkcí se budou symptomy ADHD mnohem více projevovat u dítěte, které má nepříznivé rodinné a společenské zázemí.

Dítě se harmonicky rozvíjí, jestliže jsou dostatečně a trvale uspokojovány jeho základní životní potřeby fyzické i psychické. Psychické potřeby lze třídit do pěti skupin: potřeba přiměřeného přívodu podnětů, potřeba smysluplného života, potřeba osobní závislosti a citového připoutání, potřeba vlastní identity, nezávislosti a společenského uplatnění, potřeba otevřené budoucnosti.

Konfrontujeme-li symptomy ADHD s výše uvedenými potřebami, je jasné, že problémy mohou vznikat velice snadno. Porucha pozornosti téměř vylučuje, aby se dítěti dostávalo přiměřeného přívodu podnětů. Dítě je podněty spíše zavalováno, každý podnět, ať je jakkoli bezvýznamný a okrajový, na sebe dokáže strhnout jeho pozornost. S tvorbou obrazu smysluplného světa může mít dítě potíže. Jednak díky výše zmíněnému přehlcení podněty, jednak díky opoždění raného psychomotorického vývoje. Toto opoždění vede k tomu, že kojeneček a batole nejsou schopni sami v dostatečné míře svět prozkoumávat.

Děti s poruchou ADHD mají často velmi silnou potřebu připoutat se k jedné osobě, zejména k matce. Mají potřebu být na ní zcela závislé. Protože se však dítě již od narození projevuje různými zvláštnostmi, může dojít k tomu, že ho matka nepřijímá snadno. Může se stát, že jeho chování u ní nevyvolává pocity něhy a lásky, ale nejistotu, úzkost, třeba i odvržení. Budování vlastní identity, nezávislosti a vědomí vlastního uplatnění je u těchto dětí zcela logicky podkopáváno novými a novými zážitky selhání, zklamání, pocitů nedostatečnosti a prohry. Proto i splnění páté jmenované potřeby, nadějného pohledu do otevřené budoucnosti, není pro děti s ADHD snadné.

Dětský pacient a přístup k němu v době hospitalizace

Je potřeba se vyzbrojit velkou trpělivostí. Je nutný laskavý, tolerantní a současně do určité míry i důsledný přístup. Dítě se musí naučit uvědomovat si důsledky svého impulzivního či agresivního chování. Práce s dítětem se tedy odehrává v rámci odměn za dobré chování.

Musíme dítěti co nejvýstižněji a nejpodrobněji popsat chování, které od něho očekáváme. Dítě musí pochopit, jaké chování je přijatelné a jaké ne, musíme ho komentovat zcela jasně. V případě správného chování pochválit a odměnit. Dítě tak získá příjemnou zkušenost, může začít věřit, že je schopné problémy zvládnout. Pochvalu si zaslouží i snaha, třebaže nevedla ke stoprocentnímu úspěchu. Do rozumné míry je nutné nereagovat na nežádoucí chování. Připomínání problémů a kritika by mohly vést ke ztrátě chuti a odvahy se snažit.

Dítě s projevy ADHD je nutné přijmout takové, jaké je. Pochopíme-li jeho situaci, můžeme přizpůsobovat vnější prostředí jeho potřebám. Mnohé problémové situace lze předvídat a tedy jim i předcházet. Dítě by nemělo být vystavováno situacím, ve kterých pravděpodobně neuspěje nebo ve kterých je pravděpodobný výskyt nežádoucího chování.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com//modules.php?name=News&file=article&sid=67>

Co přináší nový zákon o sociálních službách

Bc. Jan Sembdner, ředitel Centra sociálních služeb Praha – Jižní Město

Souhrn

Poslanecká sněmovna PČR schválila nový zákon o sociálních službách, který jí s pozměňovacími návrhy vrátil Senát. Tato schválená právní norma bude účinná od 1. ledna 2007 a přinese významné změny. Zákon již vyšel v částce č. 37 Sbírky zákonů ČR a to dne 31.3.2006 pod číslem 108/2006 Sb.

Poslanecká sněmovna PČR schválila nový zákon o sociálních službách, který jí s pozměňovacími návrhy vrátil Senát. Tato schválená právní norma bude účinná od 1. ledna 2007 a přinese významné změny. Zákon již vyšel v částce č. 37 Sbírky zákonů ČR a to dne 31.3.2006 pod číslem 108/2006 Sb.

Klíčová slova

sociální služby – sociální situace – zákon – příspěvky na péči

Co jsou sociální služby

Sociální služby jsou aktivity, které v průběhu svého života může potřebovat každý člověk, pokud se dostane do nepříznivé životní či sociální situace. Jestliže taková situace nastane, jistě bychom si přáli, aby nám byly zajištěny tyto aktivity na odborné úrovni, důstojně a v příjemném prostředí.

Umocněný význam získávají tyto aspekty v případě, kdy jsou sociální služby spojené s ubytováním, nebo trvalým či přechodným bydlením člověka, který se tak stává závislým buď zčásti nebo zcela na poskytovateli služeb, a to ve většině oblastí svého života. V kterékoli fázi poskytování sociálních služeb je však nutné vycházet z přesvědčení o jedinečnosti, hodnotě, vrozené důstojnosti, práv na sebeurčení a lidských práv každého uživatele sociálních služeb.

Platnost starého zákona končí

Hlavním důvodem k vypracování nové právní normy byla potřeba změnit systém sociálních služeb, který funguje na základě nevyhovující právní úpravy z konce osmdesátých let minulého století a z hlediska požadavků dnešní doby byl překonán. Nejenže nebral v potaz výrazné společenské změny, ale také dostatečně nezohledňoval proces sociálního začleňování jako základní myšlenku moderní sociální politiky. Sociální služby jsou určeny lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci.

Většinou se jedná o následky nepříznivého zdravotního stavu, krizové sociální situace, vysokého věku, životních návyků nebo způsobu života, který vede ke konfliktu se společností, nebo o následky života v sociálně znevýhodňujícím prostředí. Aby se tito lidé mohli začlenit do běžného života, potřebují obvykle pomoc druhé osoby.

Sociální služby v České republice využívá v současné době téměř půl milionu osob, přičemž by asi 100 tisíc z nich bylo bez této možnosti vážně ohroženo na zdraví a životě. Poskytovatelé sociálních služeb jsou navíc významnými zaměstnavateli. V sociálních službách pracuje téměř 70 tisíc lidí.

Základním cílem nové právní normy je zajistit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, pomoc a podporu prostřednictvím nabídky široké nabídky sociálních služeb, stanovit pravidla pro jejich poskytování a v neposlední řadě zavést příspěvek na péči. Ten je určen lidem, kteří potřebují z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pomoc jiné osoby. Lidé budou moci volit způsob zajištění pomoci a podpory.

Cíl nové právní úpravy

Cílem je, aby byla dostupná taková nabídka sociálních služeb, která jim umožní žít v jejich přirozeném prostředí. Nový zákon zaručí každému nárok na poskytnutí sociálního poradenství a nárok na posouzení jeho nepříznivé sociální situace. Samotné poskytnutí sociální služby je založeno

na smluvním principu, což staví člověka v nepříznivé sociální situaci do aktivní role – jeho objektivizované potřeby a projev vůle by měly být určující pro zvolení formy pomoci.

Nová právní úprava pamatuje i na to, aby hodnocení potřeb žadatelů bylo objektivní. Příslušný orgán, tj. úřad práce, určí na základě sociálního a lékařského posouzení tzv. stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. Podle tohoto stupně přizná žadateli příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností odpovídající výši příspěvku na péči.

Příspěvky na péči namísto zvýšení důchodu pro bezmocnost

Příspěvek na péči nahradí dosavadní zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, což bude znamenat zjednodušení systému. Navíc bude jeho hodnota až trojnásobně vyšší. Nová právní úprava počítá se čtyřmi stupni jeho výše, a to od 2 000 Kč (pro osoby mladší 18 let věku od 3 000 Kč) pro osoby, které vyžadují částečnou pomoc, až po 11 000 Kč pro lidi, kteří jsou na pomoc jiné osoby zcela odkázáni. Podle odhadů Ministerstva práce a sociálních věcí by mělo příspěvek dostat až 180 tisíc žadatelů a celkový roční objem prostředků na jejich vyplácení by se měl pohybovat okolo osmi miliard korun. Zavedení příspěvku výrazně napomůže rodinám, které pečují o své rodinné příslušníky.

Z hlediska poskytovatelů sociálních služeb je nejdůležitější změnou zavedení povinnosti registrovat se. V opačném případě nebudou moci poskytovat sociální služby. S povinnou registrací je nezbytné zavést efektivní kontrolní mechanismy. Kontrolu poskytování sociálních služeb bude zabezpečovat inspekce sociálních služeb, a to především z hlediska kvality. Registraci a inspekci budou provádět krajské úřady a MPSV. Aby bylo možné hodnotit kvalitu poskytování sociálních služeb, zavádí nová právní úprava jako měřítko hodnocení - tzv. Standardy kvality.

Obce a kraje budou mít nezastupitelnou roli

V oblasti zajištění dostupnosti sociálních služeb budou hrát rozhodující úlohu obce a kraje. Zákon zavádí povinnost obcí a krajů podporovat potřebnou síť sociálních služeb na svém území. Charakter a rozsah této sítě bude regulován v procesu plánování sociálních služeb v jednotlivých obcích a krajích, do kterého musí být zapojeni také zástupci poskytovatelů sociálních služeb a osob, které tyto služby využívají – proces komunitního plánování.

Finanční zajištění poskytovaných sociálních služeb bude stát podporovat formou dotací. Podle MPSV bude na zajištění systému sociálních služeb včetně příspěvku na péči potřeba 13 až 14 miliard Kč ročně. Celkové náklady na realizaci systému pak dosahují až 22 miliard Kč ročně (úhrady uživatelů služeb cca 4 mld. Kč a výdaje obcí a krajů z vlastních prostředků cca 4 mld. Kč).

[\(sembdner@centrum.cz\)](mailto:sembdner@centrum.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=68>

Vliv formaldehydu na zdraví

Eva Rubešová, Dermatovenerologická klinika FN Plzeň

Souhrn

Formaldehyd je látka, která se používá v různých odvětvích průmyslu – oděvním, průmyslovém, kosmetickém, chemickém, ale např. i ve zdravotních pomůckách (brýle). Látky odštěpující formaldehyd používané jako kosmetické konzervanty a konzervanty technických výrobků se často skrývají za obchodními názvy nebo synonymy. Přecitlivělost na formaldehyd se zjišťuje epikutánními testy na dermatologických pracovištích zdravotnických zařízení.

Klíčová slova

formaldehyd – dermatitis – epikutánní testy - senzibilizátor

Formaldehyd je ubikvitěmí a silný senzibilizátor v průmyslu, v domácnosti a ve zdravotnictví. Jeho synonyma jsou formalín, oxymethan, oxymethylene, methanal). Expozici formaldehydu je obtížné odhadnout, protože chemikálie je součástí širokého spektra výrobků a sloučenin, včetně látek uvolňujících formaldehyd, polymerizovaných plastů, kovoobráběcích kapalin, léků, tkanin, kosmetických přípravků a detergentů; formaldehyd mohou obsahovat také šampony na vlasy. Ale jelikož jsou rychle zředěny a smyty, kontaktní dermatitida ve kšticí a v obličeji se vyvine jen u obzvláště přecitlivělých jedinců. Avšak u kadeřníků může vzniknout dermatitida na ruku z důvodu intenzivnější expozice těmto výrobkům. Formaldehydová dermatitida z textilu je dnes vzácná, protože výrobci zlepšili finální ošetření tkanin a omezili množství zbytků formaldehydu v nových oděvech. Formaldehyd se z textilu uvolňuje hlavně při tepelném ošetřování (žehlení). Oděvy vyrobené ze 100% acrylu, polyesteru, lnu, hedvábí, nylonu a bavlny jsou všeobecně pokládány za oděvy, které jej neobsahují.

Přecitlivělost na formaldehyd není nezbytně provázána současnou přecitlivělostí na formaldehydové pryskyřice a na látky odštěpující formaldehyd a naopak. Ta závisí na podmínkách expozice a aktuálním uvolnění formaldehydu. Pozitivita na formaldehyd v epikutánních testech u pacientů s ekzémem je okolo 3-5%. Často se objevuje nevysvětlitelná pozitivní reakce epikutánního testu i bez klinického nálezu. U některých žen s alergií na formaldehyd mohou být příčinou ekzému rukou skryté zdroje formaldehydu v domácnosti.

Látky odštěpující formaldehyd používané jako kosmetické konzervanty a konzervanty technických výrobků se často skrývají za obchodními názvy nebo synonymy (Bakzid P, Bioxide DS 5249, Bronopol, Dantoin MDMH, DMDM hydantoin, Dowicil 200, Germall 115, Germal II, Grotan BK, Hexamethylenetetramine, methenamine, KM 103, Paraformaldehyde, Parmeíol K50, Polynoxylin, Preventol D1, Preventoi D2, Preventol D3), a proto u pacientů s alergií na formaldehyd je nutné pečlivě přečtení složení výrobku, který chtějí používat.

Formaldehyd je výchozí produkt při výrobě plastických hmot a pryskyřic, především fenolformaldehydových, močovinoformaldehydových a melaminformaldehydových (Umacoly, Umakarty, tmely, bakelity, novolaky, rezoly, izolační pěny, pojidla. To znamená, že jsou obsaženy ve výrobcích jako jsou obroučky brýlí, elektrosoučástky, telefonní sluchátka, rukojeti nářadí. Dále může být obsažen v dezinfekčních prostředcích, a to jak v lékařství (masti, kloktadla, krční pastilky a přípravcích s taninem), tak i v technice, např. v lepidlech, řezných, vrtacích a chladicích kapalinách.

Formaldehyd obsahuje také suchý líh, ustalovače ve fotografii, čisticí prostředky v koželužství, prostředky k ochraně rostlin a ničení škůdců. Je často používanou látkou v laboratorní a chemické praxi k nejrůznějším účelům jako fixační a konzervační tekutina, v zoologii, botanice a lékařství.

Použité zdroje

Rycroft, R. Frosch, Benezra - Textbook of Contact Dermatitis Berlin, Heidelberg: 1992.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com//modules.php?name=News&file=article&sid=69>

Kardiochirurgie v Plzni

Jaroslava Nováková Bc., Kardiochirurgické oddělení FN Plzeň

Martin Staszko, Kardiochirurgické oddělení FN Plzeň

Souhrn

Obsahem sdělení je seznámit nejenom zdravotnickou veřejnost s aktivitami kardiochirurgického oddělení ve FN Plzeň. Kromě vlastního provozu a statistik zmiňujeme práci perfuzionistů. Článek je také doplněn rozhovorem s jedním z perfuzionistů a několika snímky z operačních sálů.

Klíčová slova

Aortokoronární bypass – mimotělní oběh - perfuziolog

Kardiochirurgické oddělení FN Plzeň je v provozu od 1.1.2002, první dva pacienti byli operováni 7. ledna 2002, byli to muži, jejich průměrný věk byl 62 let, oběma byla provedena revaskularizace srdce.

Tomu, aby mohla plzeňská kardiochirurgie pracovat, předcházela spousta úsilí. Kromě nezbytného materiálního vybavení bylo třeba zajistit zdravotnický tým, který by o nemocné pečoval. Sestry a lékaři se účastnili stáží na jiných kardiochirurgických pracovištích. Těch se však nemohli účastnit všichni, pak tedy následovaly odborné semináře a nezbytné samostudium. V současné době čítá náš mladý kolektiv 17 lékařů a 80 nelékařských zdravotnických pracovníků.

Kromě řad personálu se rozšířilo spektrum výkonů. K aortokoronárním bypassům se přidaly plastiky a náhrady mitrální, aortální a trikuspidální chlopně, MAZE (chirurgické odstranění fibrilace síní) prováděný kryo a radiofrekvenčně, výkony na ascendentní aortě včetně oblouku, exstirpace myxomů, řešení disekcí.

Ani našemu oddělení se nevyhýbá vývoj, nejnověji jsou prováděny výkony endoskopické a miniinvasivní s využitím nových žilních štěpů k revaskularizaci. Tomu opět předcházelo jednak doplnění vhodného přístrojového vybavení a nutné zaškolení personálu, včetně zahraničních stáží.

Za zmínku stojí i statistika. V tabulce 1 jsou uvedeny počty jednotlivých výkonů.

Tab. 1 Provedené výkony

rok	2002	2003	2004	2005	celkem
Operace celkem	809	845	943	943	3540
Operace srdce	736	667	726	706	2835
Elektivní výkon	503 (68%)	534 (80%)	563 (77%)	545 (77%)	2145
Akutní výkon	165 (22%)	50 (7,5%)	64 (9%)	95 (13%)	374
Emerg. výkon	68 (10%)	83 (12,5%)	99 (14%)	66 (10%)	316
Bypass	533 (72%)	486 (73%)	472 (65%)	446 (63%)	1937
Kombin. výkon	115 (15%)	132 (20%)	190 (26%)	180 (26%)	627
AVR	63	61	87	112	323
MVR	56	42	46	34	178
MVP	69	57	97	93	316
TVP	17	12	38	66	133
MAZE	0 (0%)	23 (3,4%)	65 (9%)	61 (8,6%)	149
Tepny	29 (5,4%)	42 (8,6%)	94 (20%)	70 (15%)	235
OPCABG	127 (23%)	77 (16%)	69 (15%)	63 (14%)	336

Legenda k Tab. 1

Operace celkem - číslo, které uvádí celkový počet operací

Operace srdce - číslo, které uvádí pouze operace srdce, bypass

Elektivní výkon – plánovaný

Akutní výkon – pacient je operován z lůžka, po diagnostice není již zpravidla propuštěn

Emergentní výkon – po diagnostice následuje ihned operace, zpravidla v řádu několika hodin

bypass – proveden pouze bypass

Kombinovaný výkon – bypass a chlopně, dvě či více chlopní

MVR – výměna mitrální chlopně (mitral valve replacement)

MVP – plastika mitrální chlopně (mitral valvuloplasty)

TVP - plastika trikuspidální chlopně (tricuspidal valvuloplasty)

AVR – výměna aortální chlopně (aorta valve replacement)

MAZE – chirurgická léčba fibrilace síní

Tepenná revaskularizace – využití tepenných štěpů, mají delší životnost, ale lze je využít jen u části nemocných

OPCABG – operace bez využití mimotělního oběhu (off pump coronary artery bypass)

Na našem pracovišti jsou operováni nemocní Plzeňského kraje, Karlovarského kraje, nejsou výjimkou ani nemocní z jiných částí republiky či cizinci, kteří v době potíží pobývají v blízkosti Plzně. Vzhledem k tomu, že se věková hranice našich pacientů posouvá směrem dolů a také nahoru je velmi důležitá i následná péče o ně, tedy komunikace s okresními nemocnicemi, praktickými lékaři a kardiology.

Nezbytným předpokladem pro naši úspěšnou léčbu je schopnost pracovat v multidisciplinárním týmu, tj. s odborníky z úzce souvisejících oborů jako je kardiologie či anesteziologie. Bez jejich pomoci si péči o naše nemocné již nedokážeme představit.

Organizace práce musí být smysluplně nastavena. Oddělení jako takové tvoří několik částí - standardní lůžkové oddělení, jehož součástí jsou dva tzv. intermediální pokoje, ambulance, pooperační oddělení a dva kardiochirurgické sály.

Standardní oddělení má 24 lůžek, z toho 6 intenzivních (intermediárních). Sestry pracují ve skupinách po čtyřech, v každé skupině je vedoucí sestra, 2 sestry pečují o intermediární nemocné, tedy každá o tři pacienty, 2 sestry o nemocné na standardních lůžkách, každá tedy o skupinu devíti nemocných. V každé skupině pracují dvě sanitárky.

Na ambulanci pracuje jedna sestra, ta se stará o ambulantní nemocné, kteří přicházejí na kontrolu s odstupem měsíce od operace a také o nemocné, kteří sem přicházejí, pokud mají problémy související s provedenou operací. Nejčastěji se jedná o hojení ran, pleurální výpotky a poruchy rytmu.

Na pooperační jednotce je 10 lůžek, z toho dvě na izolaci. I zde pracují sestry ve skupinách, v každé skupině je opět vedoucí sestra. Snahou je, aby o jednoho nemocného pečovala jedna sestra. I na pooperační jednotce je součástí týmu pomocný personál. Na operačních sálech jsou pak sestry anesteziologické, instrumentářky a perfuziologové.

Vzhledem k tomu, že práce perfuzionisty je velmi specifická, budeme věnovat více řádek využití mimotělního oběhu.

V roce 2003 v květnu uplynulo 50 let od první úspěšné operace srdce, při které byl v USA použit mimotělní oběh (MO). Jen s malým časovým odstupem byly úspěšně provedeny první operace srdce v mimotělním oběhu i v bývalém Československu. V průběhu následujících padesáti let se potom operace srdce s použitím mimotělního oběhu staly zcela běžnými výkony a v současnosti se jich na celém světě ročně uskuteční kolem 700 000.

Souběžně s rozvojem oboru kardiologie se vyvíjela i zcela nová specializace současné medicíny – klinický perfuzionista – perfuziolog. Je to specialista, který během srdeční operace obsluhuje přístroj pro mimotělní oběh.

Zpočátku byl navíc způsob vedení mimotělního oběhu některými kardiology považován za celkem nepodstatnou součást srdeční operace, během které stačí, aby perfuzionista udržoval co nejvyšší arteriální a co nejnižší žilní tlak. Poměrně záhy se ale ukázalo, že způsob a kvalita vedení mimotělního oběhu výsledek kardiologického výkonu významně ovlivňují. Praxe navíc ukázala, že vedení mimotělního oběhu je poměrně složitá činnost, která vyžaduje nejen dokonalou znalost ovládání technického zařízení, ale že je k této práci zároveň nezbytná i znalost základů celé řady lékařských i nelékařských oborů.

Na území současné České Republiky bylo až do roku 1991 v provozu 5 kardiologických pracovišť, které v té době uskutečňovaly dohromady kolem 1200 – 1500 operací v mimotělním oběhu. Při velmi malém počtu operací se vedením mimotělního oběhu zabývala jen malá skupina odborníků, převážně se středním zdravotnickým vzděláním, kteří se tuto profesi učili jeden od druhého. Po roce 1991 vznikají nová centra a počty kardiologických operací stoupají. V té době už je jasné, že je potřeba založit sdružení či organizaci, která by perfuzionisty sdružovala a současně by iniciovala vznik profese perfuzionisty v našem zdravotním systému. Koncem roku 1990 je založena a registrována jako občanské sdružení Česká společnost pro mimotělní oběh a podpůrné systémy krevního oběhu.

Perfuzionista během operace řídí mimotělní oběh, který zajišťuje nejdůležitější tělesné funkce po dobu zástavy srdce. Rozhoduje o úpravě vnitřního prostředí, provádí řízenou hemodiluci, hypotermii, pracuje s krevními deriváty, separátory krevních buněk, autotransfuzními systémy, aplikuje různé léky,

kteří bezprostředně ovlivňují krevní oběh. V některých případech provádí hemofiltraci nebo hemodialýzu. Obsluhuje i podpůrné systémy oběhu např. kontrapulzaci. Může se podílet na řízení podpůrné mimotělní membránové oxygenace a řízení podpůrného mimotělního oběhu při léčbě akcidentální hypotermie. Technika MO se v současnosti využívá i v jiných oborech. Perfuzionista proto musí ovládat základy celé řady oborů, anatomie, fyziologie a patofyziologie krevního oběhu, klinické biochemie, hematologie, farmakologie a dalších. Musí také detailně znát principy funkce jednotlivých součástí přístroje pro MO. Na základě svých znalostí a zkušeností musí umět včas předcházet komplikacím při řízení MO a rychle a správně reagovat v kritických okamžicích operace. Vedení MO vyžaduje i velkou manuální zručnost. V současné době postupuje vývoj i v oblasti vlastních MO, i zde se prosazuje miniinvasivní trend. Takže se perfuzionista seznamuje se stále novými přístroji. Během srdečních operací uskutečňovaných bez MO je trvale připraven v případě komplikací MO okamžitě napojit.

Perfuzionista je tedy nedílnou součástí kardiologického týmu!!

Martinovi se na práci perfuzionisty nejvíce líbí možnost postavit MO každému nemocnému „na míru“, nutnost u této práce stále přemýšlet a nic nepodcenit.

Martin je členem České společnosti pro mimotělní oběh a podpůrné systémy a bude se podílet na přípravě konference českých a slovenských perfuziologů s mezinárodní účastí, která se uskuteční v květnu tohoto roku v Darovanském dvoře u Plzně.

Nyní bych ráda představila svého kolegu Martina Staszka – perfuzionistu, který na kardiologickém oddělení v Plzni působí již od jeho vzniku.



Ve zdravotnictví se pohybuje od roku 1987. Účastnil se téměř 3500 operací. Martina fascinovalo srdce už na zdravotnické škole, nejprve pracoval na koronární a metabolické JIP nemocnice ve Vítkovicích, pak dostal nabídku pracovat na kardiologickém oddělení nemocnice v Ostravě jako perfuzionista, bral to jako výzvu, možnost se naučit něco nového právě o srdci. Zmínil se, že jeho nejzajímavějším zážitkem spojeným s použitím MO byla situace, kdy se spolu s dalšími lékaři našeho oddělení účastnil ohřívání nemocného, který byl nalezen velmi podchlazený na zamrzlém boveckém rybníku loni v zimě.



Práce na kardiologickém oddělení je velmi náročná a to po stránce fyzické i psychické. Na všechny zaměstnance jsou kladeny velké nároky co se týká vědomostí, zručnosti, určité technické dovednosti. Práce zde vyžaduje sestry akční, samostatné, pečlivé, zodpovědné, obětavé takové, které jsou tím nejlepším monitorem stavu nemocného, takové, které jsou schopné podpořit rodinné příslušníky v době, kdy stonání jejich blízké osoby není úplně ideální, sestry, které motivují nemocného ke spolupráci v péči o jeho zdravotní stav, sestry, které jsou si v týmu navzájem oporou a v neposlední řadě sestry, které jsou schopny to co umí a znají naučit ty kolegyně, které stojí teprve na začátku.

Použité zdroje

Lonský, V. Mimotělní oběh v klinické praxi. Praha : vydavatelství Grada 2004.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com//modules.php?name=News&file=article&sid=70>

Chudoba a podvýživa nejen ve světě, u nás, ale i v našich zdravotnických zařízeních

Věra Černošková, studentka II. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně

Souhrn

V našem článku jsme vycházeli z anglického článku Chudoba – Co může dělat sestra? od Judith A. Oulton z časopisu INR z roku 2003. Zaměřili jsme se především na oblast Afriky, kde je životní úroveň velmi různá. Největší rozdíly mezi zeměmi dělají ozbrojené konflikty a pandemie AIDS, které brání pokroku již skoro 50 let.

Klíčová slova

chudoba – bída – nezaměstnanost – podvýživa – problematika výživy v našich nemocnicích – AIDS

Globální chudoba

Po osvobození Afriky a Asie v 60. letech minulého století od ekonomické a politické nadvlády evropských zemí se čekalo, že tyto rozvojové země se budou díky levné pracovní síle a nerostnému bohatství rychle rozvíjet. Očekávalo se, že doženou svou úroveň jejich bývalé koloniální velmoci do několika desetiletí (Gomba, 2004).

„Vývoj však byl značně nerovnoměrný.“ Např. jihovýchodní Asii se podařil ekonomický růst velice rychle, ale v mnoha oblastech situace stagnuje. Největší rozdíly mezi zeměmi dělají ozbrojené konflikty a pandemie AIDS, které brání pokroku již skoro 50 let. Mezi nejchudší země světa patří Subsaharská Afrika (Gomba, 2004).

Vyspělé země se snaží těmto zemím pomoci, ale některé rozvojové pomoci jsou často podporou domácích firem. Jedním příkladem je i projekt 2KR, který měl zajistit zemědělská hnojiva pro vyčerpanou půdu. Později se ukázalo, že tyto japonská hnojiva jsou pro tuto půdu nepoužitelná a státy, které je dostaly darem, musely ještě zaplatit za jejich skladování a následné zničení (Gomba, 2004).

„Přestože jsou světové statistiky o globální chudobě notoricky známé, představit si skutečnou tvář chudoby je pro kohokoliv, kdo ji neprožil, velmi obtížné. Chudoba totiž znamená mnohem víc než nedostatek potravy. Chudoba je, když nemůžete usnout hladý. Chudoba je, když nemáte střechu nad hlavou. Chudoba je, když je vám zle, ale nemáte na doktora. Chudoba je, když si nemůžete přečíst jízdní řád, protože jste nechodili do školy. Chudoba je, když vám ubližují, ale vaše volání o pomoc nikdo neslyší. Chudoba je bezmocnost, bezcennost a nesvoboda. Muž z města Adaboya v Ghaně řekl: „Chudoba je jako horko: nevidíte ji. Můžete ji jenom cítit. Abyste pozorovali chudobu, musíte ji prožít. Jak říká jedno staré židovské přísloví, nejlepší pomocí je dát chudému možnost si vydělat.“ (Gomba, 2004)

A co chudoba u nás? Když se řekne slovo chudoba asi se nám všem vybaví bezdomovci. Je fakt, že jsou jedním z reprezentantů chudoby u nás. V roce 2001, kdy proběhlo sčítání lidí, žilo v nouzových obydlích 45 000 lidí. Podle odhadů je žen bezdomovkyň 10 – 15%. Co se týče informací z EU z téhož roku na pokraji chudoby se ocitlo 15% populace (více než 55 mil.). Další skupinou ohroženou chudobou jsou sociálně slabí, nezaměstnaní, svobodné matky a senioři (po úmrtí svého partnera). „Počet nezaměstnaných celosvětově stoupá. Na konci roku 2002 jich bylo zaregistrováno 180 miliónů.“ Roční příjem 73,9 tisíc Kč je hranice ohrožení chudobou. U nás je s tímto příjmem 8% lidí. „ČR patří k zemím s nízkou mírou chudoby.“ (Králová, 2004)

Největší zabiják je podvýživa

„150 Kč zajistí terapeutickou výživu jednoho podvyživeného dítěte na celý měsíc. Přesto každý den umírá hladem 15 000 dětí. To je mnohem více, než kolik zabijí války a přírodní katastrofy.“ (Gomba, 2005)

Vyspělé země vyrábí tolik jídla, aby byl syt každý muž, žena i dítě na zeměkouli. Mnoho lidí se snaží hubnout a utrácení nepředstavitelné částky za prostředky na hubnutí, ale ve světě mezi tím trpí chronickou podvýživou podle FAO (Organizace pro výživu a zemědělství) 815 miliónů lidí (Gomba, 2005).

V našem světě, kdy má každý dostatek, bychom měli pomoci těmto zemím, kde hlad a žízeň na svědomí milióny nevinných obětí. Tyto země by se i chtěly rozvíjet, ale když jsou lidé hladoví, zesláblí, nemocní a nemají kvalitní vzdělání, není možnost v pokroku pokračovat. *„A jak přesvědčit farmáře, aby dali přednost kvalitě, když bojují o pouhé přežití.“*

Selský rozum říká, že hlad je projevem chudoby a že ekonomický růst automaticky odstraní i hlad. S pracovní silou, která má prázdný žaludek, je ovšem jakýkoli pokrok dosti obtížný. Hlad je totiž jak důsledkem, tak příčinou chudoby. Hladoví lidé mají méně možností a schopností, jak zlepšit kvalitu svého života, takže hlad je udržuje v chudobě. Klíčem k pokroku je tedy odstranění hladu a podvýživy (Gomba, 2005).

Proč jsou lidé hladní a podvyživení? Je to nedostatkem bílkovin, vitamínů, minerálů, potravou s nízkou kalorickou hodnotou, která je často jednotvárná. Lidé jsou často nakaženi infekčními chorobami zaživacího ústrojí a svůj podíl na všem má i špatná zdravotní péče (Gomba, 2005).

Protože je podvýživa povětšinou skryta před zrakem světa, považuje se za „neviditelnou humanitární katastrofu. **„Každý rok umírá v rozvojových zemích přibližně 11 milionů dětí mladších 5 let zbytečně – a podvýživa je příčinou úmrtí celé poloviny z nich.“** Ty děti, které tento věk přežijí, zůstávají poznamenány celoživotně. Mají snížený intelekt, vzrůst a oslabenou imunitu. (Gomba, 2005)

Dnes již víme, že podvýživa má na lidský plod nejničivější účinky. Nejkritičtější je vývoj v těle matky a další 3 roky, kdy je dítě nedostatečně živeno, a protože mu chybí potřebný stavební materiál nervového a imunitního systému, dítě většinou nemá šanci opoždění dohnat. „Odborníci to nazývají výživovým programováním. Například nedostatek jódu může způsobit vážné mentální a fyzické zaostávání, nedostatek železa nebezpečnou anémii nebo sníženou výkonnost, vážný deficit vitamínu A vede až ke slepotě a poškození imunitního systému, deficit kyseliny listové potom způsobuje nízkou porodní váhu nebo rozštěp páteře“ (Gomba, 2005).

*„A jako u většiny podobných problémů, kruh se uzavírá: ženy, které v dětství trpěly podvýživou, rodí děti s nízkou porodní váhou. **Hlavní příčinou zaostávání 177 milionů dětí na celém světě je právě podvýživa jejich matek**“* (Gomba, 2005).

Problém není jen v Africe, ale i v zemích Jižní Ameriky a v Asii. Zde všude se vyskytují děti s obličejem plných much a vypouklými bříšký. *„40 procent všech dětí trpících podvýživou žije v Indii“*. Indie díky podvýživě přijde ročně o 10 miliard USD z důvodu snížené produktivity práce a na nákladech za zdravotní péči (Gomba, 2005).

„Základními prostředky, které UNICEF (Dětský fond OSN) v boji s podvýživou používá, jsou: správná výživa, včetně výhradního kojení během prvních šesti měsíců života dítěte, dodávání potřebných vitamínů a minerálů, prevence a léčba nemocí, osvěta v oblasti péče o dítě a stravovacích zvyklostí“ (Gomba, 2005).

Musíme se také zaměřit na diskriminaci žen a dívek v těchto zemích, protože se potvrzuje, že zde podvýživa dosahuje hrozivých měřítek. Jestli chceme snížit tyto velká čísla úmrtí dětí, měly bychom se věnovat vzdělání matek, protože je potvrzeno, že děti narozené ženám bez vzdělání hrozí dvojnásobné riziko úmrtí než matkám s dokončenými aspoň čtyřmi třídami. Důležitou úlohu zde hraje i osvěta v oblastech plánovaného rodičovství a doporučení ponechat alespoň tříletou pauzu mezi porody (Gomba, 2005).

AIDS – sirotci umírají v podvýživě

Bankovní spojení: 2200022/0300, var. symbol 713

„Každých 15 sekund se nějaké dítě na světě stane sirotkem z důvodu AIDS. Všechny tyto děti prožily beznadějně období nemoci svých rodičů a jejich umírání. Poté se ocitají v nejtěživější situaci, jakou si lze představit“:

- jsou často samy HIV pozitivní
- jsou vystaveny strádání z podvýživy, protože se o ně často nemá kdo postarat
- jsou stigmatizovány příčinou smrti svých rodičů, vyvrženy ze společnosti a ocitají se zcela bez pomoci
- jsou zneužívány jako laciná pracovní síla, protože o ně nikdo nepečuje
- jsou oběťmi sexuálního zneužívání, protože se jich nemá kdo zastat
- jsou zbaveny možnosti vzdělání, protože o ně nikdo nedbá

UNICEF jim pomáhá zajistit základní potřeby, jako jsou zdravotní péče, výživa, pitná voda. Snaží se udržet jejich rodiče co nejdéle naživu a po jejich smrti také udržet děti pohromadě. Ještě za života rodičů vyhledávají příbuzné, kteří se o děti mohou postarat. Projekty školních jídelen udržují sirotky ve školních lavicích. Toto vše pomáhá sirotkům AIDS cítit se alespoň větší část dne jako jiné děti a dává jim šanci uniknout chudobě, až vyrostou“ (www.unicef.cz).

„Dopad pandemie AIDS na děti je skutečně zdrcující. Na světě nyní žije 15 milionů sirotek AIDS, z toho více než 2,2 milionu tvoří děti, které jsou samy nemocné. Každý den se z důvodu AIDS stane sirotky 4 250 dětí“. (www.unicef.cz)

Naše nemocnice - jen květiny a čokoláda nestačí

„I klienti v našich nemocnicích často trpí hladu a na následky podvýživy někteří i umírají. Čísla dokazují, že 35% pacientů, kteří přijdou do nemocnic, trpí lehčím stupněm podvýživy a dalších 5% je dokonce těžce podvyživených. Pobytem v nemocnici se jejich podvýživa často nezlepší, ale naopak zhorší“ (Petrášová, 2005).

Je to paradox, jak říká lékař Zdeněk Zadák, přednosta gerontologické a metabolické kliniky v Hradci Králové, teplotu vám sestřičky měří čtyřikrát denně, ale že jste čtyři dny nic nesnědla a skoro nic nepila, nesleduje nikdo. Pan Zadák uvedl příklad, kdy na onkologickou léčbu se vynakládají miliony korun, ale mnoho lidí na druhou stranu umírána na špatnou péči o výživu. A je to tak jednoduché. Když pacient pořádně jí a pije, ušetří se za léky. Lépe se člověk uzdravuje a zkracuje se doba hojení ran a proleženin, i za zápal plic se může skrývat podvýživa. Ještě stále se stávají případy, kdy přinesou misku s jídlem a za půl hodiny ji zase plnou odnesou, někde uvidíte, jak krmí babičky jednu po druhé kojeneckou lahví. Pacienti se kolikrát nechťejí jíst, aby nezvraceli a nebo se bojí říct si sestře o misku (Petrášová, 2005).

Lékař Pavel Kohout z Ústřední vojenské nemocnice v Praze v článku pro IDNES popsal systém, který v jejich nemocnici přednedávne zavedli. Když přijmou klienta, zjistí do jakého rizika podvýživy spadá. Pokud u něj hrozí riziko podvýživy, tak si jej přebírá dietní sestry, která se ho ptá na co má chuť, co obvykle jí a spolu s laboratorními výsledky, kde se ukáže, co mu chybí a sestaví mu dietní plán. Dietní sestra dbá na to, aby ji dodržoval. Kdyby tam tento systém byl ve všech nemocnicích, to by bylo krásně, ale... (Petrášová, 2005)

Ředitelka Gerontologického centra v Praze 8 Iva Holmerová popisuje ve svém článku obraz, ve kterém často naši klienti jí. Představte si: nechutná, neupravená a prochládlá nemocniční „dieta“, položená na noční stolek ze strany, k níž pacient nemá šanci dohmátnout, nějakých 80 cm od zavánějíciho bažanta nebo metr od plného gramofonu. Maso tuhé, přílohy suché, těžko se to polyká... (Riebauerová, 2005)

Proč naši klienti často trpí podvýživou? Jak říká profesor Zadák, často v lékařské dokumentaci chybí kvalitní záznamy, co klient snědl. A co nosí rodiny klientům, když přijdou na návštěvu? Salámy, čokolády, zákusky a perlivé vody, bez toho aniž by věděli, jestli nemá jejich příbuzný nějaké dietní omezení. Měli by se zeptat lékaře, ale ten jim často neumí odpovědět, nebo se tímto problémem nechce zabývat, takže si stejně informace shánějí sami. Příbuzní nikdy nic nezkaží novinkou na trhu s doplňky stravy, jako jsou ochucená mléka, která jsou brána jako plnohodnotná strava (Riebauerová, 2005).

Co přinést svým příbuzným do nemocnice

1. dostatek tekutin, ale ne minerálky, které mohou zvyšovat krevní tlak a ani 100% džusy, které dráždí žaludeční sliznici, nejlépe střídat ovocné čaje
2. klidně můžete příbuznému uvařit kávu, ale nejlépe rozpustnou a bez kofeinu
3. ani alkohol není striktně omezen, klidně si může dát půl piva, 2 dcl vína nebo malého tvrdého panáka
4. multivitaminové a minerálové preparáty kupujte jen po dohodě s lékařem nebo dietní sestrou
5. obilninové tyčinky se musí hodně zapít, protože obsahují vlákninu
6. nekupujte masozeleninové pokrmy pro děti, protože klienti často trpí nechutenstvím a museli by si tento pokrm ještě přikořenit, radši masové slané pomazánky z tvarohů a sýrů
7. sladké limonády a sladkosti mohou vyvolávat pálení žáhy a jako první pomoc se osvědčil sýr
8. u klientů s Alzheimerovou chorobou, kteří hubnou, noste pečivo namazané máslem, smetanové jogurty, tučné sýry a již zmiňované ochucené mléka v krabičce
9. před chirurgickou operací klienti potřebují bílkoviny a vitamíny, takže tedy maso, mléčné výrobky, ovoce a zeleninu

Lékařka Taťána Grosmanová z 1. chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci dodává, že mnozí klienti hladově zcela nedobrovolně, když postupují řadu vyšetření, před jimiž se nesmí jíst. (Riebauerová, 2005)

Jak „krmit“ své příbuzné doma?

1. Zkuste vždy připravit jídlo, které mu bude chutnat a bude odpovídat jejich schopnostem kousat.
2. V případě ztíženého kousání jídlo nakrájejte na malé kousky nebo jej namixujte.
3. Vždy se snažte svého příbuzného co nejvíce uvést do polohy vsedě, aby byla zachována přirozená poloha.
4. Pro ochranu osobního a ložního prádla použijte ubrusky nebo savou podložku k tomu určenou.
5. Jídlo vždy porcujte před příbuzným.
6. Nikdy svému příbuznému nedávejte stravu horkou, zkontrolujte vždy teplotu, a když tak počkejte s krmením.
7. Rychlost krmení vždy přizpůsobte přání příbuzného.
8. Často dávejte sousta zapíjet.
9. Po ukončení krmení nechte ještě příbuzného 30 minut v poloze vsedě.

Závěr

Vím, že toto téma není moc veselé, ale chtěla jsem tento problém ukázat ze dvou stran pohledu. Chudí a podvyživení jsou ve světě a přesto, že se považujeme za vyspělý stát i u nás se takový naleznou. My zdravotníci se snažme o to, aby nám klienti neumírali na tak banální věc jako je nedostatečná výživa a všichni se snažme pomáhat těm co nemají nic, jak jen je v našich silách možné.

Použité zdroje

1. Gomba Pavel., Globální chudoba. Finance Magazine 2/2004. [cit. dne 21. 10. 2005]. Dostupné z URL: <http://www.www.unicef.cz>
2. Gomba Pavel. www.unicef.cz dne 21. 10. 2005. Největší zabiják. Magazine 2/2005
3. www.marianne.cz dne 21. 10. 2005, Riebauerová Martina. Květiny a čokoláda nestačí. 6/2005
4. Petrášová Lenka. V českých nemocnicích lidé hladoví. [cit. dne 21. 10. 2005]. Dostupné z URL: <http://www.idnes.cz>
5. Králová Jaroslava. Společenská rizika spojená s bezdomovectvím. Konference o bezdomovectví, 12/2004. Dostupné z URL: <http://www.upol.cz>

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=71>

Alzheimerova choroba

Olga Brašnová, Léčebna dlouhodobě nemocných, Lázně Letiny, Plzeň - jih

Souhrn

Alzheimerova choroba je jedním z nejvíce invalidizujících postižení ve stáří, celosvětově nejčastější příčinou demence a důvodem obrovských problémů pro postižené i jejich rodiny, a také pro společnost. V současné době jí na světě trpí 17–25 miliónů, u nás se odhaduje počet nemocných na 70 000-90 000.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba – demence – škály – testy - komunikace

Populace stárne. Již v roce 1982 varovala OSN, že světu hrozí čtyři globální nebezpečí – války, hlad, rychlé vyčerpání energetických zásob a rychlý růst a stárnutí světové populace. Na začátku 19. století žilo na Zemi 978 miliónů, na začátku 20. století již 1,65 miliardy a na začátku 21. století to bude 6,1 miliard lidí (2). Úměrně tomu roste počet lidí stížených demencí natolik, že se mluví o tiché epidemii (6). Název demence vznikl spojením slov de(bez) a mens (mysl, vědomí, rozum) (2).

Dle průzkumů je Alzheimerova nemoc (AD) je nejčastější příčinou demence v populaci starší 55 let. Přímou zodpovídá za 50% všech případů demencí a částečně přispívá k dalším 25% případů, kde spolupůsobí s cerebrovaskulárními chorobami. AD je čtvrtou nejčastější příčinou smrti, jejíž prevalence stoupá s věkem. Bylo popsáno i několik případů, kdy nemoc propukla v 35. roce života a raritní případ nemoci ve věku 15 let. Autor Brunovský uvádí, že v České republice podle odhadů z roku 1999 bylo postiženo demencí asi 77 tisíc pacientů (1)

Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Klíčovým příznakem je porucha vyšších korových funkcí, spojená s progresivním zhoršováním kognitivních schopností, emočními poruchami, poruchami chování a poruchami schopnosti vykonávat každodenní aktivity. Nejnápadnějšími a nejčastějšími klinickými projevy Alzheimerovy choroby jsou poruchy paměti, zmatenost a dezorientace, poruchy řeči a prostorové orientace, rozhodovací obtíže. **Ne všechny případy Alzheimerovy nemoci mají tytéž příznaky.** Projev onemocnění může být ovlivněn typem osobnosti, předchozím duševním a tělesným stavem. A také životním stylem (2).

Často dochází k záměně prvních příznaků Alzheimerovy choroby za projevy normálního stárnutí. Postižení zapomínají vypnout světlo, vařič, ztrácejí věci. Zapomínají, co měli k obědu, jestli vůbec oběd měli. Postupně se stav stupňuje, ukládají různé věci tam, kam nepatří, například obuv do lednice, peníze vyhodí do odpadkového koše atd. Brzy se začínají projevovat i poruchy prostorové orientace. Nenajdou cestu domů, kterou chodili třicet let. Neorientují se a nepoznávají známá místa. V pozdějších stádiích mohou i bloudit ve vlastním bytě.

Nemocní se mění po **emoční stránce**. Často dochází k emočnímu oploštění, což znamená, že není schopen projevovat patřičné nálady a nereaguje na vnější podněty přiměřenými emocemi. Jindy bývá přítomna tzv. tupá euforie neboli spokojená nálada, opět bez přiměřené emoční reaktivity na vnější podněty. Zpravidla často dochází k přechodnému výskytu tzv. patických nálad – deprese, úzkosti, někdy i mánie. Obvykle bývá u nemocných AD přítomna afektivní labilita, nezvládnutí afektů a to především vzteku, ale i lítosti.

Dalšími příznaky mohou být vyskytující se bludy. To jsou chorobné myšlenky neodpovídající skutečnosti. Postižení jsou například neuvěřitelně přesvědčeni, že jim někdo krade peníze a bere prádlo ze skříně atd. Časté bývají i zrakové halucinace. Tyto příznaky bývají přechodné.

Častou poruchou je **porucha spánku**. Může být přítomna noční nespavost, která často bývá doprovázena agitovaností (neklidem). Nejčastější je vznik spánkové inverze, což znamená, že v noci bdí a ve dne spí.

Další, ne vždy přítomné příznaky u Alzheimerovy demence vznikají důsledkem postižení různých oblastí mozkové kůry. Patří sem například **fatické poruchy** – afázie. Sensorická afázie tj. neschopnost porozumět slyšenému při dobře zachovalém sluchu. Motorická (expresivní) afázie je

neschopnost tvorby srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech. Lehčí formy afázie se nazývají parafázie, projevují se například komolením slov nebo nesprávnou stavbou vět. Obdobně vznikají různé druhy apraxie, což je neschopnost provádět naučené úkony (odemykat a zamykat klíčem), alexie - neschopnost porozumět čtenému textu, agrafie (neschopnost psát), akalkulie (neschopnost počítat), astereognózie (neschopnost rozeznat levou a pravou stranu) a další.

Často může docházet **poruchám sexuálních funkcí**. Obvyklý je výrazný pokles potence i libida (zájem o sexuální život). Avšak někdy může dojít naopak je zvýšenému, až nežádoucímu zájmu o sexuální život.

Jak dále postupuje nemoc, dochází i dalšímu úbytku paměti ve všech složkách. Často dochází k tzv. amnestické dezorientaci v důsledku neschopnosti zapamatovat si jakékoli údaje – postižení **se chovají dezorientovaně**. Nepamatují si např. které jsou jejich boty, kde je jejich postel.

Nezřídkou se dostavuje **inkontinence moče a stolice**. Přestávají dbát o svou hygienu a neobejdou se bez pomoci druhého (neumí se sami ani umýt), někdy je nutné nemocné Alzheimerovou chorobou i krmit. Postupně přestávají poznávat i své nejbližší osoby.

Nemocní AD umírají většinou na nějaké zároveň se vyskytující, komplikující onemocnění, jako jsou například plicní záněty, nebo následky úrazů. Lidé stejného stáří, kteří netrpí Alzheimerovou demencí, by většinou těmito chorobám nepodlehli.

Nejpoužívanější testové a škálovací metody

Z orientačních testových metod je nejpoužívanější **MMSE (Mini – Mental State Examination)**. Tento test slouží k posouzení přítomnosti narušení kognitivních funkcí (náhoda, poruchy myšlení), tedy ke zjištění přítomnosti nebo nepřítomnosti demence. Není specifický pro AD. MMSE (Příloha 1) představuje jednoduchý skórovací test, který obsahuje 11 otázek.

Ischemické skóre dle Hachinského se používá u geriatrických nemocných s demencemi k diferenciaci diagnostice mezi cévními (multiinfarktovými) a primárně atrofickými demencemi. Hodnocení se provádí na základě údajů získaných z psychiatrického a neurologického vyšetření. Hodnotí se celý průběh choroby včetně současného stavu. Skóre 1–4 svědčí pro demenci Alzheimerova typu (4,3,16).

Test kresby hodin. Podstatou je předtištěná kružnice se středem na bílém papíře. Vyšetřovaný je požádán, aby nakreslil hodiny, které ukazují čas – například jedenáct hodin 10 minut. Základem pro posouzení odpovědi je zejména kresba hodinového ciferníku se správným umístěním číslic 12, 3, 6, 9. Nebo jasným vyznačením jejich polohy. Dále hodnotíme zakreslení dvou rozlišitelných hodinových ručiček a přesné zaznačení času (2,43,16)

Face – hand test (instrukce a provádění). Postup je takový, že si pacienta posadíme proti sobě a požádáme ho, aby si položil obě ruce na kolena (hřbetem ruky nahoru) a zavřel oči. Dotkneme se současně lehce svými prsty (přejedeme pomyslnou čáru cca 5cm) obou tváří, a pak i obou hřbetů rukou. Dokáže-li vyšetřovaný správně identifikovat místa doteků (nejlépe mít, že ukáže správná místa), pokračujeme dále v testování. Selže-li vyšetřovaný již při tomto úvodním vyšetření, není test proveditelný (selhání je pouze u osob s poruchami vědomí nebo u velmi těžkých demencí) (2)

Paměťový test učení – vyšetřovanému čteme 15 jednoduchých známých slov, po skončení je má vybavit (na pořadí nezáleží). Postup se opakuje celkem 5x, sledujeme křivku učení. Diagnosticky jsou důležité tzv. konfabulace (vyšetřovaný přidá slovo, které v původním seznamu vůbec nebylo) a opakování slov (nemocný opakuje slovo, které již jednou řekl). Již v preklinickém stádiu můžeme zachytit občasnou konfabulaci a nejistotu, která se projevuje opakováním slov (5).

Dalším používaným testem je **Test verbální fluence**. Vyšetřovaného pomocí zkoušky testujeme na schopnost vybavit maximální počet slov začínajících určitým písmenem (například M, N, a K). Všechna slova zapisujeme a pak sečteme pro všechna tři písmena a porovnáme s orientačními normami (5).

Trail Making test je zdánlivě velmi jednoduchý – pacient má spojovat čísla, od 1 do 25 (část A) nebo čísla a písmena (část B). Především část B je v počátcích choroby oslabena – pro pacienta je problémem přepojování pozornost z jednoho systému (čísla) do druhého (písmena) (5).

Sedmičkový subtest je zdánlivě velmi jednoduchý – úkolem je odečítat zpaměti od 100 sedmičku a od výsledku opět další sedmičku atd. Skončí se po pěti odčtech. Zkouška vyžaduje určitou minimální koncentraci pozornosti, která je u pacientů s Alzheimerovou demencí často narušena(5).

Další škála hodnotí **aktivity denního života – Activity of Daily Living-ADL**. Škála je široce používaná pro stanovení stupně funkčního postižení pacienta a zahrnuje tyto aktivity: umývání, oblékání, toaletu, přesouvání, kontinenci a jedení (1,7)

Samostatná **škála pro instrumentální hodnocení – IADL** umožňuje lékaři stanovit úroveň, na které je starší člověk schopen samostatného fungování při sebeopaštění a provádění složitějších každodenních úkolů (2,3,7).

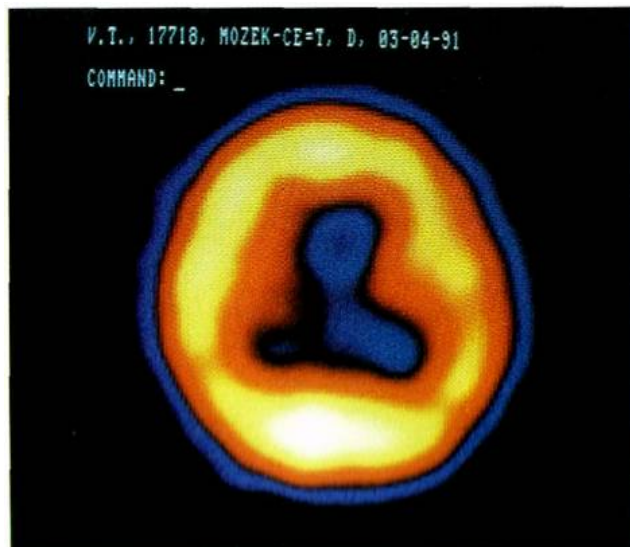
Stupnice soběstačnosti – PSMS, je jednoduchým nástrojem bodového hodnocení schopnosti nemocného a Alzheimerovou chorobou vykonávat běžné aktivity každodenního života. Jeho pravidelné opakování dovolí kontinuálně hodnotit progresi onemocnění (2,17).

Vyšetřovací přístrojové metody u Alzheimerovy choroby

Zobrazovací metody

Strukturální zobrazovací vyšetření mozku má u nemocného s demencí největší přínos, protože je možné vyloučení jiných onemocnění (tumor, hydrocefalus, mnohočetné léze vaskulárního původu atd.) (2).

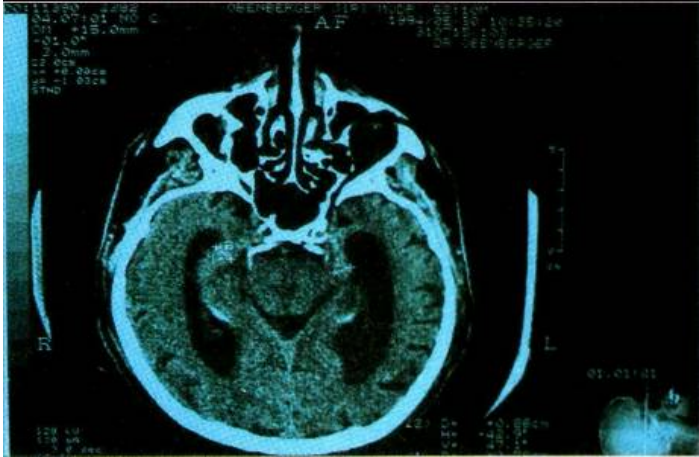
SPECT – jednofotonová emisní tomografie – informuje nás o funkčnosti vyšetřovaného orgánu – průtoku krve a zásobení jednotlivých oddílů (obr.1). Pomocí metody **SPECT** lze detekovat oboustrannou temporoparietální hypoperfúzi (snížené prokrvení), která je velmi časným, ale bohužel vysoce nespecifickým příznakem Alzheimerovy nemoci.



Obr. 1 SPECT – axilární řez mozkiem. Vícečetné výpady perfúze kortikosubkortikálně při současné demenci zvyšují suspekci (podezření) na multiinfarktovou demenci. Obrázek převzat z knihy Alzheimerova choroba: Sympozium (s. 57).

PET – emisní pozitronová tomografie

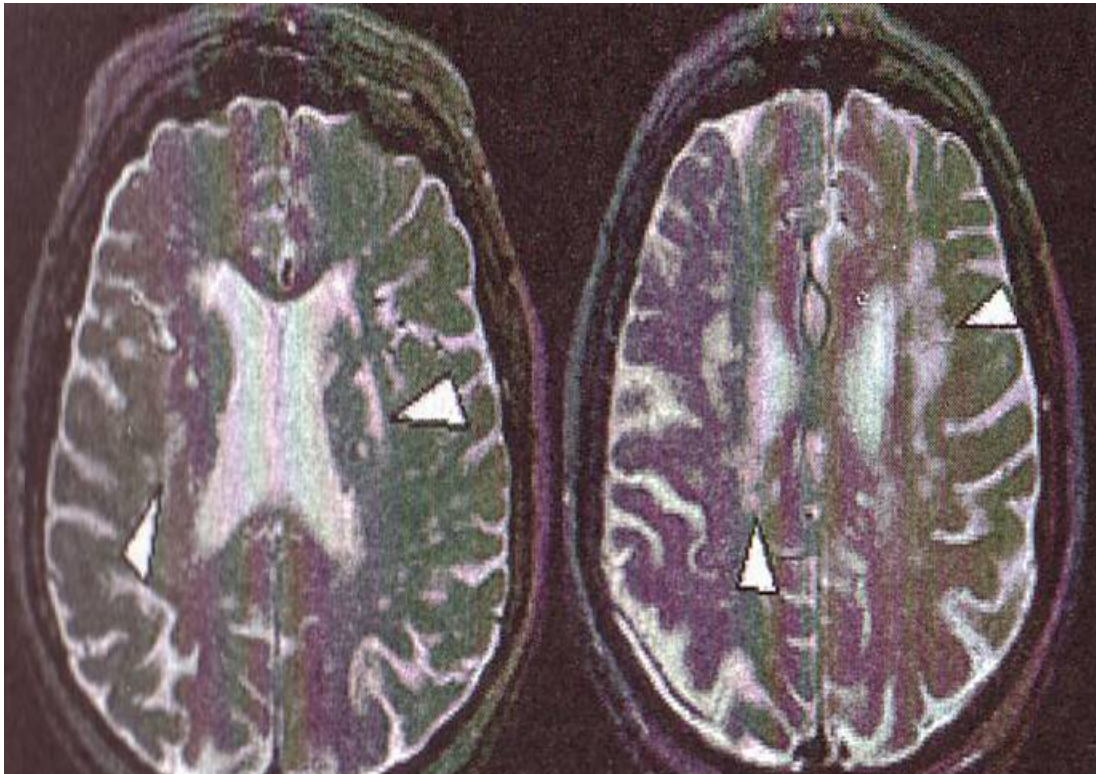
Tato metoda zjišťuje, kde je v mozku porušen krevní průtok a metabolismus (látková výměna). U Alzheimerovy choroby jsou největší ložiska hypometabolismu v oblastech, které jsou nejvíce postiženy funkčně. To znamená tam, kde je největší akumulace plaků a tangles. ^(10,11,12)



CT – počítačová tomografie – pomocí RTG záření jsou zobrazeny určité části těla ve vrstvách (1cm řezy) a pomocí počítače vyhodnoceny rozdíly v pohlcování RTG záření mezi jednotlivými částmi tkání a orgánů. Informuje nás o morfologické (týkající se tvaru) stavbě vyšetřované lokality (obr. 2).

Obr. 2 CT-axilární řez mozku. Proměření mediálních temporálních struktur u pokročilé AD. Obrázek použit z knihy Alzheimerova demence: Sympozium (str. 58).

MR – magnetická rezonance je založena na působení silného magnetického pole a radiových vln na protony (jádra kladně nabitého vodíku) – jejich uchýlení a časový průběh jsou zachyceny a vyhodnoceny pomocí počítače (obr. 3)⁽²⁾.



Obr. 3 MR mozku u počínající Alzheimerovy choroby, počínající atrofie. Obrázek převzat z knihy Neurologie pro studenty lékařské fakulty (Zdeněk Ambler, s. 271)

Elektrofyzilogické vyšetřovací metody – EEG, Evokované potenciály mají spíše pomocný význam.

Léčba Alzheimerovy choroby musí být komplexní. Již výše bylo zmíněno o léčbě kognitivních a nekognitivních funkcí, dále léčba zahrnuje část nefarmakologickou. Ta je tvořena aktivační terapií (udržování dostatečné psychické aktivity), kognitivním tréninkem (což znamená trénink paměti a jiných poznávacích funkcí), sanací somatických onemocnění, tělesnou rehabilitací a v neposlední řadě i dietoterapií (podávání potravy bohaté na lecithin – luštěniny, kvalitní maso atd.). Při veškeré léčbě Alzheimerovy choroby je nutná spolupráce rodiny.

Komunikace s lidmi postiženými Alzheimerovou chorobou

Komunikace s lidmi postiženými Alzheimerovou chorobou je velmi náročná. Tito nemocní nejsou orientováni v čase, neumí odlišit dnešní den ode dne např. před dvaceti lety. Je zachována pouze staropaměť.

Příklady:

Najednou si vezme tašku, a řekne, že musí jít na autobus, aby byl včas ve škole. Začne plakat, že dostane vyhubováno, protože nepřijde včas a maminka na něj čeká s obědem. Nebo chce rychle odejít, že má doma malinké miminko a nikdo ho nehlídá.

Nemocní si neuvědomují realitu, žijí v minulosti. Jak se zachovat? V žádném případě to nesmíte nemocnému vyvracet. A předkládat různé argumenty, že to tak nemůže být. Kdybyste mu řekli, že jeho maminka už je dávno mrtvá, mohl by nemocný být více depresivní a úzkostný. A tak **zvolte milosrdnou lež**: Maminka se zlobit nebude, vždyť ví, že na oběd budeš u nás.

Při komunikaci s těmito nemocnými nepoužívejte tázacích vět („Půjdeš se osprchovat?“), ale vždy oznamovacích („Tady je osuška, tak se jdi osprchovat.“). Nenechávejte nemocnému přílišnou volbu, neumí se rozhodnout a to by mohlo prohloubit ještě více jeho stres.

Nikdy se nenechte vyprovokovat ke vzteku ani k pláči, když řekne, že vás nezná. On to nedělá schválně, ale jeho nemoc to způsobuje. Musíte se naučit tyto situace zvládnout. Nemocní s Alzheimerovou chorobou se někdy hůře a těžce vyjadřují, musíte být proto trpěliví. Někdy se také stane, že nemocného špatně pochopíte a on je vzteklý a zlý. Musíte toto tolerovat a ne mu oplácet „stejnou mincí“. Dalším problémem nemocného je pochopit smysl mluveného, avšak dobře vnímá tón řeči i mimiku. Nikdy na nemocného nekřičte a nezvyšujte tón. Mluvte klidně a vlídně, nebojte se tělesného kontaktu (pohlazení po rameni, ruce) a úsměvu.

Pokud nemocný jde ven, snažte se jít s ním. Nikdy mu neříkejte, že sám nikam nesmí, ale zaměstnejte ho (Pojď, pomůžeš mi zalít květiny, než odejdeš.) a tím rozptýlíte jeho pozornost a on zapomene, že chtěl jít ven. Až budete i vy moci jít ven, tak mu například řeknete: „Pojď, půjdeme ven, je tam hezké počasí“. Nemocný bude rád, že máte zájem a že rád s ním půjdete ven.

Rodina nemocného

Když se dozví rodina diagnózu svého blízkého je tím velice zdrcena. Reakce jsou různé, od vzteku až po pláč, bezradnost, výčitky. Následující text, by měl alespoň částečně pomoci rodinným příslušníkům s jejich problémy.

Vždy je důležité seznámit se s diagnózou Alzheimerova choroba. Jaké vlivy mohly toto chorobu způsobit, k jakým změnám v mozku postiženého došlo. Seznámit se s důsledky nemoci (chování a reakce postiženého na různé podněty) a s péčí o tyto nemocné. **Péče o nemocné s AD je velmi náročná.** Ne každý ji zvládne, důvodů je mnoho. U osoby pečující o nemocného se mohou dostavit psychické a následně i somatické problémy. Vyčerpání pečovatele z důvodu nedostatku spánku (nedostatečná kvantita, ale i zhoršená kvalita – nemocný často trpí spánkovou inverzí), deprese z nezvládnutí péče o nemocného. V nemalé míře dochází k rozvratu manželství osoby pečující o nemocného, jelikož jeden z manželského páru veškerý svůj čas věnuje nemocné osobě a na jiné aktivity nezbývá čas.

Při zjištění Alzheimerovy je zapotřebí několik kroků a úprav. Místnosti, kde je nemocný upravit tak, aby se předešlo pádům. Zajistit elektrické, plynové a jiné spotřebiče (nemocní zapnou sporák, ale zapomenou ho vypnout, pustí vodu a odejdou na procházku). Zajistit přiměřenou teplotu vody, aby se nemocný nemohl opařit. Všechny doklady, peníze a klíče uklidit z dosahu nemocného (nemocní s Alzheimerovou chorobou neznají hodnotu peněz – vyhodí je do koše či je rozdají cizím lidem, spláchnou na WC). Vždy vyndat klíče ze dveří (nemocný by se mohl uzamknout v místnosti a poté by si neuměl odemknout – v důsledku apraxie). Nikdy nenechávat na dosah nemocného chemikálie, čisticí prostředky, zápalky, léky atd.

Rodina musí stále na nemocného dohlížet a pomáhat mu. Nemocný se zapomíná jíst a pít, proto dohlížet na stravování a pitný režim. Neumí si vybrat oblečení, je nerozhodný, proto je vhodné mu vždy oblečení připravit. V pozdějších stádiích nemoci je důležité jednotlivé oblečení nemocnému podávat, tak jak se postupně obléká a slovně ho navigovat. Bez pomoci by si nemocný například

oblékl troje ponožky, či svetr místo kalhot nebo by si vzal nejdříve kalhoty a na to spodní prádlo, atd. Pokud se takto nemocný obleče, nikdy se mu nesmějte, tím byste ho ponížili. Ale řekněte, že mu s oblékáním pomůžete a dejte vše do pořádku.

Dalším důležitým úkolem je dbát, aby nemocný užíval všechny léky, které mu lékař předepsal. Vždy je nemocnému připravte a dejte. On sám by na to zapomněl. A přesvědčte, že je nemocný opravdu spolkl.

Péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou je také **finančně náročná**. Pečovatel, který musí zajistit nepřetržitou péči svému blízkému, nemůže být zaměstnán. Další možností je umístění nemocného do různých denních stacionářů či jiných níže uvedených zařízení, zde je také určitá finanční nákladnost. Nemalá finanční částka je vynakládána na doplatky léků či různé kompenzační pomůcky (ne vždy vše hradí pojišťovna). Lidé starající se o nemocného s Alzheimerovou chorobou mohou požádat o finanční příspěvek. Například mohou dostat **příspěvek při celodenní péči o bezmocnou osobu** nebo požádat OSSZ (Okresní správa sociálního zabezpečení) o **zvýšení důchodu pro bezmocnost**. Ta má tři stupně, který stupeň bude přiznán nemocnému, o tom rozhodne posudkový lékař. A to na základě zhodnocení zdravotního stavu jím a praktickým či ošetřujícím lékařem.

Rodina musí vědět, že s postupujícím onemocněním se nebude nemocný schopen postarat o svůj majetek, účty, pojistky, aj. Pokud to zdravotní stav nemocného dovolí, je nejlepší jestliže sám nemocný sepiše svůj majetek, čísla účtů či pojistek. Po určité době je však nevyhnutelné podat **návrh na zahájení řízení o způsobilosti k právním úkonům a stanovení opatrovníka**. Opatrovníkem je většinou ustanoven syn, dcera, vnuk či je ustanoven „veřejný opatrovník“.

Alzheimerova choroba výrazně snižuje kvalitu lidského života. Péče o nemocného s touto chorobou je velmi náročná. Protože vyžaduje celodenní péči a dohled a to je rodina málokdy schopna zajistit. Důvody jsou různé – finanční (nutnost odchodu ze zaměstnání), psychické (nezvládají se vyrovnat s onemocněním svého blízkého), fyzické (spánková inverze vede k vyčerpání pečující osoby) a mnoho dalších jiných důvodů.

Literatura

1. Brunovský, M. *Objektivizace diagnostiky a změn vigility u demenci*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003.
2. Hořejší, J. aj. *Alzheimerova choroba: Sympozium*. 1. vyd. Praha: Galén, c1999.
3. Hrdlička, M. – Hrdličková, D. *Demence a poruchy paměti*. [Česká republika]: Grada, c1999.
4. Jirák, R. – Koukolík, F. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2004.
5. Jirák, R. – Obenberger, J. – Preiss, M. *Alzheimerova choroba*. Vyd. Czech republik: Maxdorf, 1998.
6. Mádlová, I. *Deník odborné praxe*. Plzeň: [?], 2002.
7. Mádlová, I. *Zdravotní problémy geriatrických osob*. Plzeň: Vysoká škola v Plzni, [2003].

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=72>

Péče o dítě se salmonelózou

Marcela Kabourková, Nemocnice Karlovy Vary

Souhrn

Kazuistika je zaměřená na v letních měsících jedno z nejrozšířenějších střevních onemocnění – salmonelózu. Seznámíme se s případem 2leté holčičky, která jí onemocněla pravděpodobně po požití Lipánku.

Klíčová slova

Salmonelóza – průjmové onemocnění – infekce - dehydratace

Úvod

Salmonelóza je nejčastější průjmové onemocnění vyvolané salmonelou, přenášející se potravinovým řetězcem ze zvířete na člověka. A to zejména při zpracování potravin, jejich nevhodným skladováním nebo transportem. Jde výhradně o infekci potravou, která se nezpracovává vyšší teplotou (uzeniny připravované za studena nebo nedostatečně zauzené, dále výrobky z vajec, např. majonézy, vaječné krémy, pomazánky, zmrzliny atd.)

Dehydratace je nedostatek vody v těle - odvodnění. Příznaky bývají zejména: žízeň, suchá kůže a sliznice, snížené pocení, snížený kožní turgor, suchý popraskaný jazyk, netečnost, slabost, závratě, hypotenze, klidová tachykardie, pokles hmotnosti, hustá tmavá moč nebo nemočí vůbec, vpadlé oči, svalové záškuby až křeče, studené ruce a nohy (i v teplém prostředí).

Charakteristika onemocnění

Průběh onemocnění bývá různý. Od bezpříznakového, kdy jsou salmonely vylučovány stolicí, ale postižený nemá obtíže. Až po stavy s dramatickým průběhem: s horečkou, třesavkou, zvracením, bolestmi břicha a vodnatými zelenými stolicemi. Tam pak může průvodní odvodnění organismu vést až k nevratnému poškození ledvin. Celková reakce bývá provázena křečemi ve svalech lýtek.

Při nekomplikovaném průběhu spočívá léčba hlavně v dostatečném přísunu tekutin, tzn. první den zastavit přijímání jakékoliv stravy a zavodnit organismus, který o tekutiny přišel proběhlým zvracením, průjmy a pocením při horečkách. Nejvhodnější jsou černý hořký čaj a minerálky, obojí podávat po lžičkách. Pokud pacient zvrací i podané tekutiny a průjmy přetrvávají, je nutno podat umělou výživu nitrožilně, aby se předešlo dehydrataci organismu.

Z léků je užíván Endiform, Endiaron, živočišné uhlí, Hylak Forte a dále pak rehydratační roztoky, např. Kulíšek.

Nedílnou součástí léčby salmonelózy je dieta. Po uklidnění nejprudších příznaků dostává nemocný jako první jídlo slabou obilninovou polévku, netučný masový vývar, suchary, jablečné pyré apod. Lékař předepíše pacientovi na několik dní šetřící dietu s omezením tuků (č.4). Zatěžování stravou je postupné.

Prognóza

Ve většině je případů dobrá, pokud nedojde ke komplikacím v rámci dehydratace organismu a např. k následnému poškození ledvin.

Popis případu

Osobní anamnéza

2leté děvčátko Markétka, drobné batole, hmotnost 8,05 kg!
Porod: 34 týdnů, spontánně hlavičkou, 1500 g a 40 cm, hospitalizace na JIP pro nedonošené novorozence
Pupeční kýla – branka 0,5 cm
Strava batolecí.

Rodinná anamnéza

Matka: 25 let, po operaci pupeční kýly, pylová alergie
Otec: 28 let, zdravý
Sourozenci: 0

Přijetí a průběh hospitalizace

Dítě bylo i s matkou přijato na dětské oddělení pro podezření na salmonelózu. První den bylo febrilní, třásl se zimnicí, opakovaně zvracelo, stolici mělo nejdříve kašovitou, později vodnatou se zabarvením dozelená.

Byly provedeny základní odběry krve, dále Astrup, moč + sediment a výtěr stolice. Dítě dostávalo po lžičkách minerálku a z léků Hylak Forte a antipyretika. Ta byla ze začátku podávána per rectum (než se „rozjely“ vodnaté stolice), později per os (když ustalo zvracení).

První 3 dny, které bývají nejdramatičtější, se veškerá péče soustředila na následující:

Zvýšená hygiena. Izolace matky a dítěte na samostatném pokoji. Omývání rukou mýdlem a desinfekcí, častější provádění desinfekce pokoje, toalety vč. nočníku. Kontrola celkového stavu.

Zabránit dehydrataci organismu. Vzhledem k velmi nízké hmotnosti děvčátka hrozilo i při menší hmotnostní ztrátě odvodnění se všemi dalšími důsledky. Matka byla poučena, že má sestře hlásit každé močení, zvracení a stolici dítěte (stolici i ukazovat). V pravidelných a častých intervalech dceři nabízet tekutiny, ale podávat vždy jen malé množství (3 - 5 lžiček), aby nedocházelo k opětovnému dráždění žaludku a následnému zvracení, které by (zase jako v začarovaném kruhu) mohlo vést k dehydrataci. Kontrola hmotnosti 2x (dle stavu i vícekrát) denně.

Zvýšená péče o dutinu ústní po zvracení, a o genitál po opakovaných řídkých stolicích. Děvčátko bylo ještě zvyklé nosit pleny, tak byla matka poučena, jak zabránit vzniku opruzenin – častým vysazováním na nočník, výměnou plen, omýváním zadečku mýdlem a pod tekoucí vodou (nedřít plenou apod.), větráním pokožky a jejím vhodným promašťováním.

Po ústupu zvracení (většinou druhý den) postupné, velmi pomalé zatěžování stravou – opět po malých dávkách. Dieta sestávala např. z banánu, sucharu, suchého rohlíku, 3. den i netučné polévky, suchých uvařených těstovin a dále pak pozvolného přechodu na dietu č. 4.

Čtvrtý den již byly k dispozici pozitivní výsledky výtěru stolice na salmonelózu, což potvrdilo při příjmu stanovenou diagnózu. Tou dobou již bylo dítě bez větších obtíží, ale po prožitých 3 dnech bylo výrazně unavené a spavé.

Pátý den bylo dítě propuštěno do domácího ošetřování s upozorněním na dbání o zvýšenou hygienu, dodržování dietního režimu (délka závisí na stavu dítěte a toleranci stravy) a pravidelné kontroly u obvodního lékaře – kvůli výtěrům stolice.

První negativní výsledek výtěru stolice na salmonelu vyšel až 5 měsíců po hospitalizaci!

Závěr

Léčba i rekonvalescence byly úspěšné. Aktivní přístup matky k otázce hospitalizace i k jejímu samotnému průběhu byl velkým přínosem pro psychiku dítěte i pro zdravotnický personál. Zdlouhavé (5tíměsíční) vylučování salmonelózy sice znamenalo pro rodinu děvčátka jistá omezení (neustále bylo infekční), ale dítě samotné bylo bez potíží.

Literatura

Adams, B., Herold, C. E. Sestra a akutní stavy od A do Z. Praha: Grada Publishing 1999.

Doberský, P. Nauka o dietetice I. Praha: Avicenum 1983.

MUDr. Otto Herber. Salmonelóza. [cit.7.5.2006]. Dostupné z URL: <http://www.Ordinace.cz>

Fenwicková, E. Velká kniha o matce a dítěti. Bratislava: Perfekt 1994.

(marcela.fox@seznam.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=73>

I. Pardubické ošetřovatelské dny a I. Celostátní studentská vědecká konference bakalářského studijního programu Ošetřovatelství

*Mgr. Markéta Moravcová, Mgr. Světlana Beránková, prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.,
Ústav zdravotnických studií Univerzity Pardubice*

Souhrn

Autoři v textu podávají informace o konferenci zaměřené na problematiku Ošetřovatelství a o historicky první celostátní studentské vědecké konferenci bakalářského studijního programu Ošetřovatelství. Obě akce společně pořádaly ve dnech 28. a 29. dubna 2006 Ústav zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Odbor ošetřovatelské péče Krajské nemocnice Pardubice.

Klíčová slova

studentská vědecká konference, bakalářský studijní program Ošetřovatelství, ošetřovatelské dny

V Aule Arnošta z Pardubic Univerzity Pardubice se 28. a 29. dubna 2006 konala historicky první konference zaměřená na ošetřovatelství s názvem I. Pardubické ošetřovatelské dny a I. Celostátní studentská vědecká konference bakalářského studijního programu Ošetřovatelství. Na organizaci konference se podílely Ústav zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Krajská nemocnice Pardubice. Konferenci při slavnostním zahájení svou přítomností podpořili rektor Univerzity Pardubice prof. Ing. Jiří Málek, DrSc., primátor města Pardubice Ing. Jiří Střiteský a náměstek hejtmána Pardubického kraje Ing. Josef Janeček. V neposlední řadě účastníky konference přivítali i ředitel Ústavu zdravotnických studií prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc. a ředitel Krajské nemocnice Pardubice MUDr. Jan Feřtek, MBA. Konání ošetřovatelské konference i studentské vědecké konference podpořila sponzorskými dary řada firem, Magistrát města Pardubice a Krajský úřad Pardubického kraje.

Během dvou dnů bylo na I. Pardubických ošetřovatelských dnech prezentováno před více než 400 posluchači 43 přednášek rozdělených celkem do sedmi bloků a 9 posterů. Odborná sdělení byla zaměřena na onkologickou a traumatologickou problematiku v klinických oborech otorinolaryngologie, stomatochirurgie a oftalmologie včetně další mezioborové spolupráce v oblasti anesteziologicko-resuscitační péče, léčby bolesti, zajištění výživy apod.

Na I. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářského studijního programu Ošetřovatelství bylo prezentováno 9 prací studentů 2. a 3. ročníků bakalářského studijního programu Ošetřovatelství studijních oborů Ošetřovatelství, Všeobecná sestra a Porodní asistentka ze čtyř vysokých škol České republiky (tři studenti Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, tři studenti z Ústavu zdravotnických studií Univerzity Pardubice, dvě studentky Masarykovy univerzity v Brně a jedna studentka Univerzity Palackého v Olomouci).

Odborná komise byla složena z odborníků v oboru medicíny a ošetřovatelství (předseda odborné komise doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc. a Mgr. Hana Burkertová, Ph.D. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Mgr. Hana Pinkavová z Masarykovy univerzity v Brně a za Univerzitu Pardubice Mgr. Jana Škvřířáková a MUDr. Jan Mejzlík, Ph.D.). Komise hodnotila práce studentů z hlediska teoretického základu, výzkumu, závěru a významu práce pro profesní zaměření. Nedílnou součástí hodnocení byl i způsob prezentace před odbornou komisí a posluchači a schopnost reagovat na následné dotazy vztahující se k tématu.

Na závěr I. Celostátní studentské vědecké konference bakalářského studijního programu Ošetřovatelství vyhodnotila odborná komise tři nejlepší práce jejichž autoři byli odměněni věcnými dary a propagačními materiály Univerzity Pardubice. Na prvním místě se umístila studentka Masarykovy univerzity v Brně Jindra Pospíšilová s prezentací na téma Význam haptiky pro nemocného člověka. Druhé místo obsadila studentka rovněž Masarykovy univerzity v Brně Ivana Radecká s prezentací bakalářské práce na téma Moderní materiály v léčbě kožních defektů. Na třetím místě se umístila studentka Ústavu zdravotnických studií Univerzity Pardubice Jitka Čermáková s přednáškou na téma Tinitus – psychické a sociální problémy pacienta.

Součástí programu pardubické konference byl i společenský program. V závěru pátečního odborného programu se účastníci konference zúčastnili koncertu Vysokoškolského uměleckého souboru Pardubice a poté následoval raut. Společenský večer byl příjemnou tečkou za prvním dnem konference.

Uvedená studentská vědecká konference bakalářského studijního programu Ošetrovatelství splnila očekávání a byla bezesporu jedinečnou možností pro budoucí bakaláře Ošetrovatelství v České republice vyzkoušet si prezentaci výsledků své odborné přípravy před vědeckou komunitou a zároveň i před studenty jiných vysokých škol se stejným zaměřením. Rovněž I. Pardubické ošetrovatelské dny pořádané v rámci postgraduálního vzdělávání přispěly ke zvýšení prestiže oboru Ošetrovatelství a doložily nutnost komplexního a celoživotního vzdělávání pracovníků nelékařských oborů ve zdravotnictví. Oba sjezdy chceme proto v Pardubicích opakovat i v příštím roce. Věříme, že se obě akce setkají se stejným zájmem jako ty letošní.

Mgr. Markéta Moravcová, Mgr. Světlana Beránková, prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
Ústav zdravotnických studií Univerzity Pardubice
Průmyslová 395, 532 10 Pardubice
(marketa.moravcova@upce.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=74>