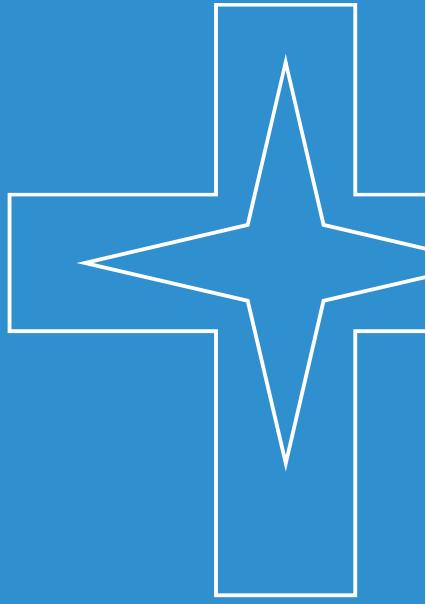


# KONFERENCE NEDAŠOV 2012

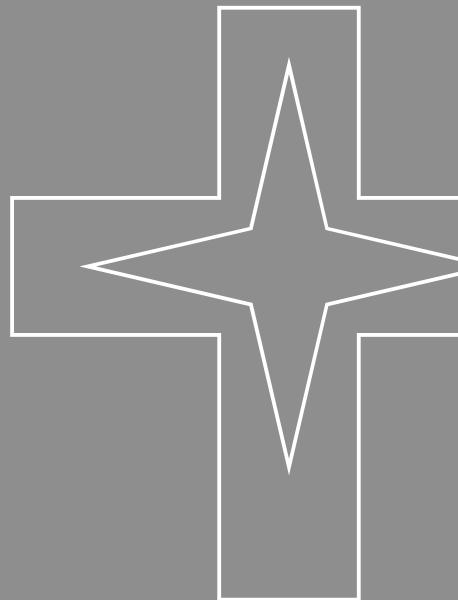
Sborník příspěvků



# KONFERENCE NEDAŠOV 2012

Poskytování sociálních a zdravotních služeb  
seniorům

Sborník příspěvků  
Michaela Lutišanová (ed.)



Praha 2012

Konference Nedašov 2012

Poskytování zdravotních a sociálních služeb seniorům

Sborník příspěvků

Editorka Michaela Lutišanová

© NADĚJE o.s., 2012

Vydala NADĚJE o.s.

K Brance 11/19e, 155 00 Praha 5

Náklad 100 kusů

Vydání první, 2012

Tisk: Reklamní a produkční agentura Petra Voráčová - DIGRS, Litoměřice

Publikace neprošla jazykovou úpravou.

Za obsahovou i formální kvalitu odpovídá autor příspěvku.

Účelová neprodejná publikace.

Sborník je vydán za finanční podpory:



ISBN 978-80-86451-25-1

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>4</b>
Michaela Lutišanová	
<b>APLIKACE INZULÍNU INZULÍNOVÝMI PERY.....</b>	<b>5 - 17</b>
autorka: Marie Nováková	
<b>ROZTOKY A JEJICH POUŽITÍ PŘI HOJENÍ RAN.....</b>	<b>18 - 24</b>
autorka: Marie Holoubková	
<b>KOMPRESIVNÍ TERAPIE.....</b>	<b>25 - 28</b>
autorka: Marie Holoubková	
<b>CHYBY A OMYLY PŘI POUŽITÍ MATERIÁLU VLHKÉ TERAPIE.....</b>	<b>29 - 32</b>
autorka: Marie Holoubková	
<b>TIPY NA CVIČENÍ, PRAKTIČKÉ ZÁSADY A ZAPOJENÍ KONČETINY DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....</b>	<b>33 - 41</b>
autorka: Bc. Olga Košťálková	
<b>AGRESIVNÍ JEDNÁNÍ - JEDEN Z PŘÍZNAKŮ DEMENCE.....</b>	<b>42 - 55</b>
autorka: Mgr. Jana Kumprechtová	
<b>DIABETES MELLITUS VE STÁŘÍ.....</b>	<b>56 - 60</b>
autorka: MUDr. Dagmar Langová	
<b>DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>61 - 75</b>
autorka: MUDr. Dagmar Langová	
<b>REMINISCENČNÍ TERAPIE.....</b>	<b>76 - 84</b>
autorka: Mgr. Jana Kumprechtová	
<b>STAŘECKÁ DEMENCE V PRAXI.....</b>	<b>85 - 104</b>
autorka: Mgr. Jana Kumprechtová	
<b>TERAPEUTICKÉ MODELY DLE VOJTY, ANALOGIE S MOTORICKOU ONTOGENEZÍ.....</b>	<b>105</b>
autor: Mgr. Miroslav Kutín	

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

sborník, který máte před sebou, obsahuje příspěvky odborníků, kteří se aktivně účastnili již šestého ročníku konference pro zdravotní sestry a pracovníky v sociálních službách, která se konala ve dnech 18. – 19. září 2012 v Nedašově, ve Zlínském kraji.

Konference Nedašov 2012 nesla podtitul „Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb,“ protože stejně jako v předchozích ročnících i letos byli senioři hlavní cílovou skupinou, na kterou se přednášející zaměřovali. Příspěvky konference předneslo celkem 7 odborníků z praxe, mezi kterými byla odborná lékařka, ergoterapeutka, zdravotní sestry a fyzioterapeuti.

Na konferenci zazněly příspěvky na téma stařecká demence v praxi, agresivní senior, reminiscenční terapie, tipy na cvičení po cévní mozkové příhodě, principy a využití Vojtovy metody, ošetřování chronických ran, kompresivní terapie a diabetes mellitus.

Sborník by měl sloužit jako studijní materiál všem odborníkům z řad poskytovatelů sociálních služeb, zdravotníkům a pracovníkům v sociálních službách, kteří poskytují péči seniorům a kteří mají zájem na stálém zkvalitňování své péče. Věříme, že sborník svůj účel splní a bude všem těmto odborníkům užitečnou pomůckou.

Michaela Lutišanová  
vedoucí vzdělávání, NADĚJE o.s.

# APLIKACE INZULÍNU INZULÍNOVÝMI PERY

autorka: Marie Nováková

## Aplikace inzulínu inzulínovými pery.

MARIE NOVÁKOVÁ

DIABETOLOGICKÉ CENTRUM IK IPVZ  
KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI  
ZLÍN

---

---

---

---

---

---

## Historie

## Současnost



---

---

---

---

---

---

## Jak postupovat

- Znát svůj inzulín (název), jeho nástup a dobu působení.
- Znát dobu aplikace v závislosti na jídle.
- Dodržovat zásady osobní hygieny při aplikaci.
- Správné zacházení s inzulínem.
- Vhodná místa aplikace.
- Manipulace s inzulínovým perem.

---

---

---

---

---

---

### Místa aplikace

Rychlosť absorpcie inzulínu z podkoží (břicho, paže, stehna a hýžď).

- Krátkodobě působící inzulín do břicha a paží.
- Dlouhodobě působící inzulín do stehen a hýždí.
- Kombinované inzulíny se aplikují do všech uvedených míst.

---

---

---

---

---

---

### Faktory ovlivňující rychlosť absorpcie inzulínu

Druh inzulínu a jeho koncentrace

- Krátko působící inzulíny se vstřebávají mnohem rychleji než depotní inzulíny
- Čím vyšší dávka, tím je absorpcie pomalejší

Velikost dávky inzulínu

- Větší vrstva nebo lipohypertrofie – pomalejší absorpcie

Vrstva podkožního tuku

- Nejrychleji absorbuje inz. z podkoží: břicho, paže, stehna a hýžď. Při intramuskulární injekci je absorpcie zvýšená (ze stehen až o 50%)

Cvičení a sport

- Více namáhaná a prokrená krajina – rychlejší absorpcie
- Čím vyšší teplota, tím vyšší absorpcie

Teplota těla a okolí

---

---

---

---

---

---

### Nevhodná místa aplikace

Aplikace do stejného místa (změnění podkoží a znesnadnění vstřebávání).

Do zatvrdlého místa.

Barevně změněného místa.

Oteklého místa.

Do oblasti strií.

Do předloktí.

---

---

---

---

---

---

## Kožní komplikace inzulínové léčby

- **Alergie na inzulín** – t.č. velmi ojedinělá komplikace (alergenem-inz. molekula, konzervační látky nebo látky s prodlouženým účinkem).

### Změny tukové tkáně:

- **Lipoatrofie** – zmenšení tukové tkáně -tvoří se prohlubně v místě aplikace, ale i na vzdálenějších místech, způsobené úbytkem tkáně a pravděpodobně na imunologickém podkladě.
- **Lipohypertrofie** – zbytnění tukové tkáně, tvoří se měkké tukové nebolelivé uzle, vznikají lokálním inz. účinkem.

**Prevence – střídání místa vpichu.**

---

---

---

---

---

---

## Citlivost na inzulín

Bývá odlišná mezi pacienty, ale liší se u téhož pacienta za různých okolností.

### Menší citlivost:

ráno, stresové situace,  
horečnaté onemocnění,  
přírůstek hmotnosti,  
dlouhodobě vyšší glykémie.

Lze doporučit: 1 jednotka inz. může snížit glykémii o 1,5 – 3 mmol/l.  
Můžeme odhadovat podle denní spotřeby inzulínu.

---

---

---

---

---

---

## Zacházení s inzulínem

- Inzulín uchovávat v ledničce při teplotě 2-8° C,
- při cestování používat chladící boxy, tašky popř. termosky,
- při cestování letadlem mít vždy u sebe v příruční tašce,
- inzulín v inz. peru může být až 30 dní (nedáváme do ledničky),
- depotní inz. vždy před aplikací promíchat,
- Nepoužívat inzulín:
  - přehřátý,
  - přemrznutý,
  - barevně změněný,
  - vysrážený po stěnách cartridge,
  - rosolovatý,
  - po expiraci

---

---

---

---

---

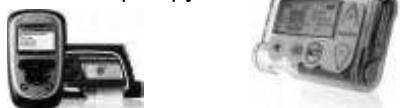
---

## Cílem – moderní aplikační technika

### Inzulínová pera



### Inzulínové pumpy



---

---

---

---

---

---

### Výhody inzulínových per

### Nejčastější důvody nefunkčnosti per

Praktické, přesné a jednoduché.  
Snadná aplikace.  
Snadná manipulace.  
Nenápadná aplikace.  
Praktické při cestování.  
Jednoduchá údržba.  
Snadná edukace.

Prázdná cartridge.  
Ucpaná jehla.  
Zlomený píst.  
Vybitá baterie (v případě, že je jí pero vybaveno).  
Mechanická porucha voliče dávek.



---

---

---

---

---

---

## Typy inzulínových per

### NovoPen 4:



Actrapid, NovoRapid, Insulatard, Levemir,  
Mixtard 30, NovoMix 30

### HumaPen Luxura:

Humalog, Humulin, Humulin M3



### Tactipen,ClikStar, Opticlik:

Insuman,Apidra,Lantus



---

---

---

---

---

---

### Typy inzulínových per

HumaPen Memoir - inz. pero, které „pamatuje za pacienta“. Určeno pro inz. Humalog, Humulin. Funkce paměti dávek inzulínu. Umožňuje vidět čas, datum a velikost posledních 16 podaných dávek. 3 letá životnost baterie.



---

---

---

---

---

---

### Předplněná inzulínová pera

Solostar: Lantus, Apidr



FlexPen:

Levemir

NovoRapid

NovoMix 30



---

---

---

---

---

---

### Analoga v novém předpněném peru

Nové inzulínové pero: KwikPen

Humalog KwikPen

Humalog mix 25KwikPen

Humalog mix 50 KwikPen



Je jednoduché

Je lehké

Má nízký odpor aplikačního tiacítka

---

---

---

---

---

---

## Pro koho je určeno ?

Pacienti s DM 2, kteří začínají s inzulinoterapií.  
Doposud inzulinoterapii odmítali.  
Jsou na inzulinoterapii a mají potíže s compliance.  
Jsou na inzulínu přechodně.  
Jsou většinou starší (60+) a jednoduchost terapie je podmínkou.  
Potřebují lehce stlačitelné tlačítka.  
Neaplikují si inzulín sami.

---

---

---

---

---

---

## Volba délky jehel

Podle typu postavy

Podle BMI – kg/m<sup>2</sup>

18,5 a méně	6 mm (45°)
18,5 - 24,9	6 - 8 mm (45°- 90°)
25 - 29,9	8 mm, (90°)
Nad 30	8 - 12 mm (45° - 90°)



---

---

---

---

---

---

## Inkretiny - Victoza a Byetta.

Jsou to injekční přípravky v předplněném peru, používány ke snížení hladiny cukru v krvi.

Používají se u pacientů s diabetem 2. typu, kdy dosavadní léčba perorálními antidiabetiky již nestáčí.



---

---

---

---

---

---

## Jak fungují

Jsou to přípravky, které stimulují slinivku břišní, aby po jídle produkovala více inzulínu.  
Kromě toho brání uvolňování cukru z jater do krve v době, kdy to není potřeba, především po jídle.  
Taky zpomalují trávení - což pomáhá předcházet vysoké hladině krevního cukru po jídle.  
Rovněž mohou snížit chuť k jídlu – což může pomoci zhubnout.

---

---

---

---

---

---

## Možné nežádoucí účinky.

Mezi nejčastější patří:  
žaludeční nevolnost,  
silnější a trvalé bolesti v oblasti břicha,  
zvracení,  
zácpa, průjem,  
bolesti hlavy,  
závratě, únava,  
snižená chuť k jídlu.

---

---

---

---

---

---

## Co může pomoci při nevolnosti.

Jíst menší porce.  
Omezit tučná jídla.  
Pamatovat na dostatečný přísun tekutin.  
Vyhýbat se aromatickým jídlům.  
Může pomoci jídlo, obsahující zázvor.  
Snažit se nemyslet na nevolnost.  
Pohodlně se oblekat – oděvy s těsným pasem nevolnost zhoršují.

---

---

---

---

---

---

### Kdy Victozu aplikovat.

Můžeme aplikovat kdykoli v průběhu dne, bez ohledu na jídlo.

Je však výhodnější aplikovat vždy přibližně ve stejnou denní dobu, která je pro pacienta nevhodnější.

Počáteční dávka je 0,6 mg 1x denně.

Dále se dávka zvyšuje na 1,2 mg 1x denně.

Dávka se může zvýšit až na 1,8 mg 1x denně, pokud je hladina cukru v krvi neuspokojivá.



---

---

---

---

---

---

### Kdy Byettu aplikovat.

K dispozici jsou dvě různé sily přípravku:

Byetta 5 mikrogramů,

Byetta 10 mikrogramů.

Vždy se začíná s nižší dávkou a po určité době se dávka zvyšuje.

Aplikuje se vždy 60 minut před jídlem.

Aplikuje se 2x denně.



---

---

---

---

---

---

### Kam aplikovat.

Přípravky jsou určeny k injekční aplikaci do podkoží.

Nevhodnější místo k aplikaci je:

oblast břicha,

horní část paže,

přední část stehen.

Místa vpichu je třeba měnit.

Neaplikovat injekci do žíly nebo do svalu.

---

---

---

---

---

---

## Zásada

Pera výrobců Eli Lilly, NovoNordisk a Sanofi - Aventis jsou kompatibilní pouze s vlastními náplněmi jednotlivých výrobců. Tzn. v peru Tactipen výrobce Sanofi - Aventis nelze použít inzulíny např. Novorapid, Levemir, Humalog nebo Mixtard 30.

---

---

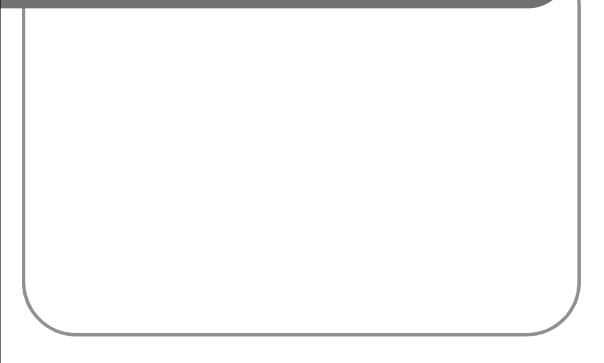
---

---

---

---

## Glukometry a jejich použití



---

---

---

---

---

---

## Typy glukometrů



---

---

---

---

---

---

## Typy glukometrů



---

---

---

---

---

---

## Glukometr pro nevidomé

SensoCard Plus



---

---

---

---

---

---

## Výběr glukometru

- Řídí se doporučením ošetřujícího lékaře nebo edukační sestry.

**Rozhodovat může:**

- velikost glukometru, displeje a písma
- rychlosť měření
- velikost kapky krve
- samonasávací testovací proužky
- hygienické použití (bezdotykové odstranění proužků)
- možnost využití alternativních míst odběru krve (prsty, předloktí)
- testovací rozpětí (rozsah dolní a horní hranice glykemie)
- rozsah paměti
- stanovení průměrů glykemie
- možnost přenosu dat do PC pomocí infraportu

---

---

---

---

---

---

---

---

### Časté chyby při měření glykémii glukometrem.

testační proužky po expirační době  
nedodržení času  
malá kapka krve  
dezinfekce před měřením glykémie (?)  
chybné zacházení s testačními proužky  
(skladování mimo krabičku)  
chybná kalibrace - kód  
znečištěný glukometr  
chybně měřící glukometr

---

---

---

---

---

---

### Testační proužky na krev lze předepsat.

400 - 1000 ks (600 ks schválení revizním lékařem - intenzifikovaný režim, inzulínová pumpa)  
400 ks - inzulín 1 - 2 x denně  
100 ks - PAD  
50 ks - dieta  
  
nad 1000 ks - těhotné diabetičky  
do 1800 - děti do 18 let

---

---

---

---

---

---

### Odběr glykémie z prstu

Technika odběru



Pomůcky

Místa odběru

Alternativní místa vpichu (u dětí)

---

---

---

---

---

---

### Alternativní místa vpichu (u dětí)



---

---

---

---

---

---

### Jak se vyvarovat chyb měření

Nastudovat návod,  
školení edukační diabetologickou sestrou,  
starší diabetici – opakované předvedení  
(brýle, sluchadlo),  
zaučení příbuzných.

---

---

---

---

---

---

### Prosím o otázky k diskusi



---

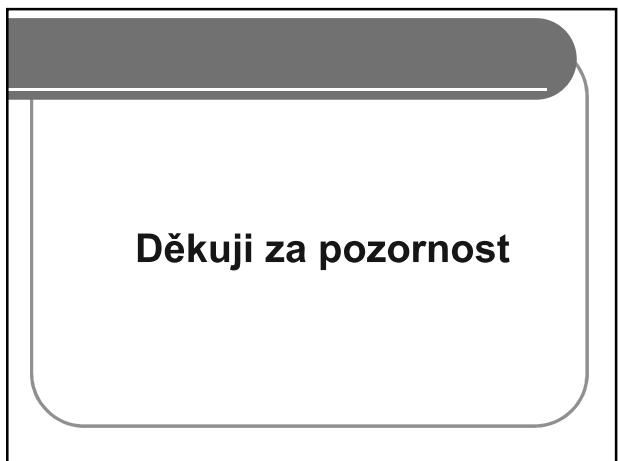
---

---

---

---

---



Děkuji za pozornost

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# **ROZTOKY A JEJICH POUŽITÍ PŘI HOJENÍ RAN**

autorka: Marie Holoubková

## Roztoky a jejich použití při hojení ran

Marie Holoubková  
KNTB a.s. Zlín.

---

---

---

---

---

### Účel použití roztoků

Čištění rány  
Potlačení infekce  
Podpora hojení

---

---

---

---

---

### Vlastnosti roztoků

Nealergizovat  
Nevyvolávat bakteriální rezistenci  
Ne cytotoxický  
Minimální resorbce v ráně

---

---

---

---

---

## Nevhodné roztoky

### **Roztoky obsahující chlor-Chloramin (0,1 – 2 %)**

toxický na tělesné tkáně  
dráždí okolí defektu  
prodlužuje zánětlivou fázi

---

---

---

---

---

## Nevhodné roztoky

### **Peroxid vodíku 3- 6%**

Antiseptická účinnost v inf.ranách  
v kontaktu s org.materiélem (hnis,gáza....)  
ztrácí svůj efekt.  
Napomáhá odstranit nekrotický povlak,ale  
poškodí gran.tkáň  
Cytotoxický účinek vůči keratinocytům  
a fibroblastům.(již v koncentraci 0,003 !!!)

---

---

---

---

---

## Nevhodné roztoky

### **Rivanol**

Mírný bakteriostatický účinek  
Mutagenní v bakteriálních buň.kulturách  
Může způsobit systémovou toxicitu

---

---

---

---

---

## Nevhodné roztoky

### Persteril

Mechanická irritace

Alergizuje

Cytotoxický

---

---

---

---

---

## Nevhodné roztoky

### Chlumský

Obsahuje fenol a kafr

Dráždivý

Systémová toxicita při spojení s proteiny

---

---

---

---

---

## Roztoky, které lze použít (nejsou optimální)

Fyziologický roztok – jen mechanický účinek

Není cytotoxický

Nealergizuje

---

---

---

---

---

## Betadine

Baktericidní a fungicidní účinek

Možnost vzniku alergie

Poměrně toxický



---

---

---

---

---

---

## Hypermangan

0,01%- naředěný z lékárny

Mírný baktericidní účinek

Mírně cytotoxický

Mírně alergizující

---

---

---

---

---

---

## Optimálně vhodné roztoky

Ringerův roztok- obsahuje Na,K,Ca,Cl

Pitná voda- 36- 37C, u povrchových defektů



---

---

---

---

---

---

## Octenisept

Nejodový preparát  
Neředěný na povrchové  
rány  
Na výplachy dutiny  
břišní ředit  
1:1,1:2, sterilní vodou.  
Expektační doba – ½  
min.



---

---

---

---

---

---

## Prontosan

Odstraňuje povlaky  
Absorbuje zápach  
Expektační doba 2.min



---

---

---

---

---

---

## Prontoderm

Desinfekce kůže celého těla - MRSA



---

---

---

---

---

---

## Braunol

Na oplachy kůže,

Povrchové defekty

Neředěný

Expektační doba 1.min

Při MRSA ředěný 1:2 (omývání těla)

1:100( koupel ve vaně)



---

---

---

---

---

## Dermacyn

Oxidovaný ,pH neutrální  
roztok ultra čisté vody

Expektační doba

min.10- 20.min.

Ozon zvyšuje perfuzi  
spodiny

Podpora lokální  
granulace

Spotřebovat do 1.měsíce  
po otevření



---

---

---

---

---

## DebriEcaSan

Superoxidovaný roztok

Netoxický, nedráždívý, nealerický  
použití u těhotných žen i dětí

Použití pro MRSA, kvasinky, viry  
včetně HIV i spory.

Expektační doba 10 min

Spotřebovat do 6 .měsíce po  
otevření

**Složení přípravku:** Voda 99,8 %,  
kyselina chloriná 0,03%, chlorinan  
sodný 0,03%, chlordioxid  
0,0001%1., chlorid sodnýO,1%



---

---

---

---

---

Aqvitox - D

Stejné vlastnosti,  
použití a složení jako  
DebriEcaSan



## Děkuji za pozornost

## KOMPRESIVNÍ TERAPIE

autorka: Marie Holoubková

# Kompressivní terapie

Marie Holoubková, chir. amb.  
KNTB, a.s. Zlín

---

---

---

---

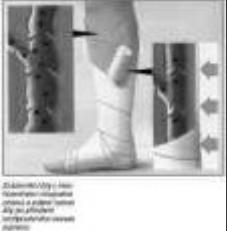
---

---

---

## Kompressivní terapie

Kompressivní terapie je základem léčby při všech onemocnění žilního systému, včetně běrcových vředů žilní etiologie.



---

---

---

---

---

---

---

## Kompressivní terapie - indikace

Varixy  
Projevy chronické žilní nedostatečnosti  
Posttrobotický syndrom  
Běrcový vřed žilních původů  
Po operaci varixu, po skleroterapii  
Otoky: žilní, mízní, posttraumatické, pooperační, lymfedém  
Prevence TEN



---

---

---

---

---

---

---

## Účinky kompresivní terapie

- Zúžení suprafasciálních žil s částečným obnovením funkce chlopní
- Uzavření insuficientních perforátorů, odstranění reflexu ze subfasciálního do subprafaciálního prostoru
- Zúžení lumen transportních a svalových žil, zvýšení rychlosti proudění krve
- Zvýšení tkáňového tlaku, zvýšení reabsorbce v lymfatických cévách
- Zpevnění fascie jako opory svalstva, zlepšení funkce kloubní svalové pumpy

## Kontraindikace

### Absolutní

- Dekompenzovaná srdeční insuficience (Latentní srdeční insuficience, při náhlém zvýšení žilního návratu způsobeném kompresí, může dojít k pravostrannému srdečnímu selhání)
- Septická flebitida

### Relativní

- Při chronické ischemii dolních končetin pokud hodnoty periferních tlaků klesnou pod 70 mmHg
- U diabetiků může přítomnost mediasklerózy při sonografickém vyšetření dávat falešně vysoké hodnoty tlaku na periférii
- nesnášenlivost materiálu

## Obinadla

KRÁTKOTAŽNÁ - s vysokým pracovním a nízkým klidovým tlakem

Druhy: IDEAL, IDEALFLEX, IDEALAST-HAFT

DLOUHOTAŽNÁ - s poměrně nízkým pracovním a vysokým klidovým tlakem

Druhy: IDEALTEX

KOMPRESIVNÍ PUNČOCHY - I. až IV.  
kompresivní třída

## **Pravidla při přikládání kompresivních obinadel**

Každý obvaz musí být navinován k dorzální flexi nohy  
Obinadlo musí pokrýt celou nohu a lýtka včetně paty  
Obinadlo musí být drženo nakrátko  
Nesmí se dělat přehyby a tah musí být pravidelný  
Tah obinadla se musí proximálním směrem snižovat  
Bandážování musí být prováděno v cirkulárních tůrách nikoli horizontálních  
Krajina kotníku, jamka podkolení, vypolštářována

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Chyby při kompresivní terapii**

Přikládání obinadla jen na postižený úsek  
Použití krátkých obinadel  
Použití úzkých obinadel  
Použití starých, nefunkčních obinadel  
Volné přikládání obinadel  
Využití slabého tlaku v krajině kotníku  
Konec obinadla zasunován za poslední otočku

---

---

---

---

---

---

---

---

Kompresivní terapie je nejučinější, jednoduchá a ekonomicky dostupná forma léčby  
Vysvětlení podstaty léčby a významu terapie pacientovy a edukace pacienta nebo člena rodiny  
Každodenní aplikace  
Kompresivní terapie, nezávisle na materiálech a technice příložení, dosahuje plné účinnosti teprve při aktivním tělesném pohybu pacienta.

---

---

---

---

---

---

---

---

Kompresivní terapie vyžaduje edukaci a nácvik nakládání bandáží jak u pacientů tak i zdravotnického personálu.



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Děkuji za pozornost



---

---

---

---

---

---

---

# CHYBY A OMYLY PŘI POUŽITÍ MATERIÁLU VLHKÉ TERAPIE

autorka: Marie Holoubková

## CHYBY A OMYLY PŘI POUŽITÍ MATERIÁLU VLHKÉ TERAPIE

Marie Holoubková

Krajská nemocnice T. Bati, a.s. Zlín

### 1. Hydrogely

- Transparentní krytí

### 2. Sekundární krytí

- Gáza
- Neadherentní kryt

### 3. Adherentní krytí

- Náhrady mastného tylu
- Měkké silikony

### 4. Antiseptika

## Polyuretanové pěny

- Špatná frekvence převazů – nezaručuje podmínky vlhkého hojení



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Polyuretanové pěny

- Krytí menší než rána
- Použití sekundárního krytí – braní vizuální kontrole

---

---

---

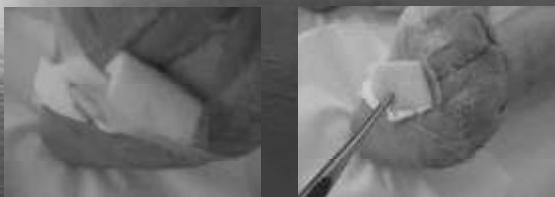
---

---

---

## Polyuretanové pěny

- Přiložení s ochrannou folií



---

---

---

---

---

---

## Polyuretanové pěny – správné užití



---

---

---

---

---

---

## Polyuretany

- Nevhodně volená velikost
- Není nutno používat indiferentní masti do okolí



---

---

---

---

---

---

---

## Algináty a Hydrofibery

- Nutno vyplnit  $\frac{2}{3}$  rány nebo dutiny
- Velké množství – možnost macerace okolí
- Malé množství – plave v ráně, nedostatečná absorbce sekretu



---

---

---

---

---

---

---

## Špatná kombinace

- měkké silikony + pěny = neekonomická, nesmyslná kombinace
- gel + gáza
- gel + neadherentní krytí
- hydrokoloidová pasta + pěna
- jodový roztok + gel
- Pěny + superoxidované roztoky

---

---

---

---

---

---

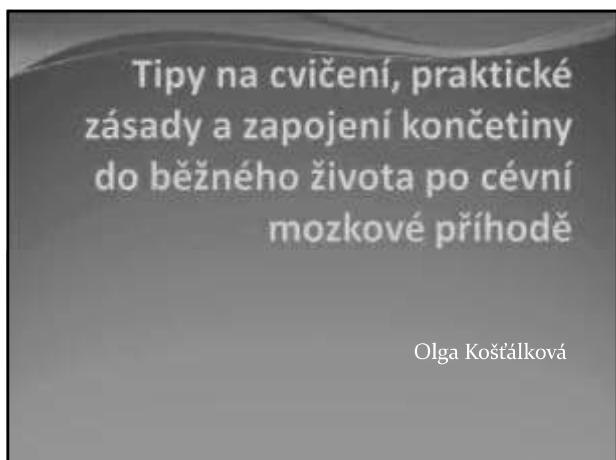
---



Děkuji za pozornost

# **TIPY NA CVIČENÍ, PRAKTICKÉ ZÁSADY A ZAPOJENÍ KONČETINY DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

autorka: Bc. Olga Košťálková



---

---

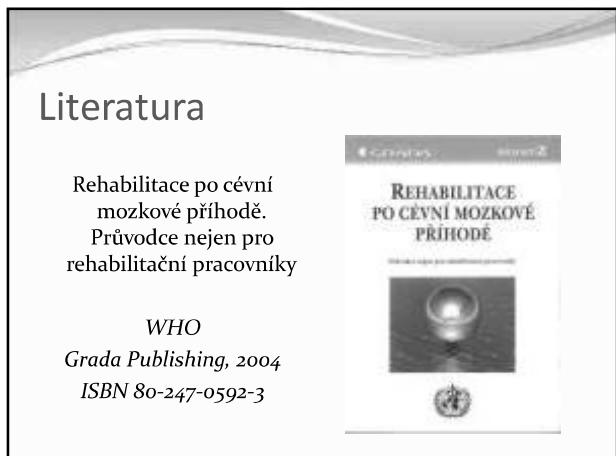
---

---

---

---

---



---

---

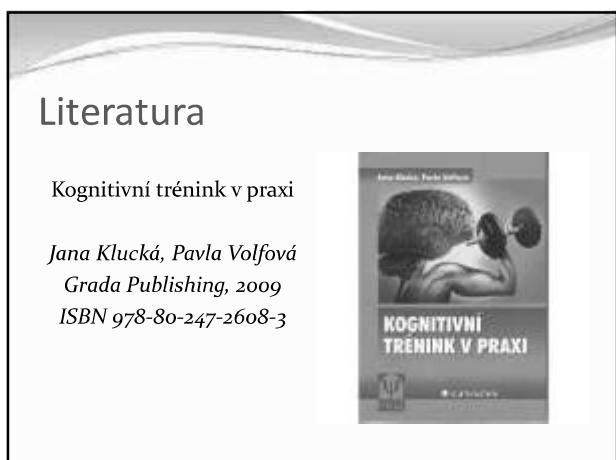
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

## Literatura

Žijte každý den. Praktická cvičení a aktivity pro osoby po cmp.

O. Koštálková, N. Lupinská, M. Uhliřová

**ErgoAktiv, Centrum odborné péče pro osoby po cévní mozkové příhodě, 2012**

**Ke stažení:** [www.ergoaktiv.cz](http://www.ergoaktiv.cz)

---

---

---

---

---

---

## Cévní mozková příhoda

Ztráta normálních kontrolovaných pohybů

Senzorické problémy

Poškození kognitivních a exekutivních funkcí

Psychologické a emocionální problémy

Sociální následky

---

---

---

---

---

---

## Po cévní mozkové příhodě

### 1. Období mozkového šoku

### 2. Fáze zotavování

Přetrvávání hypotonu

Vývoj směrem k normálnímu tonu

Vývoj směrem k hypertonu

---

---

---

---

---

---

## Zásady

Včasná a intenzivní péče  
Prevence sekundárních změn  
Zapojení postižené strany  
Podpora aktivního pohybu  
Podpora samostatnosti

---

---

---

---

---

---

## Zásady - rehabilitace

**Postup** od proximálního k distálnímu  
**Dbát** na polohu celého těla  
**Zvýšená pozornost** kyčli a rameni  
**Pasivní pohyb** → **asistovaný aktivní pohyb** → **aktivní pohyb**

---

---

---

---

---

---

## Globální ucelený přístup

**Spolupráce**  
**Výkon**  
Jedinec - fyzické, kognitivní, duševní funkce  
Aktivita  
Prostředí  
**Motivace**  
**Maximální využití schopností v běžném životě**  
**Přístup zaměřený na klienta**

---

---

---

---

---

---

Polohování

---

---

---

---

---

Posazování

---

---

---

---

Transfer

---

---

---

---

### Činnosti pohybového rozsahu

Čím delší neaktivita, tím delší nabýtí hybnosti.

Udržení a trénink všech pohybů ve všech kloubech

Tok informací do mozku.

Podpora krevního oběhu, zabránění otoku, facilitace samostatného aktivního pohybu.

---

---

---

---

---

### Specifické techniky pro funkční trénink

Aproximace

Tapping

Manuální tlak

Fixace

Odpór

Pokyny, oční kontakt

Handling

---

---

---

---

---

Trup

Stabilità

Aktivní pohyb

Hrudník

Pánev



4

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Kyčel – koleno - noha

**Kyčel** – zachování plné extenze

## Kontrola končetiny v prostoru

Péče o plosku



5

---

---

---

---

---

---

---

## Aktivity v sedu a ve stoji

Přenos váhy

## Zatížení končetiny

## Kontrola končetin v prostoru

---

---

---

---

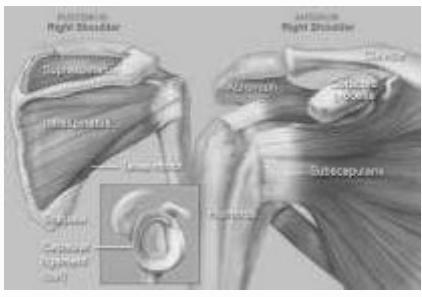
---

---

---

---

## Rameno



1

---

---

---

---

---

---

## Rameno

Pasivní a aktivní pohyb lopatky

Uvolnění

Jednoduché/složené pohyby

Pohyb s křížením středové osy

Samostatné cvičení klienta

Opory

---

---

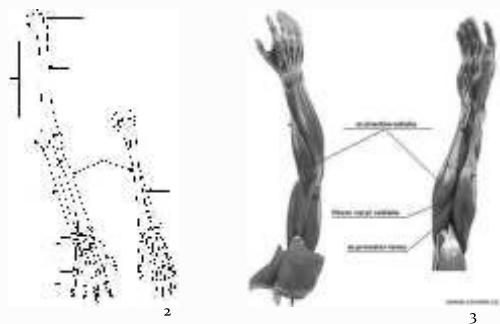
---

---

---

---

## Paže + ruka



---

---

---

---

---

---

## Paže + ruka

Trup a jeho funkce ve vztahu ke končetině

Poloha ramene

Pohyb v prostoru

Koordinace

Jemná motorika

---

---

---

---

---

---

## Komplikace

Spasticita/plegie

Subluxace

Bolestivé rameno

---

---

---

---

---

---

## Intermediální polohy

Leh na bříše

Klek s oporou o předloktí

Poloha lezení

Klek

Vzpřímený klek

---

---

---

---

---

---

## Podpora soběstačnosti

Cílem rehabilitace po cmp – samostatný výkon co nejvíce činností

Každodenní činnosti – součástí léčebného plánu (již od raných fází)

Správné provedení, asistence, vedení

Apraxie, porucha tělního schématu

Maximální zapojení postižené strany

---

---

---

---

---

---

## Podpora soběstačnosti

Oblékání

Hygiena

Sycení

Přesuny

Kompenzační pomůcky

---

---

---

---

---

---

## Další potíže

Faciální paréza

Afázie

Disartrie

Kognitivní funkce

Exekutivní funkce

Percepční poruchy

---

---

---

---

---

---

## Zdroje obrázků

1. WebMD. [online]. [cit. 7. 9. 2012 ]. Dostupné z <http://www.webmd.com/pain-management/picture-of-the-shoulder>
  2. OracleThinkQuest. [online]. [cit. 7.9.2012]. Dostupnéz <http://library.thinkquest.org/5777/ske6.htm> ;
  3. Ronie.cz. [online]. [cit. 7.9.2012 ]. <http://medicina.ronnie.cz/c-203-lateralni-strana-predikteti.html> ;
  4. Atkin. Typy svalů – rychlá a pomála svalovávlákna. [online]. [cit. 8.9.2012 ]. < <http://www.atkin.cz/clanek/465-typy-svalu-rychla-a-pomala-svalova-vlakna> >
  5. Trikonansan. Barefoot Yoga. [online]. [cit. 8.9.2012 ]. < <http://trikonasanans.blogspot.cz/2010/06/barefoot-yoga.html> >

# AGRESIVNÍ JEDNÁNÍ - JEDEN Z PŘÍZNAKŮ DEMENCE

autorka: Mgr. Jana Kumprechtová

## Agresivní jednání – jeden z příznaků demence

Mgr. Jana Kumprechtová



---

---

---

---

---

---

### Agresivita

- Agresivita klientů s demencí se liší od agresivity ostatních lidí.
- Agresivní jednání je pro pacienta často (subjektivně) jediným řešením dané situace, se kterou si neví rady.
- Některé prameny o agresivitě u demence vůbec nehovoří.
- Agresivní jednání budeme pro zjednodušení takto nazývat, s tím, že jsme si vědomi a respektujeme tuto výhradu.

---

---

---

---

---

---

### Pojmem agresivní jednání:

- Jedná se o jakoby úmyslné chování zpravidla v afektu.
- Demence bývá ve vyšším věku nejčastější příčinou poruch chování včetně agresivity.
- Zdaleka však neznamená, že by každý klient s demencí musel být agresivní.
- Naopak pokud je pacient s demencí agresivní, nemusí to být bez racionálního důvodu.



---

---

---

---

---

---

## Porozumění agresivitě klientů

- Klient často mnoha skutečnostem nerozumí a mnoho věci nedokáže řešit.
- Agresivní chování je potom východiskem z tohoto bludného kruhu.
- Porozumět agresivitě není vůbec jednoduché. Klient s demencí nám nedokáže vysvětlit, proč se tak chová.
- Nedomluvíme se s ním tak jako s ostatními klienty.
- Ošetřující personál často rezignuje a vysvětluje si agresivní chování klienta jeho povahou.
- Na toto vysvětlení je pak obtížné hledat východisko.



---

---

---

---

---

---

---

## PŘÍČINA AGRESIVITY

- Agresivita má zpravidla nějakou příčinu, vyvolávající moment.
- Tento moment, je náš cíl najít a odstranit.
- Tuto příčinu není snadné najít, ale klienti již sami tuto příčinu nenajdou.
- Nejsou schopni vysvětlit, proč jsou agresivní, nejsou schopni příčinu agresivity pojmenovat.

---

---

---

---

---

---

---

## PŘÍČINA AGRESIVITY

- Může se až zdát, že klienti k agresivnímu chování nemají žádný logicky důvod, že nelze najít žádnou příčinu, proč k takovému chování u klientů s demencí dochází.
- Přesto je ve většině případů se agresivní chování něčím vyvoláno.
- Stupeň demence není přímo úměrný pravděpodobnosti, s jakou se klient bude chovat agresivně.

---

---

---

---

---

---

---

### Návod na běžné řešení konfliktů

- Pro porovnání si uvedeme základní nastínění řešení konfliktů u běžné populace bez kognitivní poruchy.



---

---

---

---

---

---

### Návod na běžné řešení konfliktů KONFLIKT

- Jde o střetnutí protichůdných sil na cestě k cíli.
- Jako konfliktní vnímáme situaci, v níž je nutno vybrat z určitých variant či alternativ jednu.



---

---

---

---

---

---

### Návod na běžné řešení konfliktů Do konfliktu se dostávají :

- Potřeby
- Zájmy
- Cíle
- Názory
- Hodnoty
- Konflikty mohou nastat v činnostech, které realizujeme



---

---

---

---

---

---

## Návod na běžné řešení konfliktů

### Pocity při konfliktu

- Rozčilení
- Napětí
- Úzkost
- Strach
- Lítost
- Pocit viny
- Pocit křivdy
- Bezmoc
- Zlost
- Agrese



---

---

---

---

---

---

---

---

## Návod na běžné řešení konfliktů

### Prevence vzniku nedorozumění

- Příčiny:
- Předsudky
- Neschopnost vyjádřit svou myšlenku či názor
- Změna subjektivního za objektivní a naopak

---

---

---

---

---

---

---

---

## Návod na běžné řešení konfliktů

### Předsudky:

- Jednou z velmi účinných metod obrany před vlastními předsudky je souhrn informací.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Neschopnost vyjádřit svou myšlenku či názor

- Zde je jeden z nevhodnějších nástrojů volba krátkých vět, ideálně vět holých.
- Je třeba si nejprve uvědomit sumu informací, které chci předat a ty pak sdělit co nejpřímějšími větami.
- Nejlépe způsobem co věta to myšlenka.

---

---

---

---

---

---

### Návod na běžné řešení konfliktů Přehledný formát:

- Vhodný při kladení požadavků, či předkládání žádostí
- 1. co chci
- 2. proč to chci (oznamovací způsob)
- 3. jak to chci (oznamovacím způsobem, avšak s otázkou na konec. Jaký je tvůj názor na vše co jsem právě řekl?)

---

---

---

---

---

---

### Návod na běžné řešení konfliktů Subjektivizace a objektivizace

- Subjektivní prohlášení všude tam, kde mluvím sám za sebe, ze své zkušenosti.  
• (Velice se mi líbí Váš úsměv.)
- Objektivní prohlášení jen tehdy, máme-li za sebou snadno použitelný důkaz.  
• (Máte novou kytku na stole)

---

---

---

---

---

---

## Návod na běžné řešení konfliktů

### Otvírání a řešení konfliktů

- Konflikt je třeba otevřít a řešit co nejdříve je to možné.
- Čím později konflikt řešíme, tím více práce stojí nalézt dohodu.
- 



---

---

---

---

---

---

---

## Návod na běžné řešení konfliktů

### Konflikt je možné otevřít když:

- 1. víme, že konflikt existuje (uvědomujeme si vlastní negativní emoci, nebo nám někdo sdělil, že sám negativní emoci cítí)
- 2. máme čas a technické prostředky konflikt řešit
- 3. míra emočního tlaku nepřeruštá míru, při které nejsme schopni vnímat argumenty a potřeby druhé strany

---

---

---

---

---

---

---

## Návod na běžné řešení konfliktů

### Základní kostra řešení konfliktu:

- 1. ventilace (je –li třeba)
- 2. pojmenování konfliktu, případně i s konkrétní emocí
- 3. projevení zájmu (jak se, to cítíte vy?)
- 4. popis situace (bez výčitek, hledání viníka či ukazovacích zájmen)
- 5. dotaz na zájem (máte chuť s se mnou o tom popovídат?)
- 6. zde končí konfliktní část, pakliže nenastupuje sekundární konflikt

---

---

---

---

---

---

---

### Návod na běžné řešení konfliktů

#### Vyjednávání a návrh řešení

- Končí konfliktní část a nastupuje vyjednávání a hledání řešení.

---

---

---

---

---

---

### PŘÍČINY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ u klientů s demencí



---

---

---

---

---

---

### ***Neprozumění situací***

- Klienti s demencí si nedokáží mnohé situace racionálně vysvětlit - trpí poruchou myšlení.
- Nedokáží si vysvětlit, proč k nim přicházejí cizí lidé a zasahují do jejich soukromého prostoru.
- Pokud není tato situace dostatečně vysvětlena (tak že se sestra každý další den představí a pacientovi trpělivě vysvětli proč přišla a co bude dělat), může vést k neklidu a agresivitě.

---

---

---

---

---

---

### **Obranná reakce, pocit ohrožení**

- Agresivita může být v první řadě obranou reakcí v situacích, kdy se klient cítí být ohrožený, když se někdo příliš nepříjemně přibližuje a vstupuje do soukromého či intimního prostoru.
- K tomu dochází zejména v situacích, kdy pečující pomáhají s oblekáním, s osobní hygienou....
- S postupující demencí pacient přestane rozpoznávat své blízké a také pečující.
- Najednou začne mít pocit, že jsou kolem něj cizí lidé, protože nikoho z nich nepoznává.
- Je potom vcelku pochopitelné, že pokud ho tito „cizí lidi“ začnou bez dalšího vysvětlení např. převlékat, bude se cítit ohrožený.
- 

---

---

---

---

---

---

---

### **Nespokojenosť se svými schopnostmi**

- Klienti s demencí mají často problém smířit se se skutečností, že jejich schopnosti se zhoršují, že si určité věci nepamatují, něco nedokáží pojmenovat, neumějí se orientovat.
- Pokud však pečující tuto nedostatečnost nějakým způsobem zdůrazní, může to vyprovokovat agresivní reakci.



---

---

---

---

---

---

---

### **Změny**

- Demence přináší nepřetržitá zklamaní, frustrace, stresy.
- Je třeba připustit a uvědomit si, že i při citlivé péči o pacienty s demencí a respektovaní všech potřebných zásad a přes veškerou snahu dojde někdy ke změnám.

---

---

---

---

---

---

---

## **Nezvládaní úloh**

- Zejména se jedná o **orientaci realitou**.
- Hledání rodinných příslušníků, kteří nejsou přítomni (nebo ani přítomni byt nemohou, protože již zemřeli), může být někdy výchozí situací.
- Pokud tuto situaci ošetřující zpracuje citlivým způsobem, validací, odvedením pozornosti a podobně, pravděpodobně bude vše probíhat uspokojivým způsobem.
- Pokud by se ošetřující snažil pouze vysvětlit, že tu rodinný příslušník nemůže být, protože je už mrtvý, mohlo by to způsobit i velmi bouřlivou reakci, protože pacient s demencí neví, že je jeho blízký mrtvý, a mohl by tuto informaci zpracovávat jako novou.

---

---

---

---

---

---

## **Neočekávané reakce**

- Agresivitu může způsobit také rychlá a nenadálá změna, například „nenadálý“ příchod pečujícího ze zadu, kde jej klient neočekává.
- Klienta s demencí, může zneklidnit i rychlé uchopení, příliš hlasité oslovení



---

---

---

---

---

---

## **Podezírání jiných**

- U mnoha klientů s demencí se tento syndrom začíná projevovat tím, že se mu „ztrácejí věci“.
- Tato situace je vysvětlitelná poruchou paměti.
- Klient si někam předmět uloží a zapomene, kam si jej uložil. Pokud se předmět najde, nevpomene si již, že jej tam uložil on sám.
- Tyto situace jsou pro něj nové a nedokáže si je vysvětlit.
- V případě demence se jedná o (chybné) zpracování chybných informací.

---

---

---

---

---

---

### ***Nezvládnutá porucha chování***

- Agresivita bývá také důsledkem neúspěšné snahy pečujících zvládnout jiné poruchy chování, například pokřikování, vstupování do prostoru jiných klientů.....
- V těchto případech je třeba řešit komplexně nejen agresivní chování, ale je třeba zejména zrevidovat postup pečujících v těchto situacích a nalézt takový způsob, který povede k jejich zmírnění a nebude naopak provokovat agresivitu.

---

---

---

---

---

---

### ***Manipulativní chování a upoutávání pozornosti***

- Někdy ale je agresivita součástí manipulativního chování.
- Jedná se o způsob, jak klient donutí okolí, aby mu vyhovělo tak, jak on potřebuje.
- Řešit tyto případy je samozřejmě velmi složité a na rozdíl od všech předešlých případů je třeba nepodléhat těmto manipulativním požadavkům.

---

---

---

---

---

---

- Velmi obdobnou situaci, ke které musíme přistupovat obdobně důsledně, je agresivní chování, kterým si klient zajíšťuje pozornost personálu a celého okolí.
- Tyto případy jsou spíše ale výjimkou, většina případů agresivity má svou příčinu, kterou můžeme vypozorovat, odstranit a zlepšit tak komfort klientů i pečujících.

---

---

---

---

---

---

## Porozumění situací

- K porozumění situací, které provokují agresivní chování, je třeba analyzovat tyto příčiny, ve kterých k agresivitě dochází.
- Zamyslet nad situací a prostředím, ve kterých agresivní chování vzniklo, nad reakci personálu a podobně.

---

---

---

---

---

---

## Základní otázky:

- Okolnosti vzniku agresivního chování?
- Typ agresivního chování?
- Následky tohoto chování?



---

---

---

---

---

---

Vzniká agresivní chování v určité době, hodině?  
Kdy a kde k němu zpravidla dochází?  
Existují nějaké nápadné souvislosti, existuje někdo, kdo pravidelně bývá s klientem bezprostředně před agresí?  
Kdo je terčem agresivního chování?  
Co osoba, která je terčem agresivního chování, dělala bezprostředně před agresí?  
Co se dělo v okolí klienta?



---

---

---

---

---

---

• **Důsledky:**

- Jak reagují pečující na pacientovo agresivní chování?
- Jak postupovali: snažili se ho uklidnit, napomínali ho?
- Jaká byla reakce pacienta na postup personálu ?

---

---

---

---

---

---

### Zaznamenávání jednání

- Odpovědi na tyto otázky je třeba zaznamenat.
- Všichni členové ošetřujícího týmu by měli být s tímto postupem obeznámeni.



---

---

---

---

---

---

### ZVLÁDÁNÍ SITUACÍ AGRESE

- Ošetřující by měl vždy reagovat klidně a bez emoci, ale dostatečně jistě, rozhodně. Takovýto postup je u agresivity při demenci nejspolehlivější.
- Pokud je možné navázat i verbální kontakt, je dobré odvést pacientovu pozornost jinam, opustit okruh problémů.

---

---

---

---

---

---

## ZVLÁDÁNÍ SITUACÍ AGRESE

- Důležité ale je, aby ošetřující vždy zdůraznil, že už na tom nezaleží a že to pacientovi nezazlívá, ale není vhodné, aby se klient choval takhle, když se mu všichni snaží vyhovět.

---

---

---

---

---

---

## Návyky pro zvládání agresivního chování:



- zachovat klid a rozvalu
- chovat se klidně, klidný hlas
- věnovat takovému klientovi zvýšenou pozornost, povídат si s ním
- udržet s klientem verbální kontakt
- někdy (pokud máme s klientem tuto zkušenosť) může pomoci vzít za ruku
- zeptat se, co je třeba řešit, co jej tak rozčililo; často se podaří zjistit příčina pacientova chování
- využití uklidňující hudby či zvířete

---

---

---

---

---

---

## Odvedení pozornosti

- Jednou z účelných a užitečných metod, jak snížit riziko agrese, je odvedení pozornosti.
- Snažíme se hovořit o něčem jiném, o čem víme, že s momentálním stavem nesouvisejí a neprovokují jeho neklid a agresivitu.
- Hovoříme klidně, srozumitelně, krátkými větami.
- Cílem je vést klienta k tomu, aby se přesunul z oblasti, která provokuje jeho agresivitu, tam, kde je v pohodě a v bezpečí.
- Tyto „oblasti“ jsou u každého klienta jiné a je vhodné je mít zaznamenané a uvedené v individuálním plánu.
- Pokud není možné navázat verbální komunikaci,
- Nerozumí nám nebo se neumí vyjádřit, je vhodné nabídnout určité činnosti nebo drobné předměty, které má rád a které ho uklidňují



---

---

---

---

---

---

# Děkuji za pozornost



---

---

---

---

---

---

---

---

# DIABETES MELLITUS VE STÁŘÍ

autorka: MUDr. Dagmar Langová

## Diabetes mellitus ve stáří

Dagmar Langová  
Diabetologické centrum IK IPVZ  
Krajská nemocnice T.Bati a.s.  
Zlín

Každé životní období vtiskuje nemocni specifické rysy  
( i když nemoc sama má obecné znaky a projevy )

Vyšší věk = choroba probíhá řadu let, tedy přítomny komplikace, nutnost posilovat léčbu

Ale také se může nemoc diagnostikovat nově – tím požadavky na zásahy do stávajícího způsobu života i léčby jedince



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Epidemiologie – s věkem nárůst výskytu DM i PGT

DM ve věku 20-30 let výskyt 2-3%

ve věku nad 65 let až ve 20%

Pokud aktivně nepátráme, porucha často  
nediagnostikována

Lab dg shodná – glykémie nalačno a nejlépe i po jídle  
( HbA1c není zatím oficiální dg kriterium )

---

---

---

---

---

---

Ve stáří se vyskytují se všechny typy DM

**DM 1**– pokračující z mladšího věku

nově diagnostikovaný ( LADA )

Oba vyžadují léčbu inzulinem nejlépe IIR

**DM typ 2** – dieta, PAD, inzulinové režimy lépe co  
nejjjednodušší , s výhodou jednorázové  
aplikátory

**PGT**– dieta

---

---

---

---

---

---

### Odlišnosti průběhu DM ve stáří

Již při dg často přítomny **cévní komplikace** – zejména  
makroangiopatie ( ICHS, AS cerebri, ICH DKK )

dložo **asymptomatický průběh** ( maskuje jiné poruchy,  
polydipsie nebývá klinicky vyznačena, jediný projev =  
váhový úbytek ), dg náhodná – po odběru glykémie

**Nebývá skлон ke ketoacidóze** ( na rozdíl od mladších  
jedinců spíše hyperosmolární neketoacidotické koma  
než diabetická ketoacidóza )

Obraz modifikují **komorbiditý** ( renální a kardiální  
insuficiece )

---

---

---

---

---

---

## Projevy DM x projevy jiných onemocnění

Polyurie ( uroinfekce, prostatické potíže )  
Váhový úbytek, únavnost ( anémie, malnutrice, infekce, deprese )  
Nefropatie ( chronické selhání ledvin, obstrukční nefropatie, hypertenze )  
Neuropatie ( deficit vit B, neurolog změny ve stáří )  
Retinopatie ( katarakta, makulární degenerace sítnice )  
Koronární a periferní cévní postižení ( nárůst výskytu ve stáří )  
Autonomní neuropatie - dysfunkce ( parkinsonismus )  
Svalová slabost, myopatie ( revmatické polymyalgie, osteoporóza, osteoartróza a artritida )  
Infekce ( ve stáří zvýšený výskyt ) - často primomanifestace DM při infekci ..závažnější průběh !!

## Terapie DM ve stáří

Neliší se od obecných principů, ale jejich použití omezenější  
-DIETA , FYZICKÁ AKTIVITA ( ?? )  
– naše požadavky a realita - jídelní zvyky, stav chrupu a zažívání, jiná zdravotní omezení – artrosy nosných kloubů, závratě ..alespon vynechat cukr a snažit se o mírnou redukci hmotnosti

## Farmakoterapie - PAD

Pečlivý výběr preparátu  
- zvážit jeho hypoglykemizující potenciál  
Interakce s ostatní medikací a komorbiditami ..viz prolongovaný efekt glibenclamidu  
KI u metforminu – renální glitazonu - kardiální ..  
Aktivně pátrat po hypoglykémích, sledovat hmotnost ( viz malnutrice u starých osob ), výskyt nových nemoci

### Farmakoterapie - inzulín

Vždy u DM 1 – pokud možno IIR  
pokud se manifestuje v pozdějším věku,  
problematické  
DM 2 – zvážit typ inzulinové terapie  
( kombinace krátkodobého a dlouhodobého x  
premix) aplikační technika  
dohled na aplikaci, jídlem,  
možnost selfmonitoringu –  
rodina

---

---

---

---

---

---

### Specifické požadavky na léčbu DM ve stáří

Volit co nejbezpečnější léčbu  
  
Zohlednit stávající omezení , která mohou  
výběr léčby ovlivnit  
– oční ( visus)  
-- hybnost a obratnost končetin – i horních !  
-- kognitivní stav, rodinné zázemí , dohled

---

---

---

---

---

---

### Cílové léčebné hodnoty upraveny

Zahajovat léčbu až při FPG 7 mmol/l a více  
Při léčbě nesnižovat FPG pod 6 mmol/l  
( vyhýbat se poklesu pod 5 mmol/l )  
Hypoglykémie 4 mmol/l a více ohrožuje pacienta na  
životě , projevuje se maskovaně jako zhoršení  
kognitivních funkcí, pády, provokací TIA a CMP,  
kardiálních syndromů včetně i.m. , arytmii  
HbA1c akceptováno do 60 mmol/mol  
Důležitá je absence obtěžujících symptomů – polyurie,  
únavnosti

---

---

---

---

---

---

## Nejdůležitější požadavek

## - NEUŠKODIT

( Nihil nocere )

**Děkuji za pozornost**



# DIABETES MELLITUS

autorka: MUDr. Dagmar Langová

## Diabetes mellitus

DAGMAR LANGOVÁ  
DIABETOLOGICKÉ CENTRUM IK IPVZ  
KRAJSKÁ Nemocnice T.BATI A.S.  
ZLÍN

---

---

---

---

---

---

## Historické poznámky

- První písemné zmínky o DM ze starověku
- Egypt : v hrobce v Thébách nalezen 1862 německým egyptologem Georgem Ebersem papyrus popisující kliniku diabetu – „vzácná choroba vedoucí k trvalé žízni, nutnosti pití velkého množství tekutin, hubnutí, nepříjemnému zápachu, končící smrtí „
- ( tj DM typ 1 s rozvojem ketoacidosy )
- **Ebersův papyrus**

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

- Areteus z Kappadokie
- Navazuje na egyptské znalosti , popisuje diabetes jako „strašnou nemoc , při níž se rozpouštějí svaly do moči, žízeň je neuhasitelná, nemocného provázejí hejna much a vos, je vyčerpaný, je mu na zvracení a pak umírá „
- „diabetes „ - „diabainó“
- tj nemocným člověkem voda protéká
- Galén z Pergamonu považoval za příčinu choroby ledviny

---



---



---



---



---



---



---

- Další záznamy v 1. tisíciletí n.l.
- - Čína, Indie, Írán
- Avicenna -Abu Ali alHusayn ibn Abdallah ibn Sina na přelomu 10. a 11. století popsal přesně diabetickou gangrénu končetiny
- ALE až z novověku pocházejí významné poznatky :
- Paracelsus ( 1493-1541 ) považuje DM za onemocnění celkové, nikoli postižení ledvin
- Thomas Willis ( 1674 ) - cukr je nejdříve v krvi, teprve pak přechází do moči ..jde o onemocnění krve
- A přidává k označení „diabetes“ ještě „mellitus „

---



---



---



---



---



---



---




---



---



---



---



---



---



---

### Rozvoj poznatků v 19. století

- 1815 u diabetiků je nadbytek glukosy v krvi ( franc chemik a lékař M.E.Chevreul )
- 40. léta metody na stanovení glukosy v moči ( Fehling )
- 1857 český internista V. Petters popisuje aceton v moči diabetika
- 1869 A.Kussmaul popisuje hyperpnoe u diabetického komatu ( Kussmaulovo dýchání )
- 1889 vyvolání experimentálního DM u psů po extirpací pankreatu ( J. von Mering a Oskar Minkowski )

---

---

---

---

---

---

### ... co produkují pankreatické ostrůvky – a jak získat účinnou látku ? ...

- Více pokusů, ale pro různé komplikace – nežádoucí účinky, kožní reakce po podání extraktů pankreatu – lidem nepodáváno
- Až 1920 chirurg Frederic Banting, profesor fyziolog ústavu J.J.R. Macleod, medic Charles Best – Toronto , Kanada , získán čistěný vodný extrakt „isletin“ za pomoci chemika J.B. Collipa
- 1922 záchrana lidského života – Leonard Thompson ( 13 letý) přežil díky podání „isletinu“ diabetické koma
- Isletin pak přejmenován na inzulín
- **Nobelova cena 1923** za objev a využití inzulínu
- --následně komerční výroba inzulínu ( Eli Lilly ) ..
- Po éře čistěných zvířecích inzulínů
- dnes jen humánní plně biosynteticky vyráběné inzulíny

---

---

---

---

---

---

ELI LILLY.



---

---

---

---

---

---

## Diabetes mellitus - epidemiologie

- DM tvoří část poruch homeostázy glukosy,
- Diabetický syndrom je z hlediska etiologie heterogenní ,
- v evropské populaci tvoří typ 2 cca 90% a narůstá vlivem civilizačních faktorů –změny způsobu života ve 20. století
- (denní příspun energie organismu převyšuje jeho výdej)
- Zatímco před 100 lety onemocnění řidké
- v posledních 20 letech výrazný nárůst
- ( „epidemie diabetu „ počátkem 21. století )
- Narůstá nejen DM 2, ale i DM 1 (autoimunitně podmíněný ) – zde nárůst méně prudký , ale vyvolávající příčiny nejasné

## Situace v ČR ( dle hlášení UZIS )

- nárůst zejména v posledních 30 letech
- zdvojnásobení počtu diabetiků za posledních 20 let
- **DM typ 1**...za 15 let vzestup incidence ze 6,8 na 18,3/100 000 obyv., stejně hoši jako dívky
- **DM typ 2** ..90% všech diabetiků, provázeno makrovaskulárními komplikacemi,
- akt DM celkem cca 7,6% populace ,
- více ve skupině s BMI nad 30 kg/m<sup>2</sup>

## Klasifikace poruch homeostázy glukozy

### A. Diabetes mellitus

- typ 1 – autoimunní
- idiopatický
- Typ 2 – převážně inzulinrezistentní
- převážně inzulindeficientní
- Ostatní specifické typy ( dříve sekundární )
- Gestační diabetes mellitus

### • B.další poruchy homeostázy glukozy

- Hraniční glykémie nalačno ( IFG )
  - tj 5,6-6,9 mmol/l nalačno
- Porušená glukosová tolerance ( PGT )
  - tj nalačno pod 7,0 mmol/l
- A ve 120. minutě oGTT 7,8-11,0 mmol/l

### Komplikace diabetu – mikrovaskulární

#### • Diabetická retinopatie

- u DM 1—prevalence cca 45%
- u DM 2 – prevalence cca 30%

#### • Diabetická nefropatie

- u DM typ 1 – MAU 12-27%, manifestní 24%
- u DM typ 2 MAU 19-42%, manifestní 33%

#### • Diabetická neuropatie

- u DM typ 1 – od 13 do 54%,
- u DM 2 cca 33%

### Projevy diabetes mellitus

- -charakterizován změnou v metabolismu glukosy – vlivem abs nebo relat deficitu inzulínu není organismus schopen udržet její koncentraci v rozmezí normálových hodnot
- HYPERGLYKÉMIE nalačno i posptrandiálně je hlavním dg kriteriem
- Při dosažení renálního prahu pro glukosu tj plasmat koncentrace 10 mmol/l – GLYKOSURIE
  - ( ztráty glukosy do moči provázeny ztrátami vody )

## Klinika DM

- **Žízen, polyurie ( i noční ), polydipsie**
- .. Vnímání žizně individuální, zejm starší lidé se adaptují
- ..renální práh pro glukosu kolísá – během dne, s věkem, s trváním DM
- ..hmotnostní úbytek i 10 kg
- ..zhoršená chut k jídlu ( zejm. u starších, přispívá k váhovému úbytku )
- ..únavnost
- Oligosymptomatický ( a asymptomatický ) průběh
- ---pozdí diagnosa a tím možnost rozvoje komplikací
- ..

---

---

---

---

---

---

---

## Další možná manifestace DM

- Zánětlivá postižení ( urogenitální , často mykotické infekce, nehojící se rány nebo kožní infekce)
- Přítomnost pozdních cévních komplikací
- jako manifestace DM – u DM 2 :
- *Oční*
- *Neuropatie* periferní nebo viscerální
- *Předčasná aterosklerosa* – rozvoj ICHS
- ( s oligosymptomatickým průběhem - chybění stenokardii v důsledku autonomní neuropatie )

---

---

---

---

---

---

---

## DM typ 1 a jeho léčba

- Genetická predispozice s výrazným vlivem prostředí ( autoimunní proces s velkým podílem T lymfocytů – detektovatelné protilátky, ale i „idiopatický“ bez detekce Ab )
- -klasická manifestace v dětství
- -ale i pomalá manifestace v dospělosti nebo ve stáří ( LADA ) !!
- ... destrukce autoimunních ostrůvků

---

---

---

---

---

---

---

### Léčba DM typ 1

- --pouze **inzulin**,
- většinou nevelká spotřeba ( dávky i 20 j/den ) nejlépe intenzifikované inzulinové režimy za provádění selfmonitoringu s následnou úpravou dávek
- Vzhledem k postupnému plnému vymízení vlastní sekrece inzulínu a pak i glukagonu se stává labilním

---

---

---

---

---

---

### DM typ 2 a jeho léčba

- Dříve NIDDM, většina dospělých diabetiků
- Dnes nejrozšířenější civilizační choroba
- Hlavní spouštěcí faktor vzniku – nevhodný životní „western“ styl ( přejídání, mně pohybu - tj převaha přísnu energie nad jejím výdejem )
- ( A malé procento dalších -
  - monogenní formy diabetu MODY
  - mitochondriální DM )

---

---

---

---

---

---

### Genetika DM 2

- Významná – predisponující geny v rodinách
- - ale etiologie komplexní, multifaktoriální
- Riziko DM 2 u potomka jednoho diabetického rodiče 3,5 x vyšší než v běžné populaci
- U potomka obou diabetických rodičů je riziko 6,1 x vyšší
- Častěji se dědí DM s ranějším nástupem
  - ( než formy propukající ve starším věku )
  - X ale v rodinách sdíleno prostředí a zvyky !!

---

---

---

---

---

---

## Terapie DM 2



### • DIETA

- Hlavní pilíř léčby – tj vhodný způsob stravování příznivě ovlivňující onemocnění
- Levná a účinná
  - X mnoha pacienty hůře akceptovaná
  - ( výrazná změna dosavadního životního stylu )
  - Energet obsah : polysacharidy 55%-60%, bílkoviny 15%, nasycené MK max 15%
- Dle obsahu sacharidů a kcal - 4 stupně
- + biologická hodnota stravy !!
- ( vitaminy, minerály, vláknina + tekutiny !! )

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

## Terapie DM 2



### • Fyzická aktivita

- Příznivý účinek – snižuje glykémii, zlepšuje utilizaci glukozy v organismu, upravuje lipidové spektrum snižuje podíl tělesného tuku
- Upravuje TK
- Pravidelný pohyb = nejsilnější preventivní faktor vzniku DM u rizikových osob ( PGT, obesita .. ) - snižuje až o 60% !!
- ...compliance nemocných ???

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

## Terapie DM 2 – PAD (perorální antidiabetika )

- - deriváty sulfonylurey
- = inzulinová sekretagoga,
  - tj jen při zachovalé sekreci inzulinu z BB , historicky nejdéle používaná,
- dnes preparáty II. generace
- **Glibenclamid**
- *Glimepirid, gliquidon, gliclazid*

---

---

---

---

---

---

## PAD

- **Glinidy**
- Odvozeny od molekuly glibenclamidu
- Působí klinicky podobně jako der SU, ale efekt výrazně kratší ( váží se na jiné vazebné místo)
- - tedy při podávání před jídlem ovlivnuje výrazně postprandiální glykémii , ale pro krátké trvání účinku výrazně sníženo nebezpečí hypoglykémie
- *Repaglinid, nateglinid*

---

---

---

---

---

---

## PAD



- **Biguanidy** ( šetřící inzulin ) na trhu cca 40 let
- -nezvyšuje přímo sekreci inzulínu z BB –hmotnost !
- snižuje komplexními mechanismy inzulinovou rezistenci,
- zlepšení fce B buněk je nepřímé,
- Patrně i snižuje ve střevě absorpci glukosy
- *Metformin*
- !! KI u renálního selhání muži kreat 130  
..ženy kreat 120 umol/l ,
- !! NU při nedodržení KI - *laktátová acidosa* - 50% mortalita !!

---

---

---

---

---

---

## PAD



- **glitazony** ( inzulinové senzitizéry )
- Protektivní vliv na BB pankreatu
- Ovlivnění metabolismu tukové tkáně
- Vliv na metabolismus inzulínu resp senzitivitu na inzulín
  - ve svalové a jaterní tkání
- - *pioglitazon* ( dříve i *rosiglitazon* )
- KI a NU – retence tekutin – tj otoky u kardiáků
- Nově zvažován u starších mužů vliv na Ca moč měchýře

---

---

---

---

---

---

## PAD



- **Inhibitory alfa-glukosidáz**
- u nás využívány málo ( viz NU, cena )
- *Akarbosa* - pseudotetrasacharid, zpomalující štěpení sacharidů metodou kompetitivní inhibice – snižuje resorpci cukrů z tenkého střeva . Tedy brání vzestupu PPG
  - ( další – *miglitol* )
- Vhodné pro časné fáze nemoci nebo jako doplnková terapie x NU

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

### Nové preparáty

- Inkretiny
- ( peptidy fyziologicky se uvolnující v trávicím ústrojí v reakci na příjem potravy – komplexní efekt – inzulinotropní efekt, ochrana B buněk, snad i jejich regenerace resp apoptosu , vliv na sekreci glukagonu.. přirozený GIP a GLP-1 –krátký poločas )
- V léčbě *inhibitory DPP-IV (gliptiny)* – zpomalená degradace GLP-1 (tbl per os)
- *Analoga GLP-1* – exenatid, liraglutid.. ( inj s.c.
- 1-2x denně , nové preparáty 1x týdně ? i méně často )

---

---

---

---

---

---

### .. A taky antiobesika !!

- Podpůrná léčba - váhový úbytek příznivě ovlivnuje kompenzaci DM
- *Orlistat* ( inhibitor střevní lipázy ) užívá se 3x denně k jídlu x NU
- *Sibutramin* ( centrálně působící ) 1x denně, stažen
- Na obzoru nový preparát – kombinační, zdá se nadějný

---

---

---

---

---

---

### Inzuliny – jejich dělení

- Klasické krátce působící inzulíny
- tj neutrální vodné roztoky
- při s.c. podání nástup účinku za 30 minut,
- max 1-3 hod, trvání 4-6 hod
- *Humulin R, Actrapid, Insuman Rapid ..*
- Lze podávat s.c., i.v., i.m., intraperitoneálně,
- i.v. infuzí

---

---

---

---

---

---

### Inzulíny – jejich dělení

- Ultrakrátkce působící inzulíny
- ( inzulínová analogy )
- Biosynteticky modifikovaná analogy lidského inzulínu
- Nástup účinku do 10-15 minut,
- max efekt za 30-45 minut ,
- doba působení 2 hod ( 2-5 hod )
- *Humalog, Novorapid, Apidra ( s.c. )*
- lépe napodobují fyziologickou sekreci,
- nižší riziko postprandiální hypoglykémie
- 

---

---

---

---

---

---

### Inzulíny – jejich dělení

- Středně dlouze působící inzulíny -
- Zkalené substance , pro s.c. a i.m. podání
- ( nelze i.v. !! )
- Nástup za 1-2 hod., max 4-12 hod, trvání 12-24 hod
- Protaminové inzulíny
- *Humulin N, Insulatard, Insuman Basal ,*
- A zink-inzulin suspenze *Monotard HM*
- 

---

---

---

---

---

---

## Inzuliny-jejich dlení

- Směsi krátce ( resp ultrakrátce) a středně dlouze působících inzulínů
  - - rychlejší nástup, delší trvání efektu ( spojí vlastnosti obou )
  - Aplikace s.c. a i.m.
- *Humulin M3, Mixtard 30, InsumanCombi*
- *Novomix 30, HumalogMix 25 a 50*

---

---

---

---

---

## Inzuliny – jejich dlení

- Dlouze působící inzulíny ( inzulinová analoga s dlouhotrvajícím účinkem)
- Nástup za 3 hod, trvání 24-36 hod
- Pro pomalý „náběh“ nutno s úpravami dávek vyčkávat nejlépe á 2-3 dny !
- Výborně napodobuje bazální sekreci inzulínu - pro nižší fluktuaci glykémii menší riziko hypoglykémii, menší váhové přírůstky, aplikace 1x denně – čas aplikace volitelný
- *Glargin ( Lantus )*
- *Detemir ( Levemir )*

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

### ...a kombinovaná léčba

- Kombinace několika PAD
- ( metformin, glitazon, glinid, gliptin, derivát sulfonylurey )
- kombinace PAD a insulin
- ..bud aplikace inzulinu nebo směsí inzulinu + metformin
- ..nebo kombinace PAD + tzv basálního inzulínu
- .. A k tomu injekce GLP-1

---

---

---

---

---

---

### ..také velký výběr..a co teď?

- Možnost individualizace léčby pro daného pacienta –
- Je obesní ? Jak mnoho má pohybu ?
- Liší se jeho denní režim během týdne ?
- Má problémy s dodržováním diety ?
- Jsou u něj již přítomny orgánové komplikace diabetu – jaké ? Vedou k omezení jeho možné léčby ?

---

---

---

---

---

---

### Literatura

- Jan Škrha et al
- Diabetologie ( Galén 2009 )

---

---

---

---

---

---



**REMINISCENČNÍ TERAPIE**  
autorka: Mgr. Jana Kumprechtová



## Reminiscence

Mgr. Jana Kumprechtová

---

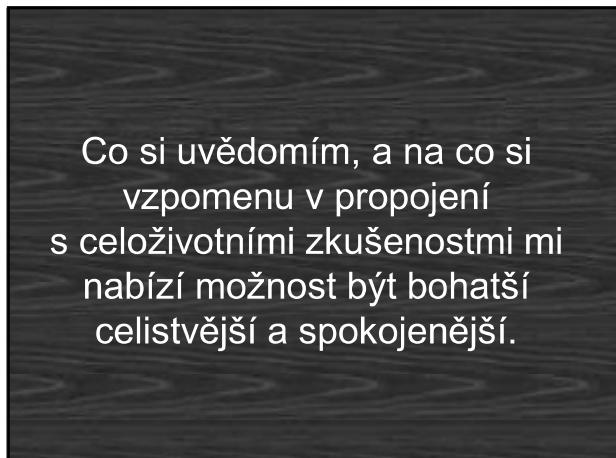
---

---

---

---

---



Co si uvědomím, a na co si  
vzpomenu v propojení  
s celoživotními zkušenostmi mi  
nabízí možnost být bohatší  
celistvější a spokojenější.

---

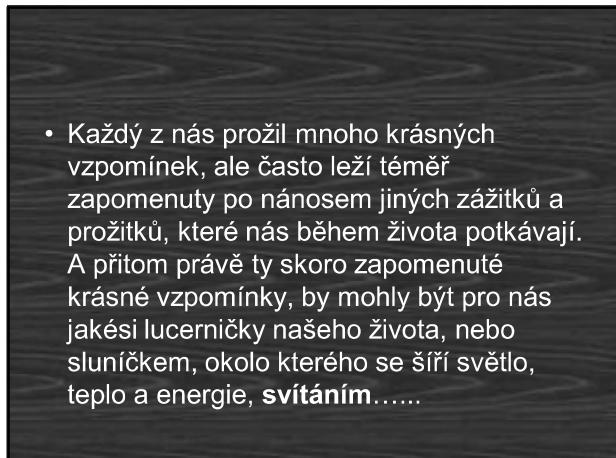
---

---

---

---

---



- Každý z nás prožil mnoho krásných vzpomínek, ale často leží téměř zapomenuty po nánosem jiných zážitků a prožitků, které nás během života potkávají. A přitom právě ty skoro zapomenuté krásné vzpomínky, by mohly být pro nás jakési lucerničky našeho života, nebo sluníčkem, okolo kterého se šíří světlo, teplo a energie, **svítáním.....**

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

- Z tohoto poznání vychází **reminiscenční terapie**, je to proces řízených vzpomínek a vyvolávání příjemných vzpomínek na události, nebo zážitky z minulosti, které jsou pro každého velmi hodnotné.
- Celá terapie se zaměřuje na prohloubení pozitivního myšlení a celkové vyladění.



---

---

---

---

---

---

- Vzpomínání je chápáno jako běžná zkušenosť, která má zvláštní význam pro všechny lidi.
- Zdůrazňuje zachované schopnosti a posiluj pocit vlastní hodnoty a sebeúcty

---

---

---

---

---

---

## **Reminiscence:**

- Je aktivizační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování si prostřednictvím různých podnětů.
- Je vhodná pro všechny seniory a má preventivní a aktivizační význam.
- Vybavování vzpomínek je závislé na podnětech z vnějšího světa.

---

---

---

---

---

---

## **Vliv reminiscence**

- Aktivizace, pozitivní emocionální vyladění, humor
- Stimulace paměti
- zmenšení úzkosti, životní bilancování, uspořádání života
- Sociální začlenění – společně sdílená zkušenost, společná téma, identifikace s vlastní generací
- Validace – podpora hodnoty člověka, jeho příjetí jaký je
- Zvýšení zájmu ze strany personálu, častější kontakt
- Intergenerační sdílení

---

---

---

---

---

---

## **Vzpomínání**

- přirozená duševní činnost člověka – vybavování starých paměťových stop
- Oživování minulosti v představách, při vyprávění příběhů, při kreativní činnosti
- Subjektivní interpretace minulé zkušenosti (své vlastní i druhých lidí, osobních zážitků i historických událostí)
- Vzpomínání – sdílení společného, posilování sociálních vazeb

---

---

---

---

---

---

## Vzpomínky

- Stopy toho, co se v životě člověka událo – životní události, zlomové okamžiky
- Vědomě člověkem akceptovány a vyjadřovány tak, aby vyhovovaly představě o sobě samém a o druhých.
- Mohou obsahovat skryté, nevědomé akce osobnosti.
- Obsahují překroucení a vynechávky, není však podstatné, zda přesně odpovídají skutečnosti, či nikoliv.
- Vzpomínání je spíše procesem konstrukce
- dřívějších skutečností,
- nežli jejich věrná rekonstrukce.

---

---

---

---

---

---

---

## Vzpomínky

- **Vzpomínky a vzpomínání slouží člověku k dosažení jeho současného cíle, vztahují se k osobním hodnotám a potřebám. (Vyrovnat se s něčím, adaptovat se, udržet kontinuitu, potvrdit svoji identitu, svoji cenu)**
- Význam vzpomínky spočívá v tom, že je přítomná (je vybavena a vyjádřena – vyslovená, zapsána)

---

---

---

---

---

---

---

## Individuální potřeba vzpomínat

- **Potvrzování vlastní identity, kontinuity vlastního života (Pořád jsem to „Já“)**
- **Životní bilancování**, potvrzování hodnoty života (život měl cenu)
- **Osobní přesah**– předávání zkušeností a informací mladším generacím
- **Uvolnění energie, emocí**– vzpomínky povznášejí, dojímají
- **Sociální začleňování**, překonání izolace – hledání a sdílení společné minulosti, společné vzpomínání.
- Hledání a identifikování toho, **co nebylo v životě uzavřené**, dokončené.

---

---

---

---

---

---

---

## **Práce se vzpomínkami**

- Systematické zapojování vzpomínek do aktivit připravovaných pro seniory s cílem zlepšení kvality jejich života.
- Vytváření příležitostí pro vzpomínání jako přirozené součásti života.

---

---

---

---

---

---

## **Komunikace v reminiscenční terapii:**

- Součástí této metody je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s klientem. Tato aktivizace může být skupinová, nebo individuální.
- Má za cíl zlepšení stavu klienta, ale také posílení jeho lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a také pomoc a podpora.

---

---

---

---

---

---

## **Úvodní rozhovor:**

- Před samotnou reminiscenční terapií je vhodný počáteční rozhovor s klientem, jeho rodinnými příslušníky, ošetřujícím personálem.
- Tento rozhovor se zabývá následujícími skutečnostmi, které jsou pro další aktivizaci důležité a potřebné.

---

---

---

---

---

---

## Úvodní rozhovor:

- Zda klient je rád v kolektivu, nebo spíše vyhledává samotu.
- Do jaké míry rozumí mluvené řeči.
- Zda se klient umí slovně vyjádřit, nebo zda preferuje jiné způsoby a pokud ano jaké (kresba, pohyb, zpěv)
- Zjistit rodinou anamnézu, rodinné vztahy, klientovy zájmy, zdravotní stav, dřívější traumatizující zážitky, které by mohly vést k rozrušení.

---

---

---

---

---

---

---

## Vybavování na základě:

- Předmětů z mládí klientů
- Fotografií
- Vyprávění
- Staré filmy



---

---

---

---

---

---

---

## Využití vzpomínek jako cest ke zlepšení kvality života

- Záměrné a systematické využívání jinak běžné každodenní lidské činnosti – vzpomínání.
- Cílem je vyvolat příjemné vzpomínky, které mají pro člověka důležitou hodnotu.
- Důležitým prostředkem jsou skupinová setkání, hry, aktivity, umění – dramatické a výtvarné – integrační a multikulturní programy
- **Prostor pro zlepšení kvality života.**

---

---

---

---

---

---

---

## Funkce reminiscenční terapie

- **Interpersonální funkce**– bilancování života, porozumění nevyřešeným životním situacím a úkolům
- **Interpersonální funkce**– začlenění ve skupině, sociální integrace
- **Informační funkce**– předávání vlastního pohledu na minulost, identifikace s vlastní generací, intergenerační sdílení
- **Aktivizační funkce**– stimulace paměti, smysluplná aktivita
- **Adaptační funkce**– udržení kontinuity života při jejím narušení, potvrzování vlastní hodnoty, když je popírána, hledání smyslu života, když se začne ztrácat – (např. při vstupu do institucionální péče)
- **Funkce kreativního sebe-vyjadřování**(koláže, knihy života...)

---

---

---

---

---

---

---

## Hodnota vzpomínání pro seniory v instituci

- **Adaptační mechanismus**
- **Kognitivní aktivace**– zaměstnání myslí a paměti
- **Prožívání** situací tak, jak kdysi proběhly, příležitost hodnotit je s odstupem a s humorem
- **Pocítování**idálných smyslových vjemů a emocí (krása, vůně, humor, smutek...)
- **Významný prvek komunikace mezi lidmi**, stimuluje kontakty, ovlivňuje mezičlenské vztahy
- **Posílení vztahu**mezi personálem a klientem – zdroj informací o člověku – klient se stává jedinečnou osobností, která zaslouží úctu, zájem, soucit, lásku
- **Poznávání minulosti**, přiblížení minulosti dnešku, detailů každodenního života jednotlivců na pozadí historických událostí
- **Hledání společných kořenů** ve vrstevnické skupině, zakotvení – rodová národní hrドst, identita, tradice, síla

---

---

---

---

---

---

---

## Bariéry vzpomínání v instituci

- Nedostatek příležitostí a podnětů ke vzpomínání – život tady a teď, samota
- Režimový model péče, rutina, nedostatek času na straně personálu
- Problémy v komunikaci (poruchy sluchu, zraku, paměti)
- Stud, sekundární neschopnost, strach z neúspěchu
- Poruchy mobility a pocit bezmoci
- Dramatické přerušení kontinuity života – vzpomínka není pro nikoho hodnotou, nezájem okolí o minulost jednotlivců, pocit „sám mezi cizími“.
- Ztráta identity

---

---

---

---

---

---

---

## Podněty ke vzpomínání



---

---

---

---

---

---

## Formy práce se vzpomínkami

- **Prostředí vyvolávající vzpomínky**
- **Individuální vzpomínání**(terapeutické posezení se vzpomínkami, psaní deníku, tvorba knihy života, reminiscenční bedny, nástěnky)
- **Skupinové vzpomínání**(skupinový rozhovor)
- **Skupinová činnost**, tvorba, práce v dílně, vaření, divadlo, zpěv...

---

---

---

---

---

---

## Metody a techniky vzpomínání

- **Verbální techniky:** vyprávění, psaná autobiografie, skupinové, individuální vzpomínání
- **Kreativní techniky:**
  - Pracovní aktivity – pečení, vaření
  - Hra divadla, životních vzpomínek
  - Oslavy slavení svátků, narozenin, večírky
  - Taneční zábavy, ples – tanec v sedě
  - Prohlížení fotografií (rodinných, zpěváků, herců)
  - Promítání starých filmů
  - Výroba vzpomínkových krabic, nástěnek(koláží), koutů, místností
  - Výlety, vycházky

---

---

---

---

---

---

### **Podněty (spouštěče vzpomínek)**

- **Vizuální**(fotografie, filmy, autobiograficky významné podněty z dětství, mládí, vysvědčení, oddací list, náradí, nástroje apod.)
- **Zvukové** (známé znělky z rádia, písničky, básně, přírodní zvuky, hra na hudební nástroje)
- **Vůně a chutě**(ochutnávky jídel, staré vůně a pachy – květiny, koření, seno, bylinky)
- **Doteky a pohyby**(dotýkání předmětů a materiálů, bazální stimulace)

---

---

---

---

---

---

---

### **Zapojení rodin v instit. péči**

- Zdroj informací o minulosti klienta
- Pomoc při hledání osobního cíle klienta – životní příběh
- Spolutvůrce podpůrného a stimulujícího prostředí – fotografie, osobní předměty
- Zdroj aktivity klienta – tvorba knih, krabic, koláží
- Návštěvy – rozhovory, společně něco dělat, prostě být spolu
- Pohostinné prostředí,
- zázemí pro dětské návštěvníky
- 

---

---

---

---

---

---

---

**DĚKUJI VÁM ZA POZORNOST**

---

---

---

---

---

---

---

## STAŘECKÁ DEMENCE V PRAXI

autorka: Mgr. Jana Kumprechtová



---

---

---

---

---

---

### Demence

- Skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek onemocnění mozku.
- Výsledkem je celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.

---

---

---

---

---

---

### Současná situace

- Počet dezorientovaných starých lidí narůstá.
- Duše a psychika zaostává, zatímco tělo je ještě funkční.
- Tento paradox je popisován s onemocněním demence.

---

---

---

---

---

---

## Současná situace

- Vzrůstá náročnost péče o tyto klienty.
- Zároveň ale vzrůstá náročnost této klientely na poskytovanou péči a hlavně odbornost poskytovatelů této péče.

---

---

---

---

---

---

## Demence

- Demence postihuje lidi převážně v seniorském věku
- 90 % senioři nad 65 let
- 10 % lidé 45 - 50 letech
- S vyšším věkem roste i výskyt demence do 70 let je jen 5 % výskytu u seniorů
- 90 a více let až 50% výskytu u seniorů

---

---

---

---

---

---

## Demence

- v medicíně se rozdělují na
- **demence atroficko-degenerativní** ( k nim se řadí Alzheimerova choroba, korová demence s Lewyho tělíska, demence při Parkinsonově chorobě.....)
- **demence sekundární**
- **ostatní** demence, např. demence infekční (demence u AIDS)

---

---

---

---

---

---

## Projevy demence

- projevuje individuálně (u každého člověka poněkud jinak)
- má ale i společné znaky
- projevů demence přibývá s postupujícím stadiem nemoci



---

---

---

---

---

---

## Stádia demence

- **1. počínající a mírná demence** – poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí (kontrola ještě nemusí být trvalá)
- **2. středně pokročilá demence** – porucha soběstačnosti (nutný častý až převážný dohled)
- **3. pokročilá forma demence** – (klient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit)

---

---

---

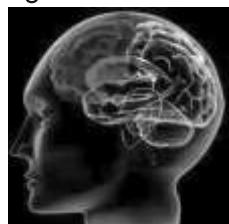
---

---

---

## Příznaky demence

- Skutečně první příznaky počínající demence lze často jen těžko rozlišit od projevů běžného fyziologického stárnutí.



---

---

---

---

---

---

## Příznaky demence

- Soběstačnost
- Behaviorální a psychologické symptomy demence BPSD
- Kognitivní změny



---

---

---

---

---

---

---

## Příznaky demence - snížená soběstačnost

- Základní sebeobslužné aktivity denního života:
- Koupání
- Používání toalety
- Uléhání, vstávání
- Stravování
- Oblékání
- Kontrola vyprazdňování

---

---

---

---

---

---

---

## Kognitivní změny

- Mezi kognitivní změny patří poruchy
- paměti
- soustředění
- orientace
- myšlení
- řeči



---

---

---

---

---

---

---

## **Poruchy kognitivních funkcí**

- Ze všech přítomných symptomů nejnápadnější
- Pod tento pojem jsou zahrnovány poruchy:
- paměti, úsudku, myšlení, orientace, koncentrace, schopnost vyjadřovat se a rozumět mluvené řeči

---

---

---

---

---

---

## **Poruchy paměti**

- První nejnápadnější symptom demencí
- Největší obtíže jsou při učení se novým informacím a neschopnost se těmto informacím podřídit
- Projevují se častými opakovanými dotazy



---

---

---

---

---

---

## **Porucha dlouhodobé paměti**

- Projevuje se v pozdějším stádiu demence
- Zpočátku jde o zpomalenou, nebo nepřesnou výbavnost
- Často je porušena dříve paměť deklarativní než paměť procedurální.
- Klient ztrácí dříve naučený soubor vědomostí než obsahy dané zkušeností.
- (ví jak psát na stroji, ale nemá cíl psaní)

---

---

---

---

---

---

### Porucha krátkodobé paměti

- Krátkodobá paměť postižena již v počátcích nemoci
- Klient se opakovaně táže na jenu a tutéž věc, zapomíná, co se odehrálo před chvílí, během dne, zda ho někdo navštívil, zapomíná na důležité schůzky, ztrácí věci
- Jedná se o neschopnost vštipivosti nových paměťových obsahů

---

---

---

---

---

---

---

### Porucha paměti

- Nejprve je postižena paměť krátkodobá, později dlouhodobá, klient se vytrácí od současnosti zpět do minulosti až na úroveň děství.
- Jeho svět je pro něj reálný, od našeho světa odlišný, a proto by jsme ho neměli konfrontovat „s naší pravou realitou“.
- Mohl by takovou konfrontaci prožívat negativním až agresivním způsobem.

---

---

---

---

---

---

---

### Poruchy orientace

- Dezorientace časem (neví rok, den, roční období, později ani ráno, večer....)
- Místem, prostorem (bloudí ve známých místech, nepozná pokoj, postel..)
- vlastní osobou (neví kolik mu je let, že má děti, manžela, jaké má povolání....)

---

---

---

---

---

---

---

## Poruchy úsudku a myšlení

- Porucha pozornosti: neschopnost začít a ukončit nějaký úkol, zvýšená rušivost ostatními podněty
- Později apatie, snížená úroveň celkové aktivity, klient sedí, hledí jedním směrem...

---

---

---

---

---

---

## Korové poruchy

- Poruchy smyslového vnímání(Projevují se tak, že klient má pocit, že špatně slyší)
- Fatické poruchy
- afázie – porucha řeči, porozumění řeči
- Agrafie – neschopnost psát
- Alexii – neschopnost číst
- Apraxie – neschopnost provádět motorické úkony (najít se příborem, obléknout se...)

---

---

---

---

---

---

## Porucha exekutivních funkcí

- Exekutivní funkce – plánování, organizování, řízení
- Klient není schopen plánovat, řešit problémy ať sebemenší
- Z toho potom pramení úzkost, nejistota, bezmoc
- 



---

---

---

---

---

---

## Behaviorální a psychologické příznaky demence (BPSD)

- Dochází zejména k povahovým změnám
- Podrážděnost, úzkost, deprese,
- Nespavost, porušení spánkového rytmu
- Halucinace, neklid
- Emoční nestabilita, agresivita

---

---

---

---

---

---

---

## Behaviorální a psychologické příznaky demence (BPSD)

- Poruchy chování
- Agitovanost 75%
- Bloudění putování 60%
- Depresivita 50%
- Bludy, halucinace 30%
- Křičení 25%
- Agresivita 20%
- Změny sexuálního chování 10%

---

---

---

---

---

---

---

## Behaviorální a Psychologické Symptomy Demence (BPSD),

- definovaným jako:
- příznaky porušeného vnímání, obsahu myšlení,
- nálady a chování, které se často objevují u pacientů s demencí.
- rozdělení příznaků do dvou skupin – na **behaviorální a psychologické**

---

---

---

---

---

---

---

## BEHAVIORÁLNÍ

- Klasifikace BPSD
- (obvykle zjišťované pozorováním pacienta)
  - - agresivita, křik, neklid, agitovanost,
  - bloudění, kulturně nepřiměřené chování,
  - sexuální desinhibice, hromadění věcí,
  - klení, sledování, poruchy spánku,
  - negativismus

---

---

---

---

---

---

---

## PSYCHOLOGICKÉ

- (obvykle zjišťované rozhovorem)
- s pacientem a s příbuznými):
  - deprese, halucinace, bludy,
  - paranoidita,



---

---

---

---

---

---

---

## Porucha osobnosti

- Rozvíjející se demence potupně vede k poruše osobnosti až rozpadem osobnosti
- Dochází ke ztrátě zájmů, motivace
- Zvýraznění některých negativních osobnostních rysů (sobectví, agrese, žárlivost, ale i klid, pokora, dobrá spolupráce, důvěra, trpělivost)

---

---

---

---

---

---

---

## Psychika klienta

- Život každého ovlivňuje mnoho zážitků. Reakce, které přicházejí s postupujícím věkem, bývají otisky těchto životních situací.
- Naučený způsob chování – stereotyp, který se objeví v období dezorientace klienta, souvisí velmi často s jeho zážitky z dětství a období mladistvosti (0 – 25 let).
- Tyto otisky v psychice klienta jsou hluboce uloženy v podvědomí a následně ovlivňují chování klienta, který využívá staré stereotypy chování k překonání zátěžových situací (coping).
- Všechny stereotypy chování vzniklé v raném dětství se nejdéle zachovávají.

---

---

---

---

---

---

---

## Péče o klienta s demencí

- Je charakterizována využitím impulsů z biografie klienta.
- Napomáhá ke znovuoživení psychiky seniora a tím i schopnosti sebepéče.
- Naučené automatismy a rituály klienta jsou plně využity při poskytování péče.

---

---

---

---

---

---

---

## Biografie klienta

- **Nejvyšším cílem v práci s biografií je porozumění životní historii klienta.**
- **Teprve na základě tohoto porozumění je možné poskytovat individualizovanou péči seniorovi.**
- **Péči s úctou a s respektem k důstojné hodnotě stáří.**

---

---

---

---

---

---

---

## Péče o klienta

- je nutné mít stále na paměti, že demence jsou onemocnění progredující a mají určitý zákonný průběh
- péče se musí stále individuálně přizpůsobovat možnostem klienta v určitém stádiu, které se různě mění

---

---

---

---

---

---

## Péče o klienta s demencí

- Časový harmonogram dne klienta, dle jeho zvyklostí a rituálů z jeho domova.
- Dodržení tohoto harmonogramu dochází výrazně ke snižováním pocitů úzkosti i bázně.

---

---

---

---

---

---

## Péče o klienta s demencí Prostředí klienta Princip normality

- Odpovídající bytová architektura instituce.
- Kuchyňský kout, společenskou místnost – obýváček
- **Pokoj připomínající ložnici**, která u klienta podporuje pocit zázemí a vnímání domova.
- Prostředí řešeno v souladu s biografií klientů.
- Dnešní klienti prožili nejaktivnější část života v 50., 60. a 70. letech

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

### Orientace místem



---

---

---

---

---

---

### Orientace místem

- 1. Klient nepozná kde je jeho pokoj
- 2. Hledá WC
- 3. Hledá lůžko
- 4. Neorientuje se v místnosti
- Obrací se stále s žádostí o radu pomoc s orientací

---

---

---

---

---

---

## Ošetřovatelská intervence – lůžko

- Vlastní lůžkoviny
- Vlastní obrazy nad postelí
- Polštářky, na které byl zvyklý

---

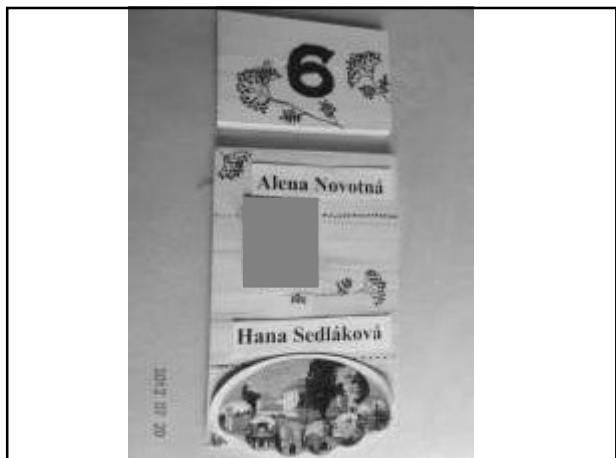
---

---

---

---

---



---

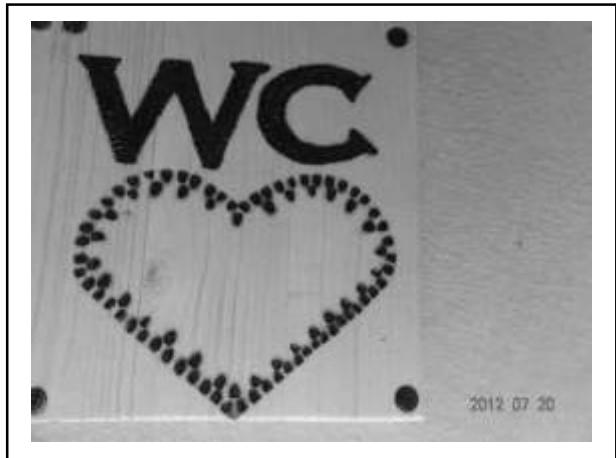
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

### Ošetřovatelská intervence – orientace místem

- Nabídnout srozumitelné symboly podle stadia regrese a biografie klienta
- Obrazy, barvy, pomůcky
- WC
- Označit adekvátně dveře pokoje
- společný nácvik tras v domě s orientačními body
- Orientační body zvolit společně (obrazy, zákoutí..)

---

---

---

---

---

---

---

### Ložnice



---

---

---

---

---

---

---

### Orientace časem

- 1. Nerozezná noc a den
- 2. Nepozná denní dobu
- 3. stále se ptá personálu, kolik je hodin, dopoledne, odpoledne



---

---

---

---

---

---

---

### Orientace podle hodin



---

---

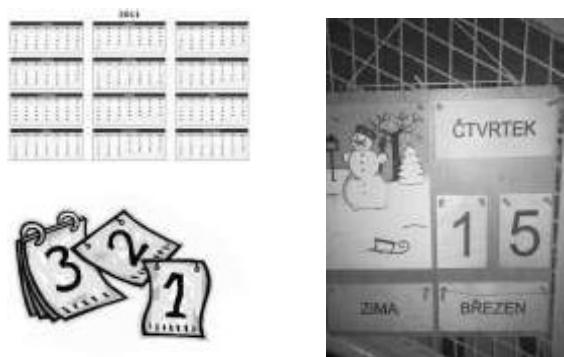
---

---

---

---

### Orientace časem



---

---

---

---

---

---

### Orientace denní dobou



---

---

---

---

---

---

### Ošetřovatelská intervence – orientace časem

- Klient má v dosahu správné časové údaje – hodiny, kalendář, náramkové hodinky
- Součástí vybavení pokoje staré hodiny
- Zaznamenat do kalendáře významné termíny, data

---

---

---

---

---

---

---

### Orientace k osobě

- Klient nereaguje na vlastní příjmení – jméno
- Klient nereaguje na vlastní známé
- Nereaguje na foto sebe sama
- Nepoznává se v zrcadle



---

---

---

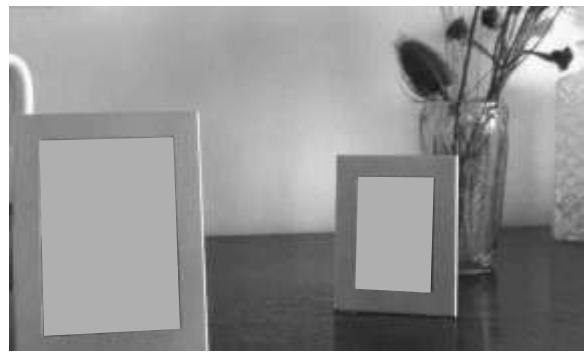
---

---

---

---

### Orientace k osobě



---

---

---

---

---

---

---

### Ošetřovatelská intervence - orientace k osobě

- Biografie s vlastními obrázky, alba
- Komunikace - vhodné oslovení na které klient reaguje pozitivně
- Místnost s osobním nábytkem
- Hovořit srozumitelně, udržovat oční kontakt
- Práce s fotografiemi s osobními věcmi, které jsou pro klienta poznatelné.
- (šaty k významným událostem, kabelka...)

---

---

---

---

---

---

---

### Výživa klientů s demencí

- Poruchy polykání jsou u demence časté.
- Klient necítí potravu v ústech
- Potravu v ústech pouze drží, nepolyká
- Vyplivuje stravu z úst
- Odmítá potravu

---

---

---

---

---

---

---

### Servírování jídla



---

---

---

---

---

---

---

## Výživa klientů s demencí

- Sousta mají být malá
- Střídat jídlo s pitím
- Kontrolujeme polykání
- Při nedostatečném podáváme prázdnou lžíci
- Jídlo by mělo předem vonět



---

---

---

---

---

---

---

## Komunikace s klientem s demencí

- Používejte krátké jednoduché věty, zaměřujte se vždy jen na jedno téma
- Co říkáte, podporujte řečí těla, ukázat na židli, na kterou si má sednout
- Používejte nonverbální fyzické prostředky, jemný dotyk, držení za ruku, ale až po ujištění že je to žádoucí

---

---

---

---

---

---

---

## Komunikace s klientem s demencí

- Nehovořte k sedícímu, ležícímu klientovi, když stojíte, snižte se na úroveň jeho očí
- Hovořte nižším tónem hlasu
- Uzavřené otázky Ano/Ne
- Často chvalte, účes, oblečení, aktivitu
- Nevyvracejte tvrzení klientů i když jsou chybná
- Nekritizujte
- Zjistěte si údaje o životě klienta, důležitých obdobích, ke kterým se může vztahovat jeho řec

---

---

---

---

---

---

---

- Snažte se posilovat klientovu sebedůvěru a sebeúctu

---

---

---

---

---

---

### Reminiscence

- Zde je důležitá reminiscenční terapie, která stimuluje udržování a trénování paměti, ale také oživování starých hůře vyvolaných paměťových obsahů
- Tyto obsahy ovlivňují sebeprožívání, sebehodnocení
- Vzpomínání je také důležité pro konfrontaci minulého a současného
- Pro zlepšení kvality klientova života
- Napomáhá mu se ztrátou vlastní identity

---

---

---

---

---

---

### Nefarmakologická léčba

- Úprava prostředí – zlepšení orientace, režim dne a noci, osvětlení atd. Laskavý přístup pečovatelů.
- Podpora rodiny – edukace, skupinová i individ. psychoterapie členů rodiny, denní centra ....
- Aktivizace – denní režim, procházky, návštěvy, pet terapie...
- Trénink kognitivních funkcí – kreslení, zpěv, poslech hudby .

---

---

---

---

---

---

- Senzorické intervence (stimulace nebo relaxace):
  - vč, hudby, masáží/doteků, senzorické stimulace
  - Sociální kontakty – individuální interakce, pet
  - terapie, simulovaná přítomnost – video
  - Behaviorální terapie – posilování, kognitivní terapie
  - Aktivity – strukturované, výcházky, cvičení
  - Úprava prostředí – rozšíření „životního prostoru“, prostor pro procházení se, redukce rušivých stimulů
  - Medicínsko – ošetřovatelské intervence – léčba světlem,
  - spánková terapie, opatření proti bolesti, pomoc s
  - nedoslýchavostí, odstranění omezení



Děkuji Vám za pozornost

TERAPEUTICKÉ MODELY DLE VOJTY, ANALOGIE S MOTORICKOU ONTOGENEZÍ  
autor: Mgr. Miroslav Kutín

Pracoviště: RL – Corpus, s.r.o., Olomouc

### **Abstrakt:**

Vojtova metoda reflexní lokomoce je fyzioterapeutická technika, která je dnes využíváná u celé škály diagnóz jak v dětském, tak v dospělém věku. Byla objevena prof. MUDr. Václavem Vojtou. Prof. MUDr. Václav Vojta byl český neurolog a dětský neurolog. Základ své terapie, Vojtův princip, vytvořil v letech 1950 – 1970. V roce 1968 emigroval do Německa, kde nadále pracoval na objasnění Vojtova principu a také založil Mezinárodní Vojtovu společnost, která se stará o další vývoj a šíření této techniky.

V příspěvku jsou představeny jednotlivé terapeutické modely reflexní lokomoce, neboli Vojtovy metody. Je ukázána výchozí poloha pro reflexní otáčení, plazení i 1. pozici. Je ukázán a vysvětlen princip aktivace výchozích poloh jednotlivých modelů pomocí spoušťových zón.

princip aktivace výchovních poloh jednotlivých měsíců po narození dle spodstových Zeln.

Prof. Dr. Vojta se také velmi intenzivně zabýval motorickým vývojem člověka. Podrobně popsal pohybové vzory, které se postupně od novorozeneckého věku uplatňují při pohybu člověka. Pohybové dovednosti, které využíváme, se skládají z jednotlivých dílčích modelů. Každý model, který je v průběhu vývoje dosažen, je bez zbytku obsažen v modelu vyšším a je tak využíván po celý život. V příspěvku se podrobněji zabýváme prolnutím dílčích modelů reflexní lokomoce a pohybového vývoje člověka. Terapeutické modely reflexní lokomoce se skládají ze stejných dílčích modelů jako ontogeneze motoriky. Tím aktivace reflexní lokomoce umožňuje komplexně ošetřit pohybové problémy pacientů a navracet jim ztracenou hybnost, nebo aspoň ekonomicky využít stávající. Výhodou terapie je, že používané modely jsou aktivovatelné celý život. A i když byla zpočátku vnímána jako metoda pro děti, je využitelná u všech věkových kategorií pacientů. Pro svou fyzickou nenáročnost pro pacienta pak s úspěchem i v kategorii seniorů a ležících pacientů.



**NEJVĚTŠÍ DISTRIBUTOR DÉZINFEKČNÍCH  
PROSTŘEDKŮ A ZDRAVOTNICKÉHO MATERIÁLU  
V ČESKÉ REPUBLICE**

- ▶ Komplexní zásobování všech zdravotnických zařízení po celé ČR
- ▶ Nejširší nabídka produktů nejvýznamnějších značek na trhu
- ▶ Služby šité na míru jednotlivým zákazníkům podle jejich velikosti, typu a individuálních potřeb

**Martek Praha**

Konská 198  
739 61 Třinec  
tel.: +420 558 337 111  
fax: +420 558 337 112  
[info@martekmedical.cz](mailto:info@martekmedical.cz)

**Martek Praha Kralupy nad Vltavou**

Kněževská 185  
252 68 Středokluky, Praha-Západ  
tel.: +420 582 400 082  
fax: +420 582 400 080  
[info.praha@martekmedical.cz](mailto:info.praha@martekmedical.cz)

**Martek Olomouc**

U Špalovny 4582/17  
796 01 Prostějov  
tel.: +420 582 400 000  
[prostejov@martekmedical.cz](mailto:prostejov@martekmedical.cz)



**MARTEK MEDICAL**  
Člen skupiny AGEL

[www.martekmedical.cz](http://www.martekmedical.cz)

Vydáno za finanční podpory:

**MARTEK MEDICAL**  
Člen skupiny AGEL