

POHLED NA PACIENTA VYŠŠÍHO VĚKU

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., Mgr. Martina Rokosová, MUDr. Hana Vaňková

Gerontologické centrum, Praha

Česká republika představuje zatím jednu z relativně mladých zemí Evropské unie. Tato situace se však bude velmi rychle měnit a populace České republiky se stane během několika desetiletí naopak jednou z nejstarších. Kvalita života ve stáří je výslednicí mnoha faktorů, které souvisejí s člověkem samotným, jeho zdravím i s prostředím, které jej obklopuje. Abychom si mohli učinit ucelený obraz o stavu a současné situaci geriatrického pacienta, používáme některé škály a dotazníky, které jsou v následujícím příspěvku popsány.

Klíčová slova: geriatrický pacient, soběstačnost, posuzování stavu, škály, demence.

Med. Pro Praxi 2006; 4: 180–183

Úvod

Populace členských zemí Evropské unie má rozličnou věkovou strukturu. Česká republika se nachází dosud mezi zeměmi, jejichž populace je relativně mladá. Relativně nejvíce seniorů žije v současné době v Itálii (18,2 %), dále v Řecku, Švédsku, Španělsku a Německu. V těchto zemích je procento seniorů v celkové populaci vyšší než je průměrné procento seniorů v zemích bývalé patnáctky, které je 16,4 %. Celkem žije v Evropské unii po jejím rozšíření 16 % seniorů. Nicméně tato situace se bude podstatně měnit a populace České republiky bude nadále významně stárnout a lze očekávat, že v průběhu několika desetiletí významně zestárne nejen populace jako taková, ale zejména populace starších lidí. Otázky zdraví a nemoci ve stáří tak budou stále důležitější, protože zlepšení zdravotního stavu staré populace je jednou z mála cest (a možná jedinou přijatelnou), jak je možné limitovat náklady na zdravotní a sociální péči.

Dysabilita (zdravotní omezení, postižení), DALY

Počet let s dysabilitou (years lived with a disability, YLD) je měřítkem zátěže dysabilitou a chronickými onemocněními, která ji způsobují. Jedná se o komponentu DALY (disability adjusted life years), což je počet potenciálních let života, která byla ztracena pro předčasnou mortalitu a počet let produktivního života, která byla ztracena v důsledku dysability (YLD). Zatímco mezi nejčastější příčiny úmrtí patří onemocnění kardiovaskulárního systému, onkologická onemocnění a onemocnění dýchacího systému, je pořadí z hlediska DALY poněkud jiné. Velmi významnou skupinu zde představuje problematika duševního zdraví, dále jsou významné smyslové poruchy (zhoršení zraku a sluchu). Ve skupině lidí šedesátiletých a starších pak představují největší zátěž nemoci (měřené DALY) kardiovaskulární onemocnění, onkologická a neuropsychiatrická onemocnění.

Soběstačnost

Dalším pohledem na populaci seniorů je soběstačnost. Zatímco omezení v některých instrumentálních

ních aktivitách denního života (instrumental activities of daily living, IADL) vede ke zhoršení kvality života seniora, ale nepředstavuje ještě potřebu péče druhé osoby, omezení v základních aktivitách denního života (activities of daily living, ADL) již takovou potřebu představuje. Údaje o nesoběstačnosti jsou v mnoha zemích Evropské unie nedostatečné, nicméně na základě některých dat je možné odhadnout, že v České republice žije asi 500 000 lidí 65letých a starších s omezenou soběstačností (širší definice) a celkem asi 150 000 lidí starších 80 let s omezenou soběstačností (2).

Měření soběstačnosti

V geriatrici posuzujeme soběstačnost pomocí různých škál. Hovoříme o škálách základních a instrumentálních aktivit denního života (ADL a IADL).

Základní (bazální) aktivity denního života

Pod pojmem základní (bazální) aktivity denního života rozumíme základní sebeobslužné aktivity, jejichž porucha vypovídá o potřebě ošetřování. Jedná se (dle původního Katzova indexu) o samostatné provedení hygieny, samostatné oblékání, používání toalety, kontinenci, schopnost přesunu a pohybu, samostatné jídlo. V současné době používáme spíše test modifikovaný, test aktivit denního života dle Barthelové, který zahrnuje deset položek ohodnocených příslušnou bodovou hodnotou. Jedná se o nasedání a napití, oblékání, osobní hygienu, koupání, kontinenci moči, kontinenci stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli či vozík, chůze po rovině. Z výčtu těchto základních sebeobslužných aktivit vyplývá, že vypovídají o základní sebeobsluze, nikoli o schopnosti žít zcela samostatně, bez pomoci a vyrovnat se s nástrahami každodenního života. O těchto schopnostech vypovídají testy instrumentálních aktivit denního života.

Instrumentální aktivity denního života

Testy instrumentálních aktivit denního života existují v mnoha různých podobách. Známa je například

Lawtonova Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL), která hodnotí následující schopnosti (dílní úkoly): telefonování, nakupování, přípravu jídla, vedení domácnosti, praní, samostatnou dopravu, samostatné užívání léků, nakládání s penězi. Škála FDS (Functional Dementia Scale) hodnotí stupeň postižení instrumentálních aktivit denního života v důsledku kognitivního postižení atd. Posuzování soběstačnosti v geriatrici je stejným celostním pohledem na pacienta jako je funkční hodnocení nezávislosti FIM (Functional Independence Measure), které se používá zejména v rehabilitačním lékařství, které posuzuje na základě dílčích kritérií schopnost osobní hygieny, jídla a kontinence, přesunu a lokomoce, komunikace a sociálních schopností. Není podstatné, kterou z metod použijeme. Každá z nich pomůže získat lepší a ucelenější pohled na pacienta, než nám jej může poskytnout pouhý soubor diagnóz. Není podstatné, jaké zobrazení těchto schopností použijeme, zda to bude výsledný součet bodů nebo grafické zobrazení, které bývá někdy používáno u FIM.

Z potřeby lepšího pohledu na soběstačnost pacienta v základních a instrumentálních aktivitách denního života vychází také připravovaná vyhláška, která tvoří přílohu nového zákona o sociálních službách. V této vyhlášce jsou definovány a popsány jednotlivé složky soběstačnosti a sebeobslužné aktivity. Zásadním přínosem této vyhlášky by mělo být, že definuje nejen schopnost určité činnosti fyzicky vykonat, ale také rozpoznat jejich potřebu a rozhodnout se pro jejich provedení. Jako závislost (omezení soběstačnosti) se definuje stav, kdy člověk potřebuje v určitých vyjmenovaných aktivitách pomoc nebo také dohled jiné osoby.

To souvisí s dalším důležitým aspektem pohledu na geriatrického pacienta, se stavem jeho psychických a zejména kognitivních funkcí.

Poruchy kognitivních funkcí

Ve stáří dochází relativně často ke vzniku syndromu demence, jehož nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba. Některou z forem demence tr

pí asi 1 až 3% šedesátiletých lidí. Prevalence demencí však s věkem velmi výrazně narůstá, takže u osmdesátiletých a starších lidí se vyskytují již v cca 30% (to to číslo je i vyšší podle různých studií prevalence demencí). Demence je patologickým stavem, není součástí normálního stárnutí a jak vyplývá z výše uvedených čísel, stále platí, že většina pacientů vyššího věku demencí netrpí.

Demence je syndromem, k jehož rozvoji dochází v důsledku patologických změn v mozku, nejčastěji atroficko – degenerativních (Alzheimerova choroba), vaskulárních (aterosklerotické poškození mozkových cév a jeho důsledky) a dalších. Tento syndrom tvoří jednak porucha kognitivních funkcí (myšlení, paměti, orientace, soustředění, schopnost vyjadřovat se a porozumět řeči atd.) a další komplexní problematika psychiatrických příznaků a poruch chování (zejména depresivita u počínajícího syndromu demence, neklid, bloudění, agresivita a podobně ve fázích rozvinuté demence). Konstantní součástí a důsledkem syndromu demence jsou také poruchy soběstačnosti nejprve v instrumentálních později také základních sebeobslužných aktivitách. Demence mají závažné sociální dopady nejen pro pacienta, ale také pro celou rodinu, neboť se jedná o chronická, dlouhá období trvající a progredující onemocnění, kdy pacient potřebuje postupně nejen dohled, ale s postupem onemocnění také prakticky nepřetržitou péči.

Fáze demence

Schématicky můžeme průběh onemocnění demencí rozčlenit do tří fází. V první fázi počínajícího a mírného syndromu demence jsou pacienti ještě schopni žít relativně samostatně a jsou soběstační, potřebují občasný dohled, dopomoc a radu. Ve druhé fázi rozvinuté demence již nejsou schopni žít samostatně a potřebují nepřetržitý dohled a dopomoc. Ve fázi těžké demence a ve fázi terminální potřebují ti pacienti zejména ošetřovatelskou péči a dopomoc i v základních sebeobslužných aktivitách.

ABC demence

Kromě výše uvedených fází je podstatné si uvědomit, že demence nepředstavují pouhou poruchu kognitivních funkcí, i když tato je vlastně definuje. Demence jsou provázeny změnami a poruchami chování a pestrými psychiatrickými symptomatologií, vedou k poruše soběstačnosti a mají významné sociální dopady pro pacienta a jeho rodinu. To je vyjádřeno schématem, které často uvádí anglosaská literatura:

- A) activities of daily living (porucha soběstačnosti a sociální dopady)
- B) behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie)
- C) cognition (porucha kognice).

Pokud se snažíme učinit si co nejuplněnější obraz stavu pacienta s demencí, je třeba, abychom se zabývali nejen poruchou kognitivních funkcí, ale ještě dalšími doménami, které jsou pro pacienta a jeho rodinu důležité, měli bychom si také učinit obraz o pokročilosti syndromu demence, o tom v jaké fázi demence se pacient momentálně nachází.

Posuzování stavu pacientů s demencí

Progrese onemocnění

Celkový stav pacientů s demencí a pokročilost onemocnění posuzujeme na základě různých škál. Nejužívanější je Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale). Tato škála umožňuje posoudit závažnost demence. Pro přiřazení k jednotlivému stupni škály je zapotřebí zjistit informace od pacienta i jeho rodinných příslušníků a upřesnit si je dle charakteristiky jednotlivých stupňů škály.

Kognitivní funkce

Nejčastěji používaným testem kognitivních funkcí je test MMSE, Mini Mental Status Examination. Tento test je třeba považovat za orientační, nicméně je nejčastěji používán jak v diagnostice, tak ve výzkumu. Pacient může v testu dosáhnout maximálně 30 bodů, které hodnotí různé úkoly z oblasti orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, vybavnosti paměti, pojmenování obecně známých předmětů, opakování jednoduchého rčení, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, napsání věty, obkreslování obrazce. Jak jsme již výše uvedli, maximální výkon pacienta může být 30 bodů, až do 27 bodů se výsledek testu hodnotí jako normální. 26 a 25 bodů považujeme za hraniční nález. 24–18 bodů svědčí pro lehkou demenci, 17–6 bodů pro středně těžkou demenci, 5 bodů a méně pro demenci pokročilou. Z výsledků MMSE vychází také indikace léčby Alzheimerovy choroby pomocí kognitiv. Zde je třeba podotknout, že se jedná o velmi problematický postup, který má mnohá úskalí, například při léčbě inhibitory cholinesteráz, která by měla být indikována pro pacienty s MMSE skóre 20 a nižším, právě při úspěšné léčbě dojde ke zlepšení stavu, MMSE se zvýší a evidentně účinná léčba by měla být vysazena. Lepší výsledky MMSE mají pochopitelně také lidé s vyšším intelektem, takže k diagnóze demence, která je postavena jen na tomto testu, dojde daleko později než u lidí s výchozím nižším intelektem. Výkon v MMSE také může kolísat v průběhu dne, může být závislý na celkovém somatickém stavu pacienta a podobně. Přes tyto výhrady se jedná o test, který je relativně spolehlivý a proto často užívaný.

Elegantním orientačním testem je test hodin, kdy pacienta vyzveme, aby do kruhu o poloměru 10 cm nakreslil hodinový ciferník, dále jej požádáme, aby vyznačil polohu ručiček v určité hodině. Pro hodno-

cení tohoto testu existuje mnoho schémat a bodovacích systémů. Ty však nejsou příliš nutné, protože výsledek pacientova snažení vidíme na první pohled. Test hodin je také užitečný pro srovnání pacientova výkonu v čase, který můžeme velmi jednoduše dokumentovat. Za normální nález považujeme, že si pacient správně rozvrhne střed a polohu jednotlivých číslic a správně vyznačí polohu ručiček v určitém hodinu.

Soběstačnost pacientů s demencí

Pro posuzování soběstačnosti pacientů s demencí můžeme posuzovat výše uvedené škály instrumentálních a bazálních aktivit denního života. Existují škály, které lépe odpovídají specifické problematice demencí, ty se u nás používají zpravidla na specializovaných pracovištích.

Poruchy chování

Také pro posuzování poruch chování existuje mnoho škál, nejčastěji používanou je NPI (Neuropsychiatric Inventory) a BEHAVE-AD.

Dotazník pro péči

Abychom mohli pacientům s demencí zajistit kvalitní péči, která bude pacientům i jejich rodinným příslušníkům přinášet užitek, potřebujeme znát některé skutečnosti z pacientova života, jeho zájmy, oblíbené aktivity a naopak to, co nedělá a nemá rád.

Jednotlivá pracoviště, která se zabývají problematikou demencí, využívají své vlastní dotazníky, které jim umožní se s pacientem lépe seznámit a přizpůsobit tak péči jeho potřebám.

Závěr

V geriatrii existuje ještě mnoho dalších dotazníků a škál, jejichž popis či alespoň vyjmenování je nad rámec možností tohoto sdělení. Na našem pracovišti používáme rutinně testy soběstačnosti a testy kognitivních funkcí, máme vlastní dotazník pro pacienty s demencí, kteří budou přijati k respitní péči, pobytu v denním centru nebo na jednotce pro pacienty s demencí. V některých případech používáme ještě orientační hodnocení nutričního stavu, orientační test mobility (get up and go test), geriatrickou škálu deprese dle Yesavage a krátkou verzi dotazníku kvality života dle WHO. Tyto testy nám pomohou získat komplexnější obraz o geriatrickém pacientovi, jeho stavu, funkčních schopnostech a potřebách.

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Gerontologické centrum
Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8
e-mail: holmerova@gerontocentrum.cz

Literatura

1. Burns A et al. Assessment Scales in Old Age Psychiatry. London: Martin Dunitz 2004.
2. Gauthier S. Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease. London: Martin Dunitz 1999.
3. Grammenos S. Implications of demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care, Bruxelles. CESEP 2005.
4. Holmerová I, Jurašková B, Zikmundová K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: ČALS 2003.
5. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček J et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada 2004.
6. Jiráček R, Koukolík F. Demence, Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén 2004.
7. Závázalová H et al. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Univerzita Karlova 2001.
8. Závázalová H et al. Úvod do sociálního lékařství. Praha: Univerzita Karlova 1999.