

# Bolest ve stáří

# Definice bolesti a její rozdělení

- nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání
- lze ji dělit podle celé řady kritérií
- podle délky trvání -akutní a chronickou
- podle vyvolávající příčiny - neonkologickou a onkologickou
- podle místa vzniku -nociceptivní, neuropatickou a psychogenní

# Akutní bolest

- bolest s náhlým nástupem a předvídatelným koncem
- většinou není delší než tři měsíce
- reakce fight or flight (zápas nebo útěk) -dilatace zornic, zvýšené pocení, zrychlený tep a dýchání, což je způsobeno aktivací sympatiku a potlačením parasympatiku
- ochrannou funkci a bývá dobře farmakologicky ovlivnitelná
- typická zejména u pooperačních stavů a traumat

# Chronická bolest

- přetrvává déle než 3 měsíce, přičemž ztrácí svou ochrannou roli
- lze ji pokládat za vlastní nemoc či syndrom, zatímco bolest akutní je symptomem probíhajícího onemocnění
- časté příčiny u seniorů zařazujeme artritidu, osteoartrózu, chronickou ischemii, malignity
- pro pacienta představuje významný stresogenní faktor a je spojována se zvýšeným výskytem deprese (až v 50 % případů)
- často ji doprovázejí poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu a pokles libida a představuje výrazné snížení kvality života, s rychlou ztrátou mobility a soběstačnosti

# Charakteristika bolesti ve stáří

- často zanedbáván problém
- bolest je u seniorů obvykle poddiagnostikována a nedostatečně léčena
- neléčená bolest má významný vliv na kvalitu pacientova života
- ve vyšším věku se vyskytují všechny typy bolestí, jejich spektrum se ale mění
- perzistující bolest vede k vyšší spotřebě zdravotnické péče, sociální izolaci a poruchám spánku

# Prevalence bolesti

- chronická bolest 25-50 % doma žijících starších osob
- hospitalizovaní v lůžkových zařízeních až 80 %
- 41,1 % seniorů v našich zemích je pro bolest špatně léčených ve srovnání s průměrně 15,8 % v zemích západní Evropy (Fialová)

# Jak vnímají senioři bolest?

- vnímání bolesti se mění se stoupajícím věkem
- mírně roste práh bolesti pro bolestivou stimulaci a klesá vnímání viscerální bolest
- onkologická bolest je obecně méně vnímána
- častá rezignace na projevenou bolest a následně i její léčbu
- vnímání bolesti je individuální

# Rozdělení příčin bolesti u seniorů

Nociceptivní bolest	Neuropatická bolest	Smíšený typ bolesti
Bolesti dolní části zad způsobené artritidou a spondylózou	Herpes zoster	Myofasciální bolest
Osteoartróza	Postherpetická neuralgie	Fibromyalgie
Osteoporóza a zlomeniny kostí	Postižení trigeminu	Chronická sporadická bolest dolní části zad
Revmatoidní artritida	Periferní neuropatie (zapříčiněné diabetem, aterosklerózou, chemoterapií...)	
Postižení koronárních tepen	Bolesti vzniklé po cévní mozkové příhodě	
Dna	Radikulární bolest	
Degenerativní postižení meziobratlových plotének	Trauma	
Chronický zánět šlach		



# Nejčastější bolesti u seniorů

- |   |
|---|
| 1.revmatická onemocnění (osteoartritida, revmatoidní artritida) |
| 2.onkologická bolest  |
| 3.angina pectoris   |
| 4.postherpetická neuralgie                                      |
| 5.temporální arteriitida  |
| 6.diabetická neuropatie   |
| 7.neuralgie trigeminu   |
| 8.malnutrice  |
| 9.onemocnění periferních cév                                    |
| 10.ischemická bolest  |

# Přístup k léčbě bolesti

- individualizovaný přístup (polymorbidita, polyfarmakoterapie, změny farmakokinetiky a farmakodynamiky)
- léčba by měla být účinná, jednoduchá a bezpečná
- optimálně aby byl senior bez bolesti, nebo je bolest přijatelná a neovlivnila kvalitu života
- snaha o co nejvyšší soběstačnost

# Diagnostika bolesti u seniorů

- typické jsou mnohočetné zdravotní problémy, což někdy ztěžuje odhalení zdroje bolesti
- základem je její správné zhodnocení, které se výrazně liší od mladších dospělých
- i křehkých, rizikových nemocných s komunikační či mentální bariérou je nutné po bolesti aktivně pátrat ( zapojit i rodinného příslušníka či pečovatele)
- sensorická porucha, např. zraku nebo sluchu může interferovat, tím ovlivnit správnou diagnostiku, a tím léčbu bolesti (např. přečíst si správné dávkování medikamentů)
- častým problémem seniorů je, že nenahlásí užívané volně prodejné léky

# Nepřímé zámky bolesti

Vyšší TK

Vyšší TF

Poruchy spánku

Zhoršení příjmu potravy

Změna v mimice

Depresivní chování

Zhoršení kognitivní poruchy

# Anamnéza

- lokalizace bolesti
- intenzita bolesti
- časový faktor bolesti
- kvalita bolesti
- ovlivnitelnost bolesti

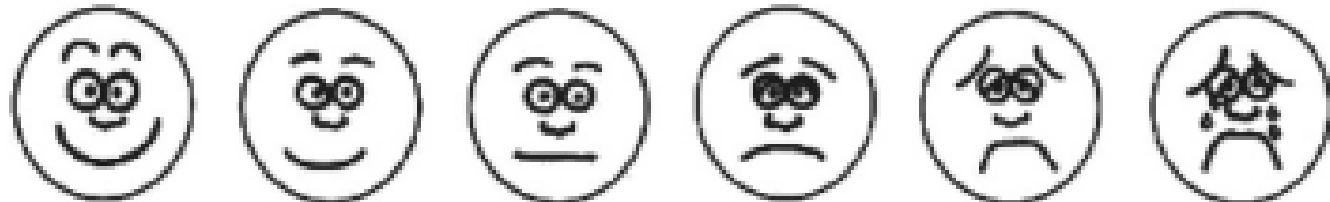
# Diagnostika bolesti u seniorů

- senior bez viditelných známek prožívané bolesti může trpět bolestí
- pro zhodnocení bolesti a její intenzity se i u starších nemocných používají s výhodou škály bolesti
- i pacienti s kognitivní poruchou schopni poskytnout dostatečné informace o bolesti
- důležité je pacienta edukovat a ujistit se, že škále porozuměl

# Numerická číselná škála (Numeric Rating Scale – NRS)



## Škála obličejů pro měření bolesti

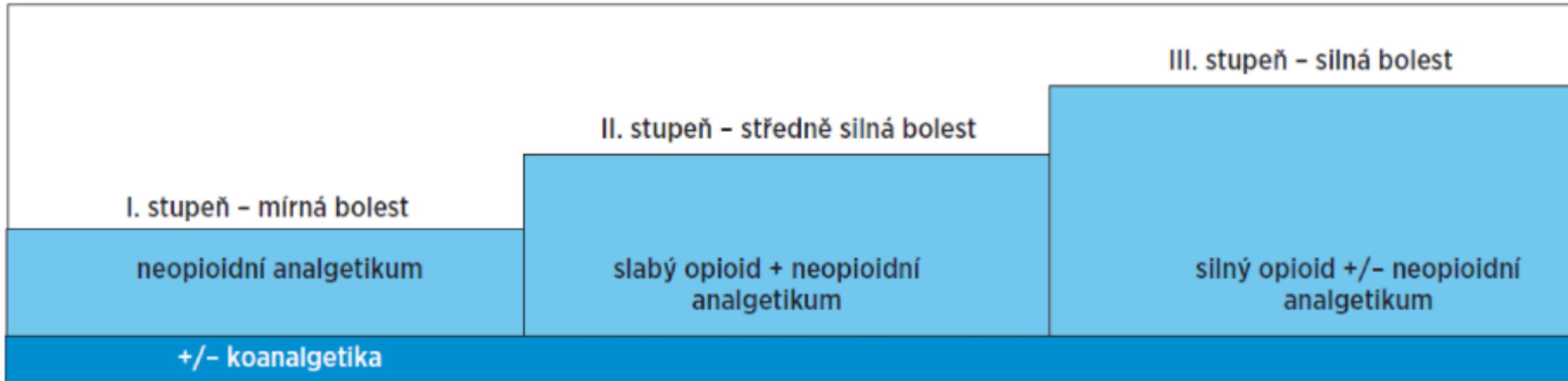


# Pravidla pro výběr nejvhodnějšího preparátu

- proces stárnutí -změny trávicího traktu, jater a ledvin ovlivňují metabolismus, absorpci, distribuci a vylučování léků
- prodloužení absorpční fáze vede ke zpomalení nástupu účinku léčiv
- u seniorů se zmenšuje jaterní hmota a její funkce, stejně tak aktivita některých jaterních enzymů. Tyto změny zpomalí metabolismus léků, což může vést k vyšším koncentracím a možnosti nadměrného účinku
- důsledkem snížené eliminační schopnosti ledvin je, že ve stáří léčiva dosahují po obvyklé dávce vyšší koncentrace v plazmě, čímž se následně prodlužuje biologický poločas léčiva
- ovlivněná i distribuci léků v těle – narůstá podíl tukového kompartmentu na úkor svalové hmoty a vodního kompartmentu. Výsledkem je že dávka hydrosolubilního léčiva může dosáhnout vyšší krevní hladiny léků, a tím potencionální toxicity farmaka.



# WHO žebříček bolesti



# Akutní bolest

- paracetamol - jedno z nejbezpečnějších analgetik, dobře snášen, účinnost samotného paracetamolu nemusí být dostatečná. (nemá protizánětlivý účinek.)  
Podle Oxfordské ligy analgetik je kombinace 1000 mg paracetamolu a 60 mg kodeinu srovnatelná s 10 mg morfinu
- metamizol -pro dlouhodobé podávání je vzhledem k riziku agranulocytózy nevhodný
- nesteroidní antirevmatika -nejčastěji předepisovaná analgetika, z hlediska rizika jsou ve stáří ale nejméně vhodná ,zvyšují riziko krvácení do zažívacího traktu, kardiovaskulární a renální nežádoucí účincích.

# Neopioidní analgetika

Lék	Indikace	Poznámka
paracetamol	ANO, lék 1. volby	max. 4 g denně, snížení dávky na 50–70 % při snížené funkci jater
NSA	s opatrností	KI: vředová gastroduodenální choroba relativní KI: hypertenze, kortikoidy, SSRI
bazické pyrazolony (metamizol)	ANO, lék další volby	

# Chronická bolest

- mírná bolest- VAS 1-3 paracetamol, nesteroidní antiflogistika v redukované dávce a metamizol.
- střední bolest – VAS 4-6 přidáváme slabé opioidy (kodein, dihydrokodein, tramadol)
- silná bolest – VAS 7-10 silné opioidy (buprenorfin, fentanyl, morfin, oxycodon) podáváním adjuvantních analgetik

# Opiodní analgetika

- bezpečná a účinná při tlumení mnoha bolestí u seniorů
- správné dávkování a pečlivá monitorace riziko snižuje
- silné opioidy podáváme při nedostatečné účinnosti slabých opioidů, (zvláště u nádorových bolestí neváháme s jejich podáním)
- nebezpečí psychické závislosti na opioidech je u seniorů nízké, víc jsou ohroženi sedací, deliriem, hypotenzí a útlumem dechového centra
- nezapomínat na současné podávání laxativ, event. Antiemetik
- až na útlum dechového centra, který se ovšem dostavuje až při vyšším dávkování, jsou opioidy spolu s paracetamolem považovány za bezpečnější analgetika u seniorů než nesteroidní analgetika

# Adjuvantní analgetika

- léky s jinou primární funkcí, které však v určitých situacích způsobují analgezií
- kortikosteroidy (prednison, metylprednison, dexamethason)
- neuropatická bolest (antidepresiva, antiepileptika)
- kostní bolest (kortikoidy , bisfonáty, kalcitonin)
- viscerální bolest (spasmolytika)

# Adjuvantní analgetika

- **antiepileptika** (pregabalin a gabapentin) -neuropatická bolest nutno redukce dávky u seniorů s poškozením ledvin
- **tricyklická antidepresiva** (amitriptylin, imipramin) - vyšší riziko nežádoucích účinků, jako jsou anticholinergní účinky nebo možné zhoršení kognitivních funkcí, proto je lepší tyto léky neindikovat. Léčba by měla začít nejnižší možnou dávkou, pokračujeme postupným zvyšováním na základě úlevy od bolesti a vyhodnocení vedlejších účinků i celkového benefitu pro seniora.
- při lokalizované neuropatické bolesti – možno použít **lidokainu** lokálně, nebo aplikovat jednorázově **kapsaicin** v náplasti

# Take home message

- je chybou považovat bolest za normální součást procesu stárnutí
- neléčená bolest má významný vliv na kvalitu pacientova života, je spojena s vysokou pravděpodobností vzniku deprese, až s možností suicidia
- neléčená bolest znamená rozvoj úzkosti, omezení sociálních interakcí, problémy se spánkem a výživou, rozvojem malnutrice, následně omezením soběstačnosti a vznikem závislostí na zdravotnickém zařízení.



# Děkuji za pozornost

# Psychické změny ve stáří a geriatrický maladaptační syndrom

# Psychické změny ve stáří

- podmíněné biologicky, psychicky a sociálně
- snížení kognitivních (poznávacích) schopností - vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení
- snižování schopnosti adaptace na nové situace
- typické vlastnosti ve stáří neexistují, některé vlastnosti se zvýrazňují (starostlivost se mění v úzkost a mentorování)
- menší přizpůsobivost a trvaní na svých návycích
- zvýšená pozornost, kterou věnuje fyziologickým funkcím může být až hypochondrické (trávení)

# Psychické změny ve stáří

- výrazněji se projeví vlastnosti, které dřív pokládal jedinec za špatné (změny povahy)
- senior žije často žije v vzpomínkách a hodnotí uplynulý život
- zhoršené vnímání , orientace a možnost řešení vnitřních situací vede k úzkosti až depresivitě
- postižené je zejména zaznamenávání, ukládání a využívání informací
- často se objevují poruchy pozornosti a schopnosti učení novým informacím (dopad na kvalitu života)

# Psychické změny ve stáří

- klesá flexibilita , zpomalené reakce a nedokážou efektivně zpracovat nové informace
- zpomalení psychomotorického tempa (bradypsychismus)
- ztrácejí schopnosti používat osvojené znalosti a pokud je užívají tak stereotypním způsobem
- klesá intenzita a frekvence emočních prožitků, zhoršená schopnost ovládat emoce (klesají pozitivní a stoupají negativní emoce) emoční labilita

- řeč ke zchovalá ale je pokles ve slovní plynulosti

# Adaptace na stáří

- **dlouhodobá příprava** -začíná již v dětství, kdy rodiče učí své potomky, že je slušné starým lidem vyjadřovat úctu a chovat se k nim uctivě (chování rodičů k vlastním rodičům, a postoje mezi nimi)
- **střednědobá příprava** -začíná ve středním věku a může se projevovat udržováním formy, změnou životosprávy, aktivním pohybem
- **krátkodobá** -i tři roky před odchodem do penze a týká se praktických věcí, jako je například výměna spotřebičů, úpravy bytu

# Adaptace na stáří

- adaptace je schopnost jedince, skupiny nebo kultury přizpůsobit se sociálním či přírodním podmínkám
- základní vlastnost člověka, napomáhá zvládnout obtížné situace
- během adaptace je organismus člověka schopen se přizpůsobit různým změnám prostředí
- kdy dojde ke špatné reakci a nepřizpůsobení se –malreakce/maladaptace, zejména u seniorů častý jev (**geriatrický maladaptiční syndrom**)

# Adaptace na stáří

- Konstruktivní (pozitivní pohled na život) – udržet tělesnou a duševní pohodu nebo obranný postoj (nejsou schopni se smířit se stárnutím, strach ze závislosti )
- existuje víc teorií, které se zabývají optimální adaptací
- **teorie aktivního stáří – zůstat v kontaktu s okolím a aktivitami, které seniora naplňují**
- **teorie postupného uvolňování z aktivit**
- **substituční teorie – zanechat vysilující aktivity a na hrazení vhodnými aktivitami**



# Geriatrický maladaptivní syndrom

- projev selhání adaptace ve vyšším věku, ke kterému dochází v důsledku **chronického stresu** vyvolaného závažným psychosociálním podnětem (hospitalizace, umístění do DD)
- projeví se v kardiovaskulárním, imunitním systému nebo psychickou poruchou
- může vést až k smrti

# Maladaptační syndrom – kdo je v riziku?

---

Senioři ve velmi vysokém věku

---

Senioři žijící v jednočlenné domácnosti

---

Osamělí a bezdětní senioři

---

Senioři žijící s nějakým handicapem

---

Starší páry, kde jeden z manželů vážně onemocní

---

Senioři žijící v izolaci s nepříznivou ekonomickou situací

# Maladaptivní syndrom – co patří mezi rizika?

- **psychické rizika** - stavy zmatenosti, pasivní postoj k životu, duševní choroba
- **sociální rizika** - hrozba závislosti na ostatních, ztráta samostatnosti, život v izolaci, ztráta životního partnera, změna bydliště, změna životního stylu, nedostatečný finanční příjem
- **biologická rizika** - vysoký věk, imobilitu, inkontinenci, pneumonie

# Geriatrický maladaptivní syndrom – klinický obraz

- **Fáze rozvoje syndromu** (několika týdnů- měsíců) –rozvoj stresové reakce, nejčastěji na podkladě psychosociálního podnětu, nebezpečí zhoršení zdravotního (úzkost, dekompenzace KV)
- **Fáze adaptační reakce** (šest měsíců). - úzkostné a depresivní chování, hostilní chování -agresivita, apatie a suicidální sklony. Dochází k selhávání kardiovaskulárního systému, bronchopneumonií, infekcemi, dekompenzace DM.
- **Následná fáze adaptační reakce (déle než 6 měsíců)** - doznívání stresové reakce, která v pozitivním stavu vede k úpravě obtíží, somatických a mentálních poruch. V nepříznivém k dezintegraci osobnosti, sebevražednými tendencemi, orgánovými a systémovými dekompenzacemi.

# Geriatrický maladaptivní syndrom – prevence

- **při hospitalizování seniora je důležitý první dojem** - vyslechnout problémy, seznámit ho se zařízením, přesvědčit se o jeho orientaci v prostoru, poskytnout pocit bezpečí
- **zajistit respektování identity** - oslovovat klienta jménem, nebo používat akademický titul, nepřípustné je oslovení typu babi, dědo
- **vytvořit atmosféru klidu a důvěry**- přistupovat k pacientovi individuálně, projevit o něj zájem, snažit se ho získat k aktivní spolupráci
- **asertivní přístup** -vyjadřovat se zřetelně, srozumitelně, nezapomínat na úsměv
- **správná organizace času pacienta** -aktivně seniora zapojit do relaxačních aktivit, snažit se pacientovi umožnit, aby trávil volný čas podle svých představ

# Geriatrický maladaptivní syndrom – prevence

- **používat pomůcky** k ulehčení pohybu na lůžku i na pokoji, pomůcky k úpravě polohy, k prevenci dekubitů, kontrola signalizačního zařízení
- **příjemné a čisté prostředí**
- **rehabilitace** - vytvořit individuální plán, provádět masáže predilekčních míst, nácvik dechových cvičení
- **komunikace s rodinou**

# Adaptace po přijetí do domova pro seniory

- umístění do domova se může vnímat jako finální cestu a neodkladně blížící se konec života. změny v chování a mohou se zhoršit kognitivní funkce
- **Dobrá adaptace** -zájmem seniora o dění v zařízení (aktivní zapojení, navázání kontaktů, senior je spokojený)
- **Adaptace vyhovující** senior sice projevuje nějaký zájmem, který ale není velký, ani zcela pasivní. Přístup k personálu a jejím pokynům je negativní, bez zájmu, ale plněn. Jedinec se nepřipojí do rozhovoru, pouze poslouchá.
- **Zlá adaptace (maladaptace)** - nezájem o prostředí, personál a dění v zařízení, nespolupráce, deprese a apatie.

# Adaptace po přijetí do domova pro seniory

- Dobrovolný vstup :
- **Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu-** senior přichází do neznámého prostředí, kde se snaží orientovat.
- **Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu-** senior si na nové prostředí pomalu zvyká a vyrovnává se se ztrátou svého původního domova. Získává nové sociální kontakty a životní stereotyp



# Adaptace po přijetí do domova pro seniory

- Nedobrovolný vstup:
- **Fáze odporu-** senior bývá negativní vůči sobě a všem ve svém okolí. Může mít negativní emoce, strach až fáze agresivity
- **Fáze zoufalství a apatie-** přestává mu na všem záležet, i na sebe samotném, může ho to vyčerpat, nezvládne adaptaci a může i dojít i ke smrti (smrt z maladaptace)
- **Fáze vytvoření nové pozitivní vazby-** vytvoří kladný vztah s někým z personálu zařízení, či jiným klientem, který mu neznámou situaci pomáhá zvládnout

# Psychické poruchy ve stáří

- nejčastější klinické formy duševních poruch ve stáří jsou **demence, deprese a deliria**
- **Mánie** se vyskytuje ve stáří méně často než ve věku mladším a středním. Může být rovněž organicky podmíněna.
- **Úzkostné poruchy** mohou přecházet z mladšího věku
- ve stáří nepozorujeme tak velký výskyt **panické úzkosti** jako ve věku mladším
- roste počet pacientů s **organickou úzkostnou poruchou**.
- **Návykové poruchy** ve stáří nejsou výjimečné (alkohol, benzodiazepiny, analgetika)

# Psychické poruchy ve stáří - lehká porucha poznávacích funkcí (mild cognitive impairment)

- častá porucha, která není vždy diagnostikována.
- porucha paměti jak subjektivní, tak objektivní, měřitelná psychologickými metodami, nedosahuje stupně demence
- oproti dementním pacientům jsou pacienti s lehkou poruchou poznávacích funkcí schopni vykonávat běžnou denní rutinu, jsou soběstační, nemají podstatné poruchy aktivit denního života
- u části pacientů se postupně rozvine demence ( Alzheimerova choroba)
- u některých však je stav stacionární (benigní stařecká zapomnětlivost)

# Psychické poruchy ve stáří - organické psychotické poruchy

- organická halucinóza, organická katatonní porucha a organická porucha s bludy
- **Organická halucinóza** - halucinace nejčastěji zrakových, ale také sluchových nebo komplexních (halucinace více smyslů)
- **Organická katatonní porucha** - podobá katatonní schizofrenii, vyskytuje se převážně stuporózní forma
- **Organická porucha s bludy** - podobá se paranoidní schizofrenii, zvláště její parafrenní formě. Někdy jsou bludy nesystematické, jindy mají systém, ale zpravidla nejsou logicky zkloubené. Mohou se vyskytnout poruchy vnímání.

# Organické psychózy

## Organické psychózy

<i>organická halucinóza</i>	převládají poruchy vnímání, event. bludy až sekundární
<i>organická katatonní porucha</i>	příznaky produktivní a neproduktivní katatonie
<i>organická porucha s bludy</i>	převládají systemizované bludy, poruchy vnímání nekonstantně
<i>delirium</i>	často nasedá na demenci, ale může vzniknout i bez přítomnosti demence
<i>odvykací stav s deliriem</i>	nejčastěji odvykací stavy od alkoholu a benzodiazepinů
<i>toxická psychóza</i>	vyvolaná nejčastěji alkoholem, sedativy a hypnotiky

# Funkční psychózy

„Funkční“ psychózy	<i>schizofrenie</i>	85% z mládí (často již reziduální subtyp), 15% pozdní formy
	<i>porucha s bludy</i>	přetrvávající ze středního věku, typicky systemizované bludy
	<i>indukovaná psychotická porucha</i>	rozvoj u jedince se silnou emoční vazbou na nemocného psychózou
	<i>schizoafektivní porucha</i>	přítomny zároveň schizofrenní příznaky a porucha nálady (deprese, mánie)
	<i>afektivní poruchy s psychotickými příznaky</i>	těžké formy depresivní / manické fáze, rekurentní depresivní poruchy a bipolární afektivní poruchy, psychotické příznaky kongruentní s náladou

# Sebevraždy seniorů

- depresivní poruchy jsou potencionálně smrtelné onemocnění
- ve stáří je proti jiným věkovým skupinám výskyt suicidií častější
- častěji se vyskytují dokonaná suicidia v poměru k suicidálním pokusům a tzv. **tichá suicidia** (např. nedodržováním léčby, dehydratací) i tzv. **rozšířené sebevraždy**, které většinou provedou partneři
- sebevraždné jednání se ve stáří může častěji vyskytovat i bez přítomnosti deprese, jde o tzv. **bilanční sebevraždy** například u nevléčitelně nemocných nádorovou chorobou