

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Soňa Korcová

**Problematika nedostatečné výživy u seniorů
s vybranými druhy onemocnění a možnost
jejího následného řešení cestou zavedení
perkutánní endoskopické gastrostomie**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2012

podpis

Děkuji Mgr. et Bc. Janu Chrastinovi za odborné vedení bakalářské práce a také za ochotu, trpělivost, vstřícnost, cenné rady a čas, který mi věnoval. Rovněž děkuji mé rodině za velkou trpělivost a pomoc.

ANOTACE

Název práce:

Problematika nedostatečné výživy u seniorů s vybranými druhy onemocnění a možnost jejího následného řešení cestou zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie.

Název práce v AJ:

Malnutrition in Elderly Patients with Selected Diseases and the Subsequent Ways of Its Solution Using Percutaneous Endoscopic Gastrostomy.

Datum zadání: 2012–01–19

Datum odevzdání: 2012–04–30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Korcová Soňa

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Abstrakt v ČJ:

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice nedostatečné výživy u seniorů s vybranými druhy onemocnění (onkologická onemocnění, gerontopsychiatrická onemocnění, nemocní s cévní mozkovou příhodou, nemocní s Parkinsonovou nemocí, nemocní s Alzheimerovou demencí) a možnostmi jejího následného řešení cestou zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Práce tak reflektuje vymezený a popisovaný problém: „Zda je rozhodnutí o podávání umělé

výživy cestou zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie pro pacienta přínosné, nebo zda nedojde ke snížení kvality života a prodlužování umírání.“ Také se snaží zodpovědět na otázku, zda je indikováno zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí, a to dle dostupných publikovaných informací výstupů studií realizovaných v různých státech (USA, Nizozemí, Švédsko, Pákistán, Japonsko a Česká republika). Veškeré informace – dle rešeršní strategie – byly podrobeny analytické a komparační práci s nimi a naplnily kritéria pro tvorbu přehledové práce.

Abstrakt v AJ:

This bachelor's thesis focuses on the issue of malnutrition in elderly patients with selected types of diseases (oncological diseases, gerontopsychiatric diseases, cerebrovascular accident, Parkinson's disease, Alzheimer's disease) and on the ways of its subsequent solution using percutaneous endoscopic gastrostomy. The thesis thus reflects the previously defined and described issue: whether the decision to apply artificial nutrition by applying percutaneous endoscopic gastrostomy is beneficial for the patient, or whether it reduces the quality of the patient's life and extends the phase of dying. Using the available published information and findings of studies conducted in various countries (U.S.A., the Netherlands, Sweden, Pakistan, Japan, and the Czech Republic), the thesis also seeks to answer the question whether the application of percutaneous endoscopic gastrostomy is indicated in elderly patients with dementia. Based on the research strategy, all the information was subjected to analysis and comparison and met the criteria for the preparation of a research review.

Klíčová slova v ČJ:

PEG, perkutánní endoskopická gastrostomie, nutriční podpora, poruchy výživy u seniorů, enterální výživa, sondová výživa, sondová enterální výživa, perkutánní endoskopická gastrostomie u seniorů, senior.

Klíčová slova v AJ:

percutaneous endoscopic gastrostomy, percutaneous endoscopic gastrostomy in the elderly, percutaneous endoscopic gastrostomy in demented elderly, percutaneous endoscopic gastrostomy and dementia.

Rozsah: 43 stran

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 VSTUP DO PROBLEMATIKY.....	12
2 PROBLEMATIKA VÝŽIVY U SENIORŮ S VYBRANÝMI DRUHY ONEMOCNĚNÍ.....	14
2.1 Problematika výživy u nevléčitelně nemocných.....	14
2.2 Problematika výživy u seniorů.....	15
2.3 Problematika výživy u gerontopsychiatrických pacientů.....	17
2.4 Problematika výživy u onkologicky nemocných.....	18
2.5 Problematika výživy u nemocných s cévní mozkovou příhodou.....	19
2.6 Problematika výživy u pacientů s Parkinsonovou nemocí.....	19
2.7 Problematika výživy u nemocných s Alzheimerovou demencí.....	19
3 SPECIFIKACE NUTRIČNÍ PODPORY.....	21
3.1 Pravidla nutriční podpory.....	21
3.2 Sondová enterální výživa.....	23
3.3 Základní rozdělení enterální výživy.....	24
3.4 Režimy podávání enterální výživy.....	25

4 VYUŽITÍ PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÉ GASTROSTOMIE.....	26
4.1 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v USA.....	26
4.2 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v Nizozemí.....	27
4.3 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí ve Švédsku.....	28
4.4 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v Pákistánu.....	29
4.5 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v Japonsku.....	30
4.6 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v České republice.....	32
ZÁVĚR.....	34
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ.....	40
SEZNAM ZKRATEK.....	43

ÚVOD

Perkutánní endoskopická gastrostomie je jednou z novějších metod podávání enterální výživy využívaná u všech věkových skupin. V práci autorka přemýšlí nad otázkou, zda je opravdu zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie pro pacienty výhodné, a také v jakých případech. Snaží se nalézt odpovědi na otázky, zda dojde ke zlepšení kvality života anebo pouze k prodloužení života při snížení jeho kvality?

Cílem práce je problematika nedostatečné výživy u skupiny nemocných v seniorském věku s vybranými druhy onemocnění (onkologická onemocnění, gerontopsychiatrická onemocnění, nemocní s cévní mozkovou příhodou, nemocní s Parkinsonovou nemocí, nemocní s Alzheimerovou demencí), a její následné řešení zahájením podávání umělé výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie. Zda je rozhodnutí o podávání umělé výživy cestou zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie pro pacienta přínosné, nebo zda nedojde ke snížení kvality života a prodlužování umírání jsou nedílnými úvahami v této problematice.

Cílem také bylo porovnat přístup k této problematice z hlediska studií publikovaných v různých státech (USA, Nizozemí, Švédsko, Pákistán, Japonsko a Česká republika). V těchto studiích se jednalo zejména o seniory s demencí a postižením kognitivních funkcí. Výsledky těchto studií jsou ovlivněny mnoha aspekty, které jsou rozdílné v jednotlivých státech, zejména systémem zdravotní péče, celkovou ekonomickou situací, socio–kulturním kontextem, morálními hodnotami a také platnými legislativními předpisy.

Správná výživa je velmi důležitá pro zlepšení výsledků léčby a udržení „kvalitního života“ nemocných. Musíme ale zvážit, zda se u nemocného jedná o péči paliativní, nebo již péči terminální. Rozhodnutí o podávání umělé výživy cestou zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie není jednoduché. Je ovlivněno mnoha faktory, mezi které patří nejen aktuální zdravotní stav pacienta, prognóza délky přežití, ale zejména samotný názor pacienta na podávání umělé výživy. V případě pacientů s demencí, kteří nejsou schopni sdělit svůj názor, má stejnou váhu i názor

příbuzných a blízkých. Musíme brát ohled i na to, jak pacient nahlížel na danou problematiku v době, kdy byl ještě plně-kompetentní.

Před vymezením cílů práce a specifikací zkoumaného problému přehledové bakalářské práce autorka nejprve prostudovala tuto vstupní studijní literaturu:

GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 str. ISBN 978-80-247-1868-2.

JAHODA, Jan. 2009. Nutriční farmakoterapie u kriticky nemocných. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 11, s. 522-523. ISSN 1212-7299.

KOHOUT, Pavel, SKLADANÝ, Lubomír et al. 2002. *Perkutánní endoskopická gastrostomie a její místo v algoritmu umělé výživy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 255 s. ISBN 80-7262-191-2.

KOHOUT, Pavel, KOTRLÍKOVÁ, Eva. 2009. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství AGE, 2009. 114 s. ISBN 80-86912-08-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERNOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. 2005. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERNOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 216 s. ISBN 80-247-1777-8.

TOMÍŠKA, Miroslav. 2007. Současné pohledy na sondovou enterální výživu. *Interní medicína pro praxi*. 2007, roč. 9, č. 11, s. 480-485. ISSN 1212-7299.

ZADÁK, Zdeněk. 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

Informace k této problematice byly čerpány ze zdrojů dostupných na internetu, tištěných publikací a informací z dostupných odborných časopisů. Na základě studia těchto materiálů byly vymezeny cíle přehledové bakalářské práce a také klíčová slova pro vyhledávání potřebných informačních zdrojů. Informace o perkutánní endoskopické gastrostomii a jejím využití u seniorů s různými onemocněními byly získány stanovením těchto klíčových slov:

PEG, perkutánní endoskopická gastrostomie, nutriční podpora, poruchy výživy u seniorů, enterální výživa, sondová výživa, sondová enterální výživa, perkutánní endoskopická gastrostomie u seniorů, senior.

Pro vyhledávání v anglickém jazyce byla použita tato klíčová slova:

percutaneous endoscopic gastrostomy, percutaneous endoscopic gastrostomy in the elderly, percutaneous endoscopic gastrostomy in demented elderly, percutaneous endoscopic gastrostomy and dementia.

Rešerše dle výše uvedených klíčových slov byla provedena v databázích PubMed Central, Bibliographia Medica Čechoslovaca, v online portálu SOLEN a rozšířeném vyhledávači Google Scholar. Vyhledávacím obdobím publikovaných výstupů bylo období let - 2000–2011. V českém jazyce bylo nalezeno 3 136 zdrojů a pomocí databáze PubMed Central byly vyhledány i zdroje v anglickém jazyce. Těchto bylo nalezeno celkem 1 823. Po prvotním rozřídění všech vyhledaných zdrojů bylo ponecháno 28 zdrojů v anglickém jazyce a 66 zdrojů v českém jazyce. Po další analýze nalezených dokumentů a utřídění podle vytyčených cílů tak, aby se jednalo o přehled problematiky u pacientů již zmíněných vybraných skupin, bylo pro tvorbu přehledové bakalářské práce použito 5 zdrojů v anglickém jazyce a 17 zdrojů v českém jazyce. Celkem 72 získaných zdrojů, stanoveným kritériím práce, jež se zabývá využitím perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s vybranými druhy onemocnění, nevyhovovalo. 49 zdrojů v českém jazyce se sice zabývalo problematikou zavedení umělé výživy cestou perkutánní endoskopické gastrostomie, ale nebyla zde vytyčena skupina osob seniorského věku. 23 zdrojů v anglickém jazyce obsahovalo informace výstupů studií realizovaných v různých státech, ale tyto studie se nezabývaly zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí.

1 VSTUP DO PROBLEMATIKY

Cílem práce bylo zjistit, zda je u seniorů a různých druhů onemocnění v seniorském věku indikováno zavedení podávání enterální výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie. Vybrané druhy onemocnění (onkologická onemocnění, gerontopsychiatrická onemocnění, nemocní s cévní mozkovou příhodou, nemocní s Parkinsonovou nemocí, nemocní s Alzheimerovou demencí), byly stanoveny podle dohledaných zdrojů a kritériem bylo, aby se jednalo o problémy s nedostatečnou výživou u osob v seniorském věku a možností následného řešení zahájením podávání enterální výživy cestou perkutánní endoskopické gastrostomie. Výběr jednotlivých států (USA, Nizozemí, Švédsko, Pákistán, Japonsko a Česká republika), v nichž byly realizovány studie týkající se zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie, byl také vymezen a byly použity pouze studie, které se týkaly zavedení podávání enterální výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí. Cílovou skupinou, jež se nejvíce budu věnovat, je skupina osob seniorského věku. Jakou věkovou skupinu charakterizuje pojem senior?

Člověk žijící v období stáří je vymezen v odborné literatuře různými pojmy. Gerontologie používá nejčastěji pojem geront, v psychologické literatuře se pracuje s pojmem senescent, v jiných oborech se hovoří o starých lidech nebo o důchodcích. Za nevhodné se považuje označení „starý“, jelikož představuje v určitém smyslu negativní citový náboj. Proto se ve vzdělávací praxi začal používat pojem senior a to hlavně z důvodu, že je významově neutrální a systémově navazuje na pojem sénium. Není zde patrné emoční zatížení, je populací příznivě přijímané. Jedná se o jasné a flexibilní označení pro člověka v celém věkovém období stáří (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 24).

Chronologické stáří se člení na různá samostatná dílčí období. Ve věku 65–74 let hovoříme o mladých seniorech. Pro toto období je typická problematika přizpůsobení se penzijnímu období. Tito lidé se adaptují na přebytek volného času, dochází k postupnému nalezení nových aktivit a seberealizace. Dalším obdobím jsou

staří senioři (75–84 let), do popředí vystupuje změna funkční zdatnosti a také specifická medicínská problematika. V důsledku specifických změn organismu ve stáří nastává atypický průběh chorob a možných komplikací s nimi spojených. Věk 85 a více let bývá poznamenán významným problémem v oblasti soběstačnosti a zabezpečení, hovoříme o velmi starých seniorech (Mühlpachr, 2004, s. 21).

V seniorském věku jsou poruchy výživy významným problémem. Při vzniku malnutrice musíme využít možností nutriční podpory. Pokud je nutné dlouhodobé podávání nutriční podpory, nejčastěji je využíváno zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (Jurašková et al., 2007, s. 445).

Perkutánní endoskopická gastrostomie je poměrně mladá metoda. Je vhodná zejména pro dlouhodobou nutriční podporu. Poprvé byla „představena“ v roce 1980 jako alternativa chirurgického zavedení gastrostomie. Při zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie je speciální kanyla zavedena do žaludku přímo přes břišní stěnu. Výkon je proveden za pomoci gastroskopu s využitím speciálního gastrostomického setu, většinou bývá proveden v lokálním znecitlivění a trvá 5–15 minut (Navrátilová, 2003, s. 122). Perkutánní endoskopickou gastrostomii je možno zavést metodou pull, kdy je gastrostomická sonda vytažena zevnitř ze žaludku břišní stěnou anebo metodou push, kdy je sonda zavedena přímo přes břišní stěnu do žaludku a fixována v žaludku za pomoci balónku (Šachlová, 2009, s. 243). Výhodou perkutánní endoskopické gastrostomie je zejména menší náročnost výkonu pro pacienta, ve srovnání s chirurgicky řešenou gastrostomií a také větší komfort pro pacienta ve srovnání s nasogastrickou sondou (Ehler et al., 2001, s. 86).

2 PROBLEMATIKA VÝŽIVY U SENIORŮ S VYBRANÝMI DRUHY ONEMOCNĚNÍ

Problematika nedostatečné výživy je velmi široký pojem. Setkáváme se s ní u mnoha onemocnění, která jsou spojována (nebo v návaznosti) s poruchami výživy či výživového stavu. V seniorském věku dochází ke změnám organismu a komplikacím, které poruchy příjmu potravy ještě stupňují. Otázkou zůstává, u jakých druhů onemocnění v seniorském věku je vhodné zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie, a u kterých onemocnění již zavedení umělé výživy není doporučováno.

2.1 Problematika výživy u nevléčitelně nemocných

V oblasti péče o nevléčitelně nemocné je nutno brát na zřetel i správnou výživu a stav hydratace. Správnou výživou můžeme dosáhnout zlepšení kvality života a předejít komplikacím z podvýživy. Musíme ovšem brát ohled na charakter základního onemocnění. Určitou odlišnost má přístup k výživě v paliativní a v terminální péči. Stav nemocného v zásadě není řešitelný, jedná se o dlouhodobou péči a musíme počítat s konečným řešením (Grofová, 2009, s. 276).

Autorka Grofová uvádí: „Člověk zůstává lidskou bytostí až do svého konce a mělo by být samozřejmostí zajistit mu základní potřeby a důstojnost. Tedy správnou hydrataci, adekvátní výživu, tlumení bolesti, udržování v čistotě, péči o vyprazdňování, pohodlí fyzické i duševní“ (Grofová, 2009, s. 276).

U takto nemocného lze použít pouze symptomatickou terapii. Ta vede ke zmírnění projevů základního onemocnění a zajišťuje „přijatelnou“ kvalitu života.

V rámci ošetrovatelské péče se problematika věnuje nejčastěji systému potřeb nemocného. Ve všech fázích onemocnění je důležitá dostatečná hydratace, nemocný nesmí trpět žízní či dokonce zemřít žízní. Dehydratace vede k neklidu nemocných, způsobuje nepříjemné pocity a tíží pacienta stejně jako bolest nebo dušení. Výživová

opatření sice neřeší základní onemocnění, ale je důležitá, neboť přispívá ke zlepšení kvality života. Nemocný velmi trpí, pokud není schopen jíst. Hlavní zásadou péče je, že podvýživě je nutno u pacientů předcházet, ne ji později řešit. Otázkou zůstává, jak budeme nemocného živit? Při tomto závažném rozhodnutí musíme brát ohled na charakter základního onemocnění a na to, zda se jedná ještě o paliativní péči nebo již péči terminální. Cíle léčby je vždy nutno zhodnotit společně s pacientem a jeho blízkými (Grofová, 2009, s. 276).

Pokud nemocný není schopen přijímat stravu ústy, ale má zachován funkční gastrointestinální trakt, bývá volena některá z forem výživy enterální. Rozhoduje se mezi zavedením nasogastrické sondy, nebo perkutánní endoskopické gastrostomie. Gastrostomie je volena tehdy, pokud bude nutno výživu podávat po dobu delší, než jsou 3 týdny. Výhodou také je, že pacient se zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomií nevyžadující další léčbu za hospitalizace, může být propuštěn do domácí péče (Grofová, 2009, s. 277).

2.2 Problematika výživy u seniorů

Výživa (a stav výživy) je základní podmínkou života a může být také vnímána jako léčebný prostředek pro ovlivnění konkrétního nemocného (v podobě dietetických opatření). Je nutno vnímat také psychologický a etický aspekt této problematiky. U starší populace může být každodenní rituál příjmu potravy zdrojem důležitých motivujících prožitků či psychologických vlivů, které zpětně příznivě stimulují motivaci k dalšímu příjmu potravy (Malá et al., 2011, s. 111). S postupujícím věkem dochází v organismu k fyziologickým změnám, jež ovlivňují metabolické procesy ve stáří – zvyšuje se podíl tukové tkáně a nastává pokles svalové hmoty (Jurašková et al., 2007, s. 443). Správná výživa je velmi důležitá pro udržení kvalitního života seniorů. Zlepšení výsledku léčby či rehabilitace a následné resocializace seniora je závislé na dobrém nutričním stavu příjemce péče. Pokud nemá senior dostatečnou výživu, může u něj dojít k porušení obranyschopnosti organismu, zdlouhavému hojení ran a protahovanému průběhu nemoci. To může prodlužovat jeho návrat k soběstačnosti a návrat do domácího prostředí. Velmi důležité je, aby nedošlo ke ztrátám svalové hmoty, hojivých

schopností organismu a fungující imunity. Je mnoho faktorů, jež ovlivňují snížený příjem stravy u seniorů. Velmi často se jedná o problémy s denticí, nechutenství, nevolnost po užití některých léků, jednostranná výživa či zapomínání. Velkou roli také hraje omezení pohyblivosti, kdy si senior sám nemůže stravu obstarat (Grofová, 2009, s. 42).

Ve stáří také nastávají změny funkce jednotlivých orgánů i regulačních mechanismů, které ovlivňují příjem důležitých živin. Dle ESPEN Guidelines (2006) je malnutrice stav výživy, kdy nerovnováha, deficit nebo přebytek energie, proteinů či ostatních nutrientů způsobuje vedlejší účinky na tkáně, funkce nebo formu těla. Tyto vedlejší účinky jsou měřitelné a způsobují výsledný klinický stav hodnoceného seniora. Malnutrice u seniorů vzniká tehdy, je-li příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jsou potřeby organismu. Tato situace může vzniknout, pokud je snížen příjem potravy a potřeby organismu jsou neměnné, nebo při stejném příjmu potravy, ale zvýšených potřebách organismu. Existují dva typy hladovění, které se určují podle stavu, v jakém se organismus nachází v době nouze. Prosté hladovění je způsobeno dlouhým nedostatečným přísunem živin a energie, kdy organismus nejprve čerpá energii ze zásobních zdrojů, dále pokračuje lipolýzou v tukové tkáni, glukoneogenezí v játrech a proteolýzou v kosterních svalech. Následuje snížení energetického výdeje, snížení tělesné aktivity a aktivity kontraregulačních mechanismů. Poté dochází k redukci svalové tkáně a také redukci kosterní svaloviny. Prostá proteino–energetická malnutrice je nejčastější poruchou výživy u seniorů. Pro druhý typ, takzvané stresové hladovění, je typické současné působení podvýživy a onemocnění. V případě prostého hladovění jsou všechny energetické a bílkovinné zdroje vyčerpány během 40–50 dní, avšak při stresovém hladovění 2–3x rychleji (Jurašková et al., 2007, s. 443).

Malnutrice postihuje mnoho orgánových systémů, proto pro její stanovení musíme použít kombinaci různých metod. V případě nutriční anamnézy se snažíme zjistit stravovací zvyklosti, dostupnost stravy, preference stravy či dietní režim. Zjišťujeme také změny tělesné hmotnosti za určité období, většinou za období jednoho až dvou měsíců. Můžeme využít také různých screeningových dotazníků, u seniorů se nejčastěji využívá Mini Nutritional Assessment. Jako další ukazatel malnutrice bývají využívány antropometrické ukazatele, zde měříme například obvod paže

nebo kožní řasu nad tricepsem. Mezi základní vyšetření při diagnostice malnutrice patří také biochemické markery (Jurašková et al., 2007, s. 444).

V případě malnutrice u seniorů se snažíme o co nejdelší udržení a zachování příjmu potravy ústy. Hlavním kritériem je motivace pro určité zachování vlastní soběstačnosti a autonomie. Znemožnění příjmu potravy ústy může být průvodním jevem demotivace, deprese a dalších psychických změn seniorů (Malá et al., 2011, s. 116). Při zjištění malnutrice je první volbou nutriční podpory perorální podání (ovšem podmínkou je funkční gastrointestinální trakt). První volbou před podáváním enterální výživy je sipping, neboli popíjení perorálních nutričních doplňků (Jurašková et al., 2007, s. 445). U starých pacientů se jako nejčastější metoda podávání enterální výživy v případě nedostatečného perorálního příjmu využívá zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Indikací pro zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie je neschopnost přijímat stravu ústy a současně zachován funkční zažívací trakt (Grofová, 2009, s. 42).

2.3 Problematika výživy u gerontopsychiatrických pacientů

Zvýšené riziko malnutrice se také ve velké míře vyskytuje u geriatrických pacientů hospitalizovaných na různých odděleních psychiatrického zaměření. Rizikem pro vznik malnutrice je v tomto případě nejenom vysoký věk, ale také psychická porucha (Navrátilová, 2003, s. 118). Dostatečně vyvážená výživa může zabránit řadě komplikací, které nepříznivě ovlivňují stav nemocného (jako například zhoršené hojení ran, vznik dekubitů nebo porušená imunita aj.). U gerontopsychiatrického pacienta je výrazným problémem, že tento pacient si o jídlo sám většinou nepožádá, nebo spíše nedokáže posoudit nezbytné množství stravy a tekutin na den (Navrátilová, Stárková, 2004, s. 84). Malnutrice je velkou komplikací, a zhoršuje průběh primárního psychiatrického onemocnění i jeho prognózu. U těchto nemocných je nutné včas zahájit nutriční podporu. Nejvhodnější metodou se ukazuje být výživa enterální, neboť zaručuje dostatečný přísun přirozených živin (Navrátilová, 2003, s. 118). Parenterální výživa je volena pouze výjimečně, a to u nemocných, kteří nemohou být živeni enterální cestou. Včasné zahájení podávání enterální výživy je důležité k zabránění hladovění pacienta, ke stimulaci

gastrointestinálního traktu a zpomalení atrofie střevních klků, ke které důsledkem hladovění dochází. Upřednostňovanou metodou je gastrická aplikace pomocí zavedené perkutánní endoskopické gastrostomie, protože žaludek přirozeně uvolňuje potravu do střeva a dochází k plnému využití absorpční i trávící funkce střeva (Navrátilová, 2003, s. 120).

2.4 Problematika výživy u onkologicky nemocných

U onkologicky nemocných jedinců se malnutrice a kachexie vyskytují téměř u poloviny všech onkologických pacientů (Hrnčiariková et al., 2007, s. 511). Významný váhový úbytek a nechutenství bývá často prvním příznakem probíhajícího onkologického onemocnění. V průběhu další léčby dochází k postupnému prohlubování malnutrice a to zejména v důsledku negativních dopadů chemoterapie, což nepříznivě ovlivňuje prognózu onemocnění (Hrnčiariková et al., 2007, s. 511). Typickým znamením pro onkologické nemocné v oblasti příjmu potravy je vynechávání určitého typu potravy, ve většině případů se jedná o maso. Často se přidruží i jiné potíže, jako jsou nechutenství, nevolnost či polykací obtíže. U všech takto nemocných je nutná určitá úprava stravovacích návyků, a pokud dojde k rozvoji malnutrice, dále také spolupráce s diabetologem. Pokud již nemůžeme zajistit uspokojivý perorální příjem, snažíme se pacientům podávat vhodné nutriční přípravky formou sippingu. Při selhání i této nutriční podpory preferujeme enterální výživu před parenterální, neboť je fyziologičtější, dochází k zapojení funkce gastrointestinálního traktu a následnému zlepšení imunitní odpovědi organismu. Zavedení nasogastrické sondy je často pro pacienta určitým narušením komfortu, proto je častěji voleno zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Při prognóze časově dlouhodobějšího přežití pacienta v oblasti paliativní péče je užití gastrostomie časté. V terminálním stádiu je postupováno individuálně s ohledem na preference a přání pacienta (Hrnčiariková et al., 2007, s. 512).

2.5 Problematika výživy u nemocných s cévní mozkovou příhodou

Potíže s polykáním doprovázejí celou řadu onemocnění. Jsou zároveň častým symptomem, který doprovází stavy cévní mozkové příhody. Také v těchto případech má enterální výživa mnoho výhod oproti výživě parenterální. Pomocí sondy můžeme dodat dostatečné množství výživy i tekutin, a v případě nemocných s cévní mozkovou příhodou by se s enterální výživou mělo začínat co možná nejdříve. Preferována je výživa pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie, která má oproti zavedení nasogastrické sondy mnoho výhod. Nezatěžuje pacienta možnými komplikacemi způsobenými nasogastrickou sondou, pacient je celkově klidnější, umožňuje rehabilitaci řeči a může být zavedena dlouhodobě, bez nutnosti výměny (Ehler et al., 2001, s. 85).

2.6 Problematika výživy u pacientů s Parkinsonovou nemocí

Součástí celkového přístupu k pacientovi v pozdní fázi Parkinsonovy nemoci je paliativní přístup a péče. U většiny těchto pacientů dochází k postupnému rozvoji demence, poruch polykání a gastrointestinálním potížím. V důsledku těchto problémů je pacient nedostatečně nutričně vyživován a také nedostatečně hydratován. Může docházet k opakovanému vdechnutí potravy či tekutin způsobeném zhoršující se dysfagií. V indikovaných případech je nutné zvážit zavedení nasogastrické sondy či perkutánní endoskopické gastrostomie (Bareš, 2010, s. 14).

2.7 Problematika výživy u nemocných s Alzheimerovou demencí

Poruchy příjmu potravy v souvislosti s demencí bývají časté v pokročilých stádiích Alzheimerovy choroby. Postupný vývoj psychosociální inkompetence u těchto nemocných vzniká na podkladě předčasného a trvalého poškození kognitivních a intelektuálních funkcí člověka. To vše postupně směřuje k jejich pozvolnému

zániku. Vznik poruch výživy je charakteristický pro klinický obraz demence a nadále zhoršuje kvalitu života či riziko dalších komplikací. Malnutrice související s poruchou příjmu potravy jsou provázejícím jevem klinické symptomatologie demence Alzheimerova typu, která se postupně zhoršuje v průběhu měsíců až několika let. Pro pacienty s Alzheimerovou chorobou spojenou s demencí je typická nižší tělesná hmotnost (než u nemocných s jinou formou demence). Stádium metabolických změn u demence Alzheimerova typu se vyznačuje úbytkem svalové hmoty při snížení tělesné aktivity. Pro její udržení je u těchto nemocných nutný vyšší energetický příjem. Složitější formy nutriční intervence u pacientů s Alzheimerovou chorobou se výrazně liší podle stádií choroby, spolupráce pacienta a současné přítomnosti jiných onemocnění (Těšínský, 2003, s. 248). Malnutrice u takto nemocných se obvykle vyvíjí pomalu, dochází k postupnému vyhasínání zájmu o jídlo a následně směřuje k postupující ztrátě tělesné hmotnosti. Sledování tělesné hmotnosti je vhodným vodítkem ke kontrole adekvátního příjmu potravy a nejspíše zjištělnou známkou malnutrice. V případech rozvíjející se malnutrice a poruchy polykání u nemocných s Alzheimerovou chorobou je nejvhodnější metodou výživy enterální výživa. Nasogastrickou sondu využíváme u pacientů s předpokladem enterální výživy v trvání 1–2 týdnů. Pokud bude enterální výživa nutná po delší dobu, volíme jako metodu podávání výživy zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie (Těšínský, 2003, s. 252).

3 SPECIFIKACE NUTRIČNÍ PODPORY

Optimální přísun živin je základní lidskou potřebou každého člověka důležitou především pro udržení kvalitního života a zdraví (včetně jeho podpory). U nemocných a seniorů má správná výživa ještě větší význam a ovlivňuje celkový stav organismu. Můžeme ji považovat za určitý druh léčebné péče. Nutriční terapie by měla být zahrnuta do komplexní péče o pacienta, její specifika by se měla odlišovat dle stavu pacienta a stádia (a formy) základního onemocnění. Jako první volbu v případě nutriční podpory se volí ústní podání, využívá se popíjení nutričních doplňků, neboli sipping. V případě dysfagie a opakovaných aspirací potravy, pokud je znemožněn dostatečný přísun živin perorálně, je nutno zabezpečit podávání výživy umělé. Umělou výživu lze podávat jednak parenterálně (což je podání výživy přímo do krevního oběhu) anebo enterálně (kdy využíváme alespoň částečně gastrointestinální trakt). Enterální výživa bývá využívána častěji, ale musí se samozřejmě brát ohled na charakter základního onemocnění, a zda má pacient alespoň částečně fungující zažívací trakt. Podávání enterální výživy má mnohé výhody, udržuje správnou funkci střev, podporuje imunitní reakce a zabraňuje atrofii střeva. Enterální výživu je možno podávat buď přímo do žaludku, anebo do tenkého střeva, přičemž lze využít mnoha metod a přístupů. Sonda může být zavedena nosem do žaludku (nebo až do tenkého střeva), ale lze také využít invazivních metod, kdy je sonda zavedena přímo do žaludku (či střeva) přes břišní stěnu. V této práci se autorka věnuje výhradně podávání enterální výživy pomocí zavedené perkutánní endoskopické gastrostomie.

3.1 Pravidla nutriční podpory

Do roku 2006 nebyla vytvořena žádná pravidla pro indikaci nutriční podpory nemocných s různými onemocněními či pravidla pro vedení výživy v praxi. Až v roce 2006 proběhla složitá jednání odborníků a představitelů mezinárodních odborných společností, na jejichž základě byla vytvořena pravidla pro výživu

v jednotlivých oborech. Na celosvětovém sjezdu European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) v Istanbulu v říjnu 2006 byla tato pravidla poprvé předložena odborné veřejnosti. Moderní koncepce obsahovala poprvé celistvá doporučení pro vedení nutriční podpory i umělé výživy pro většinu oborů a byla prezentována závaznými ESPEN GUIDELINES 2006. V následujícím roce byla zpřístupněna přeložená verze na stránkách Společnosti pro klinickou výživu a intenzivní metabolickou péči (SKVIMP). Stav výživy musíme vnímat jako základní podmínku života a také jako prostředek léčebné péče (Malá et al., 2011, s. 111). Terminální stavy u jakéhokoliv onemocnění nevyžadují vždy plnou umělou výživu. Nepříjemné pocity strádání z nemožnosti příjmu potravy „tlumí“ obvykle dobrá hydratace. Umožnění perorálního příjmu spadá v evropských poměrech do bazální terapie, tudíž podávání parenterální nebo enterální výživy je považováno za terapii. Velký význam to má proto, že jako léčba může být umělá výživa zavedena nebo též odejmuta. Pacient umírající nebo pacient, u kterého výživa nedokáže omezit komplikace, nepříjemné pocity nebo zmírnit dopady základního onemocnění, umělou výživu nepotřebuje. V paliativní péči výživa ani ostatní terapie nevedou k úzdravě nevyléčitelně nemocného pacienta. I tito pacienti však mají před sebou určitou životní etapu, jež by měli prožít důstojně. Nemocného, který se „neuživí sám“ a nemůže jíst, je neetické „neživit“. Pacientům, které léčíme jinými léčebnými postupy, je také nutno podávat umělou výživu. Pokud nemocnému, u něhož došlo k vyčerpání možností kauzální léčby, přináší umělá výživa úlevu, ve výživě pokračujeme. O nezahajování nebo ukončení podávání umělé výživy rozhoduje vždy konsenzus odborníků. Lékařská etika vychází ze čtyř základních principů:

1. Prospěch pacienta (beneficence)
2. Nepoškodit pacienta (non–maleficence)
3. Autonomie – právo pacienta na seburčení
4. Právo na stejný přístup pro všechny.

Pokud je pacient kompetentní má právo rozhodovat o své léčbě (Grofová, 2009, s. 278). Musíme respektovat, pokud plně informovaný pacient vědomě odmítá výživu a to v jakémkoli stádiu onemocnění (Hrnčiariková et al., 2007, s. 513). U nemocného, který nemůže o své léčbě rozhodnout, nebo ji pochopit, je zákonem ustanoven zákonný zástupce. Při rozhodování o další léčbě a podávání umělé výživy

musíme pečlivě zvážit prospěch nemocného a také to, zda vedlejší účinky nezhorší kvalitu zbývajících života. Lékař nesmí ukončit život pacienta, ale také nemá právo prodlužovat jeho utrpení nebo proces umírání. Pokud vyvstanou pochybnosti o prospěchu umělé výživy, může lékař požádat o pomoc v rozhodování místní etickou komisí (Grofová, 2009, s. 278).

3.2 Sondová enterální výživa

Enterální výživa je preferovanou formou nutriční podpory. Hlavní výhodou (oproti výživě parenterální) je, že je přirozená a udržuje správnou funkci střeva. U nemocných, kteří nejsou schopni zabezpečit svou nutriční podporu perorálním příjmem, se sondová enterální výživa stává léčebným postupem (Tomíška, 2007, s. 480). Hlavní podmínkou pro zavedení sondové výživy je nemocný s poruchou příjmu potravy a zároveň funkčním gastrointestinálním traktem. Jedná se zejména o pacienty s malnutricí. U nemocných je nutno použití enterální výživy také zvážit z etických důvodů, zejména z pohledu účelnosti, a to například u nemocných v terminální péči (Šachlová, 2009, s. 243).

Nasogastrická nebo nasojejunální sonda se lehce zavádí a je ekonomicky dobře dostupná. Dochází ovšem k narušení komfortu pacienta, zejména při zavádění a výměně, která může být pro pacienta stresující. Perkutánní endoskopická gastrostomie je pacienty lépe snášena než nasogastrická sonda, a umožňuje pacientům větší komfort. Problematické ovšem je také samotné invazivní zavedení (Hrnčiariková et al., 2007, s. 512).

Pokud je enterální výživa indikována na dobu kratší než 6 týdnů, podávají se přípravky enterální výživy pomocí nasogastrické sondy. Při riziku aspirace lze sondu zavádět do duodena nebo do jejunu. Pokud je předpokládáno podávání výživy delší než 6 týdnů, je preferováno zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Pokud hrozí riziko aspirace, zavádí se sonda přímo do jejunu (Šachlová, 2009, s. 243).

3.3 Základní rozdělení enterální výživy

Enterální výživu lze rozdělit podle mnoha kritérií, v zásadě se ovšem jednotlivé typy výživy liší složením bílkovin. Pokud má nemocný zachovanou resorpci a digesci je možno aplikovat výživu polymerní (výhodou této výživy je, že není finančně náročná). Pokud je u nemocného narušena digesce či resorpce gastrointestinálního traktu je nutno podávat výživu oligomerní nebo speciálně připravované výživy (tyto výživy jsou bohužel pro nemocného výrazně finančně náročné). Výběr určitého typu výživy je závislý na stupni postižení trávení v gastrointestinálním traktu a také stupni postižení vstřebávání (Navrátilová, 2003, s. 123).

Základní rozdělení enterální výživy:

- a) tekuté výživy připravované kuchyňskou technologií – v dnešní době se již upouští od tekutých přípravků připravovaných kuchyňskou technologií. Jejich negativem byla pracnější příprava, nutriční nevyváženost a časté ucpání sondy.
- b) polymerní formule – jsou nejčastěji používány v domácí péči i během hospitalizace. Jedná se o nutričně kompletní formule, které jsou vyráběny farmaceutickými technologiemi. Mohou být používány i k popíjení, neboť mají dobré chuťové vlastnosti.
- c) elementární formule – v dnešní době se již používají zřídka. Vhodné jsou pouze pro sondovou aplikaci, a to z důvodu nepřijemné chuti.
- d) oligomerní formule – též nazývané elementární diety II. generace, jsou lépe tolerovány a vhodné pro pacienty v těžkém katabolizmu či malabsorpci.
- e) speciální formule – využívají se k nutriční podpoře u specifických onemocnění, jsou to speciálně připravené přípravky.

Problematikou nutriční podpory u specifických onemocnění se zabývá obor zvaný nutriční farmakologie (Šachlová, 2009, s. 243–244). Pacient se zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomií musí pravidelně navštěvovat nutriční poradnu, ve které mu nutriční specialista předepisuje přípravky enterální výživy (Grofová, 2009, s. 43).

3.4 Režimy podávání enterální výživy

Enterální výživu lze podávat kontinuálně nebo formou bolusů. Všeobecně je lépe tolerována výživa, jež je podávána kontinuálně. „Fyziologičtější“ pro gastrointestinální trakt je ovšem podávání bolusové. Kontinuální podávání přípravků enterální výživy vyžaduje napojení výživy přes enterální pumpu a je výhodné zejména u nemocných, kteří netolerují kolísání podávaných objemů, a také u pacientů využívajících podávání výživy přes noc.

Režimy podávání:

- a) bolusové podání – je charakteristické pomalou aplikací 150—200 ml výživy stříkačkou přímo do sondy několikrát za den. Je vhodné zejména pro domácí použití.
- b) intermitentní podávání – během dne jsou střídány intervaly připojení k pumpě a pauzy bez podání enterální výživy, kdy může pacient rehabilitovat. Jednou z variant intermitentního podání je také podávání výživy přes noc, kdy je pacient během dne mobilní, bez výživy a celá dávka výživy je aplikována pumpou v noci.
- c) kontinuální podávání – výživa je podávána rovnoměrně, po dobu nejméně 20 hodin. Nejpřesnější, bezpečný a rovnoměrný přívod umožňují enterální pumpy. U pacientů, kteří výživu dobře snášejí, můžeme využít nerovnoměrného podávání pomocí gravitačního spádu (Šachlová, 2009, s. 244).

4 VYUŽITÍ PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÉ GASTROSTOMIE

4.1 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v USA

Studie, která byla realizována v USA, zdůrazňuje, že enterální výživa přes perkutánní endoskopickou gastrostomii je určena k podávání výživy pacientům, kteří mají potíže s polykáním v důsledku úrazu nebo akutní nemoci. Perkutánní endoskopická gastrostomie je postup, který byl původně vytvořen pro užití u dětských pacientů s poruchou polykání. Zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie se ukázalo jako výhodné z důvodu nízkého rizika komplikací a finanční dostupnosti. Proto začalo být využíváno postupně u pacientů různého věku. Perkutánní endoskopická gastrostomie je nyní považována za nejvýhodnější způsob dlouhodobého podávání enterální výživy. Ovšem použití perkutánní endoskopické gastrostomie u pacientů s pokročilou demencí je sporný (Kuo et al., 2009, s. 265).

Obtíže s příjmem stravy, které vedou ke ztrátě hmotnosti, jsou běžné u pokročilých stádií demence. Pokud takové problémy vznikají, rodinní příslušníci často čelí rozhodování o zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Stávající důkazy na základě vypracovaných studií v USA spíše dokazují, že podávání výživy klientům s pokročilou demencí pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie nezlepší přežití nebo nesníží riziko aspirace. I přes tyto důkazy je nadále u pacientů s demencí převládající metodou při krmení používání gastrostomické sondy (Paleček et al., 2010, s. 580).

Demence je jednou z hlavních příčin úmrtí ve Spojených státech (Paleček et al., 2010, s. 581). Na rozdíl od úmrtí, která jsou způsobena akutní příčinou, u osoby s demencí jsou kognitivní funkce narušeny delší dobu před smrtí. Mezi hlavní příznaky patří především obtíže při polykání, které vedou ke vzniku podvýživy, ztrátě tělesné hmotnosti a opakujícím se aspiračním pneumoniím. Pokud u klienta

s demencí dojde k obtížím při polykání a úbytku hmotnosti, bývají poskytovatelé zdravotní péče a rodinní příslušníci postaveni před rozhodnutí, zda pokračovat v podávání stravy ústy nebo přistoupit k zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Použití krmení pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie u klientů s pokročilou demencí nadále zůstává otázkou. Navzdory nedostatku prokázané účinnosti je přibližně jedna třetina pacientů s pokročilou demencí krmena přes perkutánní endoskopickou gastrostomii (Paleček et al., 2010, s. 581). Počet seniorů v USA se zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomií je vysoký, ale liší se napříč jednotlivými státy. Více než dvě třetiny sond byly zavedeny během akutní péče v nemocnici, a více než polovina těchto klientů zemřela v témže roce, kdy jim byla gastrostomie zavedena. Téměř u každého pátého klienta muselo dojít k opakované hospitalizaci v důsledku přítomnosti komplikací. Z toho vyplývá, že zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u klientů v pokročilém stádiu demence je spojeno se značnou zátěží pro tyto klienty. Ovšem konečné rozhodování o jejím zavedení u klientů s demencí je v kompetenci lékařů během akutní péče v nemocnici, nikoli geriatrů, jež se o tyto klienty (po medicínské stránce) starají. Stále více důkazů naznačuje, že použití perkutánní endoskopické gastrostomie u klientů s pokročilou demencí je málo prospěšné. U těchto klientů došlo pouze ke krátké době přežití. Intervence k důkladnějšímu rozhodování o zavedení podávání umělé výživy přes gastrostomii u klientů s pokročilou demencí by měly být více zaměřeny na nemocnice poskytující akutní péči, kde většinou k tomuto zavedení také dojde (Kuo et al., 2009, s. 269).

4.2 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v Nizozemí

Studie realizovaná v Nizozemí měla za cíl objasnit, zda by mělo být zahájeno podávání umělé výživy a hydratace přes perkutánní endoskopickou gastrostomii u seniorů s demencí v domech s pečovatelskou službou. Klinický průběh demence bývá považován za normální a jen zřídka je důvod k zahájení podávání umělé výživy v pokročilém stádiu nemoci. Rozhodnutí lékařů o nezahájení umělého podávání výživy u seniorů s demencí jsou ovlivněny klinickým průběhem nemoci,

předpokládanou kvalitou života a zdravotním stavem pacienta. Ve snaze pochopit přání pacienta se snaží lékaři vytvořit co nejširší základ pro rozhodovací proces a to především se zapojením rodiny. Lékaři, kteří se starají o klienty s demencí, považují za normální samotný nezvratný průběh onemocnění. Proto v případě pokročilé demence je zřídka považováno za přínosné, aby výživa a tekutiny byly podávány uměle. Poskytovatelé péče se snaží splnit přání pacienta a vést dialog s rodinou. Nejvýznamnějšími kritérii pro odmítnutí umělého podávání výživy je zdravotní stav pacienta, přání rodiny a předpokládaná kvalita života seniora s demencí. Lékaři se ovšem v procesu rozhodování stále potýkají s otázkou, co by si pacient přál a co je pro něj „nejlepším řešením“. Snížit tuto nejistotu se snaží vytvořením co nejširšího rozhodovacího procesu a to především se zapojením rodiny (The et al., 2002, pages not available).

4.3 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí ve Švédsku

Indikací k zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů se také zabývá studie, která proběhla ve Švédsku. Autoři uvádějí, že většina pacientů staršího věku má problémy s příjmem stravy. Ovšem indikace k zavedení gastrostomie jsou nejasné a ne každé zavedení může být pro pacienta prospěšné. Stáří by nemělo být kontraindikací pro zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie, ale u pacientů staršího věku je vysoká mortalita v období do 30 dnů po zavedení. Přesto většina lékařů raději zvolí zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u pacientů s nutností podávání enterální výživy než případné krmení nasogastrickou sondou. Hlavní předností podávání enterální výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie je nejenom prodloužení života, ale také zvýšení kvality života (Malmgren et al., 2011, pages not available).

Prognóza, léčebný účinek, délka a kvalita přežití pacientů po zavedení gastrostomie se liší dle primární diagnózy. Neurologické onemocnění je hlavním důvodem pro zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie, velké procento také tvoří pacienti s malignitami v horní části trávicího traktu. Rozhodnutí o zahájení podávání nutriční podpory zavedením gastrostomie, a také jeho načasování, souvisí s aktuálním

stavem pacienta a má velký význam pro následné „přežití“ pacientů. Ve Švédsku většinou převládají žádosti o zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u pacientů v domovech pro seniory. Personál těchto institucí dává přednost podávání výživy do gastrostomie před nasogastrickou sondou nebo časově náročným ústním krmáním. Z výsledků studie vyplývá, že u jedné třetiny pacientů došlo k zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie na žádost ze strany institucí (Malmgren et al., 2011, pages not available).

4.4 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v Pákistánu

Problematikou zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie se zabývá také studie z Pákistánu, kde je gastrostomie preferovanou volbou pro dlouhodobou nutriční podporu u pacientů s dysfagií. Touto studií bylo zjištěno, že komplikace po zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie, ať časné nebo pozdní, se vyskytují ve velice malém zastoupení. Většina pacientů i pečovatелů z řad rodinných příslušníků mělo pocit, že gastrostomie pomohla v prodloužení života pacientů (Shahab et al., 2006, pages not available).

Perkutánní endoskopická gastrostomie se ve velké míře využívá pro dlouhodobou péči u pacientů po cévní mozkové příhodě nebo při poruše polykání z různých důvodů, zejména u pacientů s demencí. Nabízí větší komfort pacienta, méně časté komplikace a celkové zlepšení nutričního stavu. I v této studii autoři uvádějí, že mezi hlavní výhody po zavedení gastrostomie patří to, že zůstává funkční po dlouhou dobu a výměnu sondy vyžaduje pouze zřídka. Velkou otázkou ovšem zůstává kvalita života nemocných po zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (z hlediska celkového stavu, ale také se zřetelem na sociální a psychologický aspekt). Je známo, že jinde ve světě má zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie velmi dobré výsledky a využívá se ve velké míře. Výsledky této studie prokázaly podobnou úroveň jako v ostatních státech, zejména co se týče komplikací spojených se zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie, jejich výskyt byl pouze v malé míře. Ovšem prodloužení života

umělými prostředky při snížení jeho kvality je považováno za obtížné etické dilema (Shahab et al., 2006, pages not available).

4.5 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v Japonsku

Cílem studie bylo řešení problému, zda poskytovat umělou výživu a hydrataci těžce kognitivně postiženým seniorům, a také analyzovat faktory, týkající se rozhodnutí, zda zavést perkutánní endoskopickou gastrostomii výše uvedené skupině v Japonsku.

Byly popsány zejména tyto faktory, které ovlivňují rozhodování o tomto problému:

1. Systém národního zdravotního pojištění, jež umožňuje dlouhodobou hospitalizaci u seniorů.
2. Právní důsledky a trestní stíhání lékařů při podezření na omezení léčby.
3. Citové bariéry, především odpor ke smrti hladem.
4. Kulturní hodnoty, které podporují rozhodování rodiny o zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u těžce kognitivně postižených seniorů.

Předchozí studie v Japonsku prokázaly, že se perkutánní endoskopická gastrostomie užívá nejčastěji u nemocných ve věku nad 75 let, kteří mají cerebrovaskulární onemocnění nebo demenci a jsou trvale upoutáni na lůžko. Někteří lékaři i sestry v této studii vyjádřili nesouhlas s podáváním výživy přes gastrostomii u pacientů, kteří zůstanou trvale upoutáni na lůžko a nemohou samostatně jíst ani komunikovat. Nicméně tyto lékaři tvrdí, že nemají jinou možnost, než zavést perkutánní endoskopickou gastrostomii u těchto pacientů. Poskytování umělé výživy a hydratace zůstává v Japonsku více–méně společenskou normou. Národní systém zdravotního pojištění v Japonsku seniorům proplácí další finanční pomoc v rámci samostatného starobního systému zdravotní péče (Aita et al., 2007, pages not available).

Kvůli nedostatku alternativ nemocnice často převzaly funkci domů s pečovatelskou službou či domovů pro seniory. V důsledku toho se nemocnice klasifikovaly buď do nemocnic akutní péče, nebo na nemocnice dlouhodobé péče. U obou typů nemocnic je jiný způsob platebního systému. Vzhledem k tomu, že geriatrie není

v Japonsku uznávaným lékařským oborem, o seniory se v těchto nemocnicích starají lékaři jiných lékařských oborů (Aita et al., 2007, pages not available).

Lékaři ve studii tvrdí, že je velmi obtížné nabídnout rodinám možnost odepření umělé výživy a hydratace u kognitivně postižených seniorů, a to zejména z důvodu právních překážek, emoční bariéry a kulturních hodnot. Většina lékařů věří, že zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie je standardní péče, a že v případě nezahájení umělé výživy a hydratace mohou riskovat soudní spor ze strany rodiny nebo trestní stíhání, protože Japonské právo nezaručuje ochranu při odepření nebo nezahájení život udržující léčby. Nemají tak mnohdy jinou možnost, než zavést gastrostomii u pacienta, který nemůže samostatně jíst. Lékaři také popisují své osobní pocity, kdy je pro ně obtížné nezahájit umělou výživu, a mají odpor ke smrti způsobené hladem. Většina lékařů také poukazuje na fakt, že je kladen značný důraz na přežití pacienta pro rodinu a ne pro něj samotného. Hlavním důvodem pro prodloužení života seniorů je naplnit očekávání pacientovy rodiny. Ve většině případů je pacient ve vegetativním stavu vědomí a je udržován při životě ne pro sebe, ale pro rodinu. Pacient, i když je nekomunikativní, zůstává stále stejnou osobou, a tudíž jeho existence citově upevňuje rodinu (Aita et al., 2007, pages not available).

Náboženství v této problematice v Japonsku nehraje velkou roli, neboť většina Japonců je bez náboženského vyznání. Většina nemocnic akutní péče se snaží zkrátit dobu hospitalizace. Proto je běžnou praxí u pacientů s postižením kognitivních funkcí, kteří nemohou samostatně jíst a ztratili rozhodovací schopnost přistoupit k zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie a umělému podávání výživy. Tito pacienti poté mohou být přeloženi do nemocnic dlouhodobé péče. Dříve, jak se ve studii uvádí, se takto postiženým pacientům podávala dlouhodobě parenterální výživa. Byl to standardní postup a výše finančních plateb za podávání parenterální výživy byla vysoká. Se zavedením nového platebního systému se parenterální podávání výživy stalo pro nemocnice finančně nevýhodné. U většiny pacientů dlouhodobé péče je proto v současné době zavedeno enterální podávání výživy přes gastrostomii, které je pro nemocnice finančně výhodné (Aita et al., 2007, pages not available).

Menšinová skupina lékařů uvádí, že by raději pacientům s postižením kognitivních funkcí raději podali malé množství tekutin intravenózně, než zavádět perkutánní

endoskopickou gastrostomii a zahajovat tak podávání umělé výživy a hydratace. Perkutánní endoskopická gastrostomie je velmi dobrá metoda a má výhody oproti krmení nasogastrickou sondou. Ale je opravdu dobré zavádět gastrostomii, pokud prodlužuje proces umírání, anebo ho ještě zhoršuje, v důsledku komplikací spojených s jeho zavedením?

Lékaři také sdílí názor, že umělá výživa a hydratace není nezbytná u pacientů, kteří vstoupili do poslední fáze života. Pacienti, i když nebyli uměle vyživováni a hydratováni, zemřeli v klidu, bez utrpení, což je daleko od představy o smrti hladem. Lékaři tvrdí, že tento způsob umírání je přijatelný u pacientů v konečném stádiu demence. Na otázku, zda by chtěli být krmeni pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie, pokud by byli v konečném stádiu demence, 50 % lékařů odpovědělo, že ne (Aita et al., 2007, pages not available).

4.6 Využití perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí v České republice

U seniorů s demencí můžeme pozorovat veškeré formy poruch výživy. Postupná ztráta tělesné hmotnosti bývá nejčastěji způsobena neschopností nemocného připravit si potravu (Těšínský, 2003, s. 250).

Pokud u nemocného přechází demence do terminálního stádia, stává se výrazná nesoběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách s nutností trvalé ošetrovatelské péče irreverzibilní. Pacient se stává závislým na poskytované ošetrovatelské péči při všech aktivitách, a to především v důsledku těžkého kognitivního deficitu (Rusina et al., 2010, s. 16).

V důsledku nedostatečného příjmu potravy se u seniora s demencí prohlubuje stav malnutrice. Zajištění dostatečné výživy je nejprve řešeno popíjením nutričních roztoků. Sipping, neboli popíjení tekutého nutričního přípravku, je nejjednodušší formou enterální výživy. Pokud již není pacientem s demencí tolerován příjem per os z důvodu dysfagie či jiných komplikací, je nutno zajistit podávání enterální výživy vytvořením přístupu do horní části trávicího traktu. Při dlouhodobém podávání umělé výživy enterální cestou je nejčastěji využíváno zavedené perkutánní

endoskopické gastrostomie. Tato metoda enterální výživy ovšem vyžaduje alespoň základní spolupráci nemocného (Těšínský, 2003, s. 252).

Možnost zeptat se pacienta na jeho názor na léčbu, získat souhlas s léčbou, či respektovat jeho odmítnutí léčby a případně si stanovit rozsah léčby v terminálním stádiu, kterou máme u běžných onemocnění, u pacientů s demencí mnohdy nemáme. Nemocný nám nesdělí svůj názor a musíme se rozhodnout o další léčbě bez jeho souhlasu. Přihlédnout lze pouze k tomu, jaké měl názory pacient v době, kdy byl kompetentní. Důležitým hlediskem je také názor rodiny, nebo sdělení o přání pacienta, jeho hodnotách a životních cílech. Těžko řešitelná situace je v oblasti kvality a smyslu života, jsou to pojmy subjektivní a o jejich žádoucí povaze rozhoduje pouze pacient sám. V případě řešení těchto situací je nutno týmového rozhodování. Čím více názorů a hledisek se bere v úvahu, tím „správnější“ rozhodnutí může být. Součástí týmu jsou především ošetřující lékaři, všeobecné sestry, příbuzní a další zainteresované osoby. V oblasti nedostatečné výživy převažuje názor, že není vhodné pacientům v terminální fázi demence zavádět perkutánní endoskopickou gastrostomii (Rusina et al., 2010, s. 17).

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, v jakých případech je indikováno podávání umělé výživy zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů a u nemocných s vybranými druhy onemocnění (gerontopsychiatrická onemocnění, onkologická onemocnění, nemocní s cévní mozkovou příhodou, nemocní s Parkinsonovou nemocí, nemocní s Alzheimerovou demencí). Lze konstatovat, že zavedení umělé výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie je závislé jednak na druhu onemocnění, stádiu onemocnění, a také prognóze k úzdavě či „přežití“ pacienta. Obzvláště v případech nevléčitelně nemocných klientů, kdy dojde k postupnému přechodu onemocnění do terminálního stádia, jsou názory na zavedení gastrostomie značně rozdílné. U všech typů onemocnění je ovšem zdůrazňován názor samotného pacienta a jeho příbuzných či blízkých na zavedení umělé výživy. Pro mne je snadno pochopitelná reakce příbuzných, kteří přihlížejí sníženému příjmu potravy pacienta a následnému rozvoji kachexie, a proto žádají zavedení umělé výživy pomocí gastrostomie i přes možnost následných komplikací nebo prodlužujícího se procesu umírání. Smířit se s nevyhnutelností úmrtí blízké osoby není jednoduché, a beznaděj ve zvrácení této situace často vede k využití alespoň nějakého zásahu a časového odkladu smrti.

Zavedení enterální výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie v pozdních fázích nemoci je dilema. Vždy je nutno zvážit, zda nepřinese více komplikací, neboť je prokázáno, že život klientům neprodlužuje. Pokud je pacient v terminálním stádiu choroby, v první řadě se snažíme zajistit mu dostatečný komfort a úlevu od nepříjemných symptomů nemoci. Prodlužování utrpení u umírajícího pacienta je neetické, snažíme se tedy o citlivý přístup a zachování důstojnosti umírajícího (Grofová, 2009, s. 278).

U gerontopsychiatrických nemocných lze metodami enterální výživy zajistit dostatečný nutriční stav. Zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie je metoda poměrně jednoduchá, fyziologická a bezpečná. Bohužel nutriční podpora u těchto nemocných je často podceňována, i když její použití vede ke zlepšení celkového stavu pacienta. Hlavním problémem její malé využitelnosti u těchto nemocných

je malá znalost této problematiky ze strany personálu, jež o tyto pacienty pečuje (Navrátilová, 2003, s. 124).

Také u nemocných s cévní mozkovou příhodou a poruchou polykání je perkutánní endoskopická gastrostomie díky malé frekvenci výskytu komplikací spolehlivou metodou pro zajištění umělé výživy. Velkou výhodou je umožnění rehabilitace řeči, pacienti ji dobře snášejí a také je výhodná pro ošetřující personál (Ehler et al., 2001, s. 87).

V případech nádorů v oblasti hlavy, krku nebo jícnu je zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie nutností, neboť dochází k obstrukci a nemůže tak být zabezpečen příjem potravy ústy (Tomíška, 2007, s. 482). Indikace k zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u onkologicky nemocných je individuální. Nebylo prokázáno, že by enterální výživa podporovala růst nádoru (ten roste nezávisle na nutričním stavu organismu). V dnešní době jsou již překonané snahy o „vyhladovění“ nádoru, a je prokazatelné, že nutriční podpora může zpomalit nástup malnutrice a zlepšit prognózu onemocnění. Zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie je jednoznačně indikováno u onkologicky nemocných s rozvojem malnutrice, a to v rámci paliativní péče. V terminální péči zohledňujeme, zda nutriční podpora zlepší kvalitu života nemocného, přinese emoční zklidnění či eliminaci úzkosti vyplývající z kachexie (a současně event. zvýší fyzické síly). Ovšem neexistují jednoznačná doporučení – jedná se o složitou problematiku zatíženou řadou etických otázek (Hrnčiariková et al., 2007, s. 513).

Jednotlivá stádia Parkinsonovy nemoci mají rozdílné symptomy, jež dominují těmto stádiím. Abychom mohli aplikovat standardy paliativní péče, musíme důkladně pochopit rozdílnost jednotlivých stádií a včas zajistit umělou výživu. Enterální výživa bývá nejčastěji zajištěna zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie, neboť se jedná o trvalé zajištění a dlouhodobé podávání enterální výživy (Bareš, 2010, s. 14).

U nemocného s demencí vlivem Alzheimerovy choroby může zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie představovat na poměrně dlouhou dobu vyřešení cesty příjmu potravy a tekutin. Při podávání enterální výživy je ovšem nutná alespoň částečná spolupráce nemocného, neboť hrozí riziko aspirace či jiných komplikací. Nutriční péče u nemocných s Alzheimerovou chorobou se řadí mezi hlavní léčebná

opatření, přesto je často podceňována nebo opomíjena. Optimální stav výživy napomáhá zpomalení invalidizace pacienta a je podkladem k úspěchu specifických léčebných prostředků terapie této závažné nemoci. Při včasném zahájení nutriční intervence můžeme předejít vzniku komplikací souvisejících s malnutricí (Těšínský, 2003, s. 253).

Cílem práce bylo také porovnat přístup k problematice zavedení umělé výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí, a to na základě studií realizovaných v USA, Nizozemí, Švédsku, Pákistánu, Japonsku a také České republice.

Dle výsledků studie, která proběhla v USA, nemá perkutánní endoskopická gastrostomie prokazatelné výhody pro pacienty s pokročilou demencí, ačkoli údaje z této studie jsou omezené. Zároveň je tato léčebná intervence spojena s nepříznivými vedlejšími účinky, které mohou být obtěžující zvláště u takto křehkých pacientů, kteří jsou blízko konce života. Negativem je také poznatek, že v domech s pečovatelskou službou může být zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u klientů s pokročilou demencí špatně vnímáno jako obrana proti možným obviněním ze zanedbání péče při nedostatečném příjmu potravy u těchto klientů (Palecek et al., 2010, s. 584).

Také studie, která proběhla v Nizozemí, měla za cíl zjistit, zda je pro pacienty s demencí prospěšné zahájení podávání umělé výživy zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie. Velký vliv při tomto rozhodování měl názor rodiny, pokud pacient netrpěl a rodina potřebovala více času, pak byla umělá výživa poskytnuta.

Lékaři v tomto ohledu považují za normální nezvratný průběh onemocnění při zhoršování demence a není pro pacienta přínosné, aby tekutiny a výživa byly podávány uměle. Postoj lékařů se soustředí především na kvalitu života pacientů. Vzhledem k dynamickému průběhu demence je třeba brát ohled na aktuální zdravotní stav pacienta při rozhodování, zda neposkytnout enterální výživu pomocí zavedené perkutánní endoskopické gastrostomie. Péče by se měla spíše zaměřit na individuální péči a pohodlí pacienta i za cenu rozvíjející se malnutrice (The et al., 2002, pages not available).

Autoři studie, která se uskutečnila ve Švédsku, uvádějí, že problematika zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u pacientů s demencí je závažný etický problém. Není doporučováno podávání enterální výživy u pacientů s těžkou demencí. Zde může dojít spíše ke vzniku možných komplikací než výhodnějšího řešení podávání výživy. Je ovšem důležitý individuální přístup u každého pacienta a důsledné zvážení všech přínosů i možných rizik. Zejména v této oblasti se jedná o náročné etické rozhodování (Malmgren et al., 2011, pages not available).

Z výsledků studie z Pákistánu vyplývá, že rozhodnutí o zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u pacientů s pokročilou demencí je velmi obtížné. Jedná se o etický, sociální, ale také finanční problém. Většina rodinných příslušníků sice pozitivně hodnotí delší přežití pacientů, ale na druhou stranu uvádí velkou finanční zátěž celé rodiny. Pákistán je zemí s nízkými příjmy a pro pacienta či rodinu znamená zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie velký finanční dopad. Přípravky enterální výživy se nevyrábějí v Pákistánu, ale do země je dovážejí z jiných zemí, a tudíž jsou finančně náročné. Mnoho lidí proto raději používá domácí výživu. Na péči o pacienta se zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomií se podílí vlastní rodina, protože najmutí ošetrovatelského personálu znamená pro rodinu nepřijatelnou finanční zátěž. Příprava výživy a krmení každých 4–6 hodin je pro rodinu obtížné také z časových důvodů. Rozhodnutí o zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie je společnou odpovědností lékařů, rodiny a pokud možno i pacienta. Závěrečné rozhodnutí by mělo vzniknout až po posouzení celkových cílů péče a mělo by zahrnovat také kulturní, rodinné, osobní, duchovní a náboženské požadavky pacientů a jejich rodin. Touto studií bylo zjištěno, že zavedení gastrostomie u pacientů v Pákistánu je relativně bez vážných komplikací a ve větší míře prodlužuje přežití pacientů. Skutečný přínos z hlediska kvality života je stále nejisté a etické dilema (Shahab et al., 2006, pages not available).

Hlavní závěry studie z Japonska naznačují, že lékařsko–právní systém nepřímo podporuje rutinní poskytování umělé výživy zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s těžkou kognitivní poruchou. Nedostatek právních předpisů chránících lékaře v Japonsku vytváří silný podnět lékařů pro zavedení umělé výživy přes perkutánní endoskopickou gastrostomii i u klientů s těžkou kognitivní poruchou. Předpokládá se, že znepokojení lékařů nad možnými právními problémy

se zvýšila v době, kdy byli někteří lékaři vyšetřováni ze strany Policie pro podezření z vraždy (a to z důvodu odpojení umělé ventilace u umírajících pacientů). Výsledky této studie ukazují, že pokud nedojde ke změně příslušných právních předpisů nebo pokynů současného lékařsko–právního systému v Japonsku, bude i nadále mnoho lékařů mít silnou motivaci nabídnout zavedení umělé výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie pacientům s vážnou kognitivní poruchou. Japonští lékaři čelí právním a socio–kulturním bariérám v případě neposkytnutí umělé výživy jako život prodlužujícího opatření. Tato situace se liší v některých západních zemích, kde právní a kulturní postoje více přijímají rozhodnutí nepokračovat v léčbě zavedením umělé výživy přes gastrostomii. Přes překážky v Japonsku tato studie zjistila, že existuje nízký počet lékařů, kteří běžně nabízejí rodinám možnost nezavést u pacientů umělou výživu. Tito lékaři se snaží snížit právní rizika tím, že se více zaměřují na komunikaci s rodinou (Aita et al., 2007, pages not available).

Autoři z České republiky uvádějí, že v případě terminálního stádia demence je nutné pečlivě zhodnotit možný přínos či rizika agresivních postupů orgánové podpory a zvážit, zda tyto postupy budou pouze prodlužovat „utrpení“ umírajícího pacienta či zda mohou zvrátit průběh onemocnění. Je současně nutno rozhodnout, zda by pacient neměl podstatně větší užitek z kvalitní paliativní péče. Intenzivní péče, která je nepřiměřená průběhu onemocnění, může pacientům v beznadějném stádiu demence spíše způsobit další utrpení a prodlužovat proces umírání (jež je v této fázi nevyhnutelné). U pacientů, u kterých není naděje na přežití nebo na přežití v takové kvalitě odpovídající hodnotám a cílům pacienta, musíme zvolit péči jinou, více odpovídající jejich potřebám. Zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie se u nemocných v terminálním stádiu demence nedoporučuje. Při progresi demence a přechodu do velmi pokročilé a terminální fáze musíme zaměřit péči na komfort pacienta a důstojné umírání (Rusina et al., 2010, s. 17).

Názory na zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí se ve všech jmenovaných státech téměř neliší. Studie neprokázaly delší přežití pacientů po zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie, spíše poukazují na snížení kvality života v důsledku komplikací ve spojitosti s invazivním zavedením gastrostomie. Pouze studie z Pákistánu uvádí delší přežití pacientů po zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. I zde je však zdůrazňována kvalita života pacientů (a to ve smyslu poklesu). V jednotlivých státech je také

rozdílný přístup k zavedení gastrostomie vyplývající z odlišného systému zdravotní a následné péče. Při zhoršení malnutrice a dehydratace jsou často senioři s demencí hospitalizováni v nemocnicích akutní péče. Zde také dochází k zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie, a to zejména z důvodu zkrácení doby pobytu v této nemocnici. Lékaři se snaží o rychlou nutriční podporu, aby mohl být senior „přeložen“ do nemocnic dlouhodobé péče nebo domovů pro seniory. Některé studie uvádějí rutinní poskytování umělé výživy přes perkutánní endoskopickou gastrostomii (a to jednak z důvodu finančního zvýhodnění oproti podávání parenterální výživy, ale také z důvodu žádostí ze strany pracovníků institucí, jež se o tyto seniory starají). Pro tyto instituce je zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie výhodné z důvodu snadnějšího a časově méně náročného podávání výživy oproti krmení pacienta per os. V jednotlivých studiích byl také patrný vliv kulturních hodnot, právních předpisů v jednotlivých státech a také ekonomické hledisko. Zejména studie z Pákistánu uvádí značné finanční zatížení celé rodiny ve spojitosti se zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie u seniorů s demencí.

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- (1) AITA, Kaoruko et al. 2007. Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: a qualitative study. *BMC Geriatrics*. [online]. [cit. 2012-02-16]. 2007, vol. 7. pages not available. ISSN 1471-2318. Dostupný z WWW: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/22>.
- (2) BAREŠ, Martin. 2010. Paliativní péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 13–15. ISSN 1213-1814.
- (3) EHLER, Edvard et al. 2001. Dysfágie u nemocných s cévní mozkovou příhodou – přínos perkutánní endoskopické gastrostomie. *Neurologie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 2, s. 85–87. ISSN 1213-1814.
- (4) GROFOVÁ, Zuzana. 2008. Výživa u poruch polykání. *Medicína pro praxi*. 2008, roč. 5, č. 10, s. 399–400. ISSN 1214-8687.
- (5) GROFOVÁ, Zuzana. 2009. Paliativní péče. *Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 5, s. 276–278. ISSN 1214-8687.
- (6) GROFOVÁ, Zuzana. 2009. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 1, s. 42–43. ISSN 1214-8687.
- (7) HRNČIARIKOVÁ, Dana et al. 2007. Nutriční podpora v terminální péči. *Medicína pro praxi*. 2007, roč. 4, č. 12, s. 511–513. ISSN 1214-8687.
- (8) JURAŠKOVÁ, Božena et al. 2007. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína pro praxi*. 2007, roč. 4, č. 11, s. 443–446. ISSN 1214-8687.
- (9) KUO, Sylvia et al. 2009. Natural History of Feeding-Tube Use in Nursing Home Residents With Advanced Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. [online]. [cit. 2012-02-16]. 2009, vol. 10, no. 4, pp. 264-270. Dostupný z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733212/?tool=pmcentrez>.
- (10) MALÁ, Eva et al. 2011. Výživa ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 3, s. 111–116. ISSN 1212-7299.

- (11) MALMGREN, Anna et al. 2011. Indications for percutaneous endoscopic gastrostomy and survival in old adults. *Food & Nutrition Research*. [online]. [cit. 2012-02-16]. 2011, vol. 55. pages not available. ISSN 1654-661X. Dostupný z WWW: <http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/6037>.
- (12) MÜHLPACHR, Pavel. 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.
- (13) NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. 2003. Enterální výživa v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, roč. 4, č. 3, s. 118-124. ISSN 1213-0508.
- (14) NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, STÁRKOVÁ, Libuše. 2004. Malnutrice u geronto-psychiatricky nemocných. *Psychiatrie pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 2, s. 84-88. ISSN 1213-0508.
- (15) PALECEK, Eric J. et al. 2010. Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision-Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. [online]. [cit. 2012-02-16]. 2010, vol. 58, no. 3, pp. 580-584. ISSN 1532-5415. Dostupný z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872797/?tool=pmcentrez>.
- (16) PETŘKOVÁ, Anna, ČORNANIČOVÁ, Rozália. 2004. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1.
- (17) RUSINA, Robert et al. 2010. Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 16-19. ISSN 1213-1814.
- (18) SHAHAB, Abid et al. 2006. Acceptability and outcomes of the Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) tube placement-patients' and care givers' perspectives. *BMC Gastroenterology*. [online]. [cit. 2012-02-16]. 2006, vol. 6, no. 37, pages not available. ISSN 1471-230X. Dostupný z WWW: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/6/37>.
- (19) ŠACHLOVÁ, Milana. 2009. Sondová enterální výživa. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 5, s. 243-245. ISSN 1212-7299.

- (20) TĚŠÍNSKÝ, Pavel. 2003. Poruchy výživy u Alzheimerovy demence a možnosti jejich ovlivnění. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, roč. 4, č. 6, s. 248–253. ISSN 1213–0508.
- (21) THE, Anne–Mei et al. 2002. Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. *British Medical Journal*. [online]. [cit. 2012–02–16]. 2002, vol. 325. pages not available. Dostupný z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC137804/?tool=pubmed>.
- (22) TOMÍŠKA, Miroslav. 2007. Současné pohledy na sondovou enterální výživu. *Interní medicína pro praxi*. 2007, roč. 9, č. 11, s. 480–485. ISSN 1212–7299.

SEZNAM ZKRATEK

AJ	Anglický jazyk
ČJ	Český jazyk
ESPEN	European Society of Parenteral and Enteral Nutrition
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
SKVIMP	Společnost pro klinickou výživu a intenzivní metabolickou péči
USA	United States of America