

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
REHABILITAČNÍ KLINIKA

VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE
V KINEZIOTERAPII SENIORŮ S DEMENCÍ

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Zvelebilová**

Vedoucí práce: **Mgr. Zuzana Hamarová**

2014

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF REHABILITATION MEDICINE

**THE USE OF BASIC STIMULATION IN DEMENTED
SENIORS KINESIOTHERAPY**

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Zvebilová**
Supervisor: **Zuzana Hamarová**

2014

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Zuzaně Hamarové za odborné vedení mé bakalářské práce, její cenné připomínky a profesionální přístup.

Obsah

Úvod	8
1 Seniorský věk	10
1.1 Demografický vývoj v ČR	10
1.2 Stárnutí a stáří	10
1.3 Specifické rysy nemocnosti ve stáří	11
1.4 Geriatrická křehkost a geriatrické syndromy	12
1.4.1 Hypomobilita	13
1.4.2 Instabilita a pády.....	14
1.4.3 Syndrom imobility.....	15
2 Demence	17
2.1 Epidemiologie	17
2.2 Etiologie	17
2.3 Klasifikace demencí	17
2.4 Klinický obraz.....	18
2.5 Stadia demence.....	19
2.6 Diagnostika demence	20
2.7 Léčba demence.....	22
2.8 Hlavní zásady přístupu k seniorovi s demencí	23
2.9 Fyzioterapie seniorů s demencí	23
2.9.1 Zásady kinezioterapie u seniorů s demencí	24
2.9.2 Formy kinezioterapie v léčbě demence	25
3 Koncept Bazální stimulace	26
3.1 Historický vývoj konceptu	26
3.2 Teoretická východiska konceptu.....	27
3.2.1 Vnímání	27
3.2.2 Pohyb.....	28
3.2.3 Komunikace.....	28
3.2.4 Význam doteků.....	29
3.3 Prvky bazální stimulace	30
3.3.1 Somatická stimulace	30

3.3.2 Vestibulární stimulace	32
3.3.3 Vibrační stimulace	32
3.3.4 Optická stimulace	33
3.3.5 Auditivní stimulace	33
3.3.6 Orální stimulace	33
3.3.7 Olfaktorická stimulace	34
3.3.8 Taktilně-haptická stimulace	34
3.4 Biografická anamnéza	35
3.5 Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii	35
4 Kazuistiky	38
4.1 Kazuistika I	38
4.1.1 Vstupní vyšetření	38
4.1.2 Krátkodobý terapeutický plán (3 měsíce)	42
4.1.3 Průběh terapie	42
4.1.4 Výstupní vyšetření po 3. měsíci	47
4.1.5 Zhodnocení terapie	50
4.1.6 Dlouhodobý terapeutický plán	50
4.2 Kazuistika II	51
4.2.1 Vstupní vyšetření	51
4.2.2 Krátkodobý terapeutický plán (3 měsíce)	55
4.2.3 Průběh terapie	56
4.2.4 Výstupní vyšetření po 3. měsíci	60
4.2.5 Zhodnocení terapie	62
4.2.6 Dlouhodobý terapeutický plán	63
4.3 Kazuistika III	64
4.3.1 Vstupní vyšetření	64
4.3.2 Krátkodobý terapeutický plán (3 měsíce)	68
4.3.3 Průběh terapie	69
4.3.4 Výstupní vyšetření po 3. měsíci	72
4.3.5 Zhodnocení terapie	74
4.3.6 Dlouhodobý terapeutický plán	75
5 Výsledky	76
6 Diskuse	79

Závěr	83
Anotace	84
Annotation	85
Použitá literatura a prameny	86
Seznam zkratek	90
Seznam tabulek	91
Seznam příloh	92

Úvod

Populace celé Evropy stárne, stárne i obyvatelstvo České republiky. Zvyšuje se procento seniorů nad 65 let, v České republice v roce 2050 bude tato kategorie představovat třetinu obyvatelstva (Sýkorová, 2007). Prodlužuje se střední délka života. Dnes dosahuje téměř jednaosmdesáti let u žen a sedmdesáti pěti let u mužů (Veřejná databáze ČSÚ, 2012). Nárůst počtu osob vysokého věku bude samozřejmě představovat vyšší nároky na zajištění zdravotní a sociální péče (Sýkorová, 2007).

Organizace spojených národů se problematikou stárnutí začala zabírat na sklonku minulého století v projektu „Agenda on Ageing for the 21st Century“. V roce 1999 byly zformulovány základní prioritní oblasti – důsledná integrace seniorů do společnosti, mezigenerační tolerance s vyloučením ageizmu, kvalita života ve stáří a maximální účelnost všech forem péče a služeb. Stejně tak Světová zdravotnická organizace, která se začala intenzivně zabývat touto problematikou, formulovala myšlenku udržení nejvyšší možné úrovně dobrého zdraví seniorů jako jedno ze základních práv jedince. Výsledkem strategie „Zdravé stárnutí“ má být do roku 2020 padesáti procentní nárůst podílu obyvatel ve věku osmdesáti let schopných žít samostatně (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Zatím je situace taková, že stáří sebou přináší mnohé problémy a polymorbidita vyúsťující v opakované hospitalizace, dlouhodobý pobyt v léčebnách nebo doživotní umístění v sociálním zařízení, je jedním z nich. Přičemž právě zdraví patří mezi základní lidské priority. Ve výzkumech životních hodnot je zdraví pravidelně zařazováno na vrchol hodnotových hierarchií a je považováno za základ kvality života. A kvalita života u seniorů úzce souvisí se schopností sebepečce a samostatnosti. Senioři si velmi cení fyzické soběstačnosti, protože jim přináší pocit užitečnosti, posiluje sebevědomí a sociální uznání (Sýkorová, 2007).

Významným problémem souvisejícím s prodlužováním délky života se stává nárůst počtu osob s poruchou kognitivních funkcí. Statistiky hovoří o tom, že ve věkové kategorii nad 85 let je touto poruchou postiženo téměř 50 % osob (Klán, 2011). Demence postupně naruší osobnost natolik, že jedinec se stává plně závislým na péči druhých, rodina přestává zvládat roli pečovatele a senior bývá umístěn ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení.

V domově pro seniory pracuji již dvanáctým rokem, z toho šest let na pozici fyzioterapeuta. Dovolím si konstatovat, že s prací se seniory mám bohaté zkušenosti. Zvyšující se věk v populaci se odráží i na struktuře obyvatel domova. U stávající klientely

dochází ke zhoršování mobility, počet klientů vyžadující intervenci fyzioterapeuta narůstá. Jedná se především o nácvik chůze s kompenzační pomůckou nebo výcvik seniora při používání mechanického vozíku, aby soběstačnost byla alespoň částečně zachována. Nově přichází klienti jsou zpravidla již ve vyšších věkových kategoriích a do domova přicházejí z dlouhodobých pobytů v nemocnicích nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných. Úroveň rehabilitace v těchto zařízeních je různá, častým problémem bývá malý počet fyzioterapeutů na počet pacientů, časový deficit a s tím související problematika demence, protože senioři s demencí spotřebují mnohem více času terapeuta. Setkávám se i s tím, že pacient je vzhledem ke stadiu demence označen za nespolupracujícího a rehabilitace je ukončena.

Naše zařízení chce seniorům s demencí zajistit kvalitní život. Zajistit kvalitní život předpokládá orientovat se v problematice stáří a demence, orientovat se, znamená vzdělávat se. K nejnovějším trendům v péči o seniory s demencí patří psychobiografický model péče profesora Böhma a koncept Bazální stimulace. Koncept vychází ze základních zkušeností a potřeb člověka, pracuje se zachovalým potenciálem jedince a umožňuje najít vhodný komunikační kanál. A právě absolvování kurzu Bazální stimulace, základního a nástavbového modulu pod vedením Karolíny Friedlové, bylo pro mě impulzem k zavádění prvků konceptu do rehabilitace seniorů s demencí a následně k volbě tématu ke zpracování bakalářské práce.

Cíle práce:

- I. zmapovat problematiku stáří, demence, konceptu Bazální stimulace
- II. uplatněním prvků konceptu Bazální stimulace v kinezioterapii seniorů s demencí definovat přínos konceptu pro rehabilitaci

1 Seniorský věk

1.1 Demografický vývoj v ČR

Obyvatelstvo České republiky je nyní historicky nejstarší. Trvale klesá porodnost, snižuje se úmrtnost a prodlužuje se střední délka života. V roce 2011 střední délka života u žen přesáhla hranici 80 let, u mužů dosáhla necelých 75 let. Ve stejném roce lidé nad 65 let věku představovali 15,5 % populace (Veřejná databáze ČSÚ, 2012). Demografické ukazatele předpokládají, že v roce 2050 vzroste tento podíl až na 30 %. Podle nejnovější projekce obyvatelstva České republiky vypracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2015 v kategorii 75 - 84 let přes půl milionu obyvatel, v roce 2050 se tento počet již zdvojnásobí. V kategorii 85 let a více bude v roce 2015 necelých 200 000 obyvatel, v roce 2050 počet takto starých lidí vzroste na téměř půl milionu (Svobodová, 2005; Svobodová, 2012).

1.2 Stárnutí a stáří

Stárnutí je proces, který charakterizují strukturální funkční změny organismu, pokles schopností a výkonnosti jedince (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Starý organizmus se hůře adaptuje na podmínky vnitřního i zevního prostředí, snadno dochází ke kompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku (Topinková, 2010).

Definovat hranici stáří z časového hlediska je velmi obtížné. Významným aspektem je především individualita každého jedince, která je příčinou rozdílů mezi zástupci stejné věkové skupiny. Svou roli hraje i postoj společnosti, tedy převažující názor, kdy je člověk považován za starého. Světová zdravotní organizace rozděluje stáří na starší věk (presenium), zahrnující období od 60 do 74 let, starý věk (senium) od 75 do 89 let a dlouhověkost, tedy věk nad 90 let (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Starší populaci je možné rozdělit (Weber, 2011):

- zdatní (fit) senioři – mají dobrou kondici a fyzickou zdatnost, medicínský přístup odpovídá přístupu pro dospělé středního věku
- nezávislí senioři – za běžných podmínek jsou zcela soběstační, selhávají při zátěži (nemoc, úraz, operace); tuto skupinu tvoří většina seniorů
- křehcí (frail) senioři – rizikovní senioři, potřebují pomoc při běžných aktivitách denního života, jedná se především o seniory dlouhodobě upoutané na lůžko, s rizikem pádu v anamnéze, seniory s demencí, seniory se smyslovým deficitem

Stáří je obecně chápáno jako poslední etapa lidského života.

1.3 Specifické rysy nemocnosti ve stáří

Typické rysem stáří je polymorbidita. Dle epidemiologických studií až 90 % osob nad 75 let trpí jednou či více chronickými chorobami. Obvyklé je sdružování nemocí bez kauzální souvislosti nebo dochází k řetězení, kdy jedna choroba vyvolává druhou (Topinková, 2010).

Průběh onemocnění je charakterizován atypickou symptomatologií, která je dána samotným změněným organizmem, ale také změněnou osobností nemocného. Senior tak může reagovat agravační, zveličováním příznaků a problémů, nebo naopak disimilací, podceňováním potíží. Osobnost starého člověka se mění, v jiném směru silněji než dříve vystupují základní povahové rysy, pomalu odpadá schopnost korekce. Senior se uzavírá do sebe nebo se stává upovídaným. Těžko zvládá své emoce, zhoršují se empatické schopnosti a vztahy k okolí (Škopek in Navrátil, 2008).

Tato situace je o to horší, že nemoc, zvláště dlouhodobá, vede často ke ztrátě soběstačnosti a nutné závislosti na péči druhé osoby. Určení správné diagnózy bývá svízelné především proto, že příznaky choroby bývají minimálně vyjádřeny. Únava a nechutenství provází téměř každé onemocnění. Na chorobný stav reaguje často jiný orgán než postižený. Dochází k řetězení příznaků. Objevují se atypické lékové reakce (Topinková, 2010). Častější výskyt komplikací bývá pravidlem, ať už se jedná o komplikace přímo spojené s probíhající chorobou nebo komplikace vznikající z důvodu porušení rovnovážného stavu (Škopek in Navrátil, 2008).

Mezi nejčastěji se vyskytující choroby se stáří (až 70 % lidí nad 70 let) patří kardiovaskulární choroby. Především ischemická choroba srdeční, arteriální hypertenze a cévní mozkové příhody. Téměř 50 % stejně starých lidí trpí chronickými zánětlivými procesy. Významné místo zaujímají metabolická onemocnění, především diabetes mellitus II. typu. Senioři nad 80 let mají výrazné poruchy hybnosti způsobené degenerativními změnami skeletu (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

1.4 Geriatrická křehkost a geriatrické syndromy

Geriatrická křehkost (frailty) představuje klinicky a funkčně závažný multikauzálně podmíněný pokles potenciálu zdraví, především v pokročilém stáří, zatížený nepříznivou prognózou, ztrátou soběstačnosti a závažnými komplikacemi. Postupně dochází ke zhoršování odolnosti organismu, nárůstu funkčních deficitů a stále delším a hlubším dekompenzačním stavu (Kalvach, 2008).

Geriatrická křehkost je dána přítomností alespoň tří z pěti základních znaků (Kalvach in Kolář, 2012):

- nechtěný úbytek tělesné hmotnosti o více jak 4,5 kg za rok
- slabost
- pomalá chůze
- snížení tělesné aktivity
- únava

Pro pokročilou fázi geriatrické křehkosti je charakteristický výskyt následujících znaků (Kalvach, Holmerová, 2008):

- dlouhodobý pobyt na lůžku
- rozvoj imobilizačního syndromu
- delirantní stavy
- apatie
- zhoršený příjem stravy

Geriatrická křehkost se projevuje geriatrickými syndromy. Typickými znaky geriatrických syndromů jsou multikauzální etiologie, chronický průběh, pacientova

závislost na péči a problematická léčba. Definování geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů umožňuje lépe pochopit část geriatrických pacientů (Kalvach, Holmerová, 2008).

Velké geriatrické syndromy (Weber, 2011):

- imobilita
- instabilita
- inkontinence
- intelektové poruchy (delirium, demence, deprese)
- iatrogenie (nebezpečná polyfarmakoterapie)

Jako další geriatrické syndromy bývají označovány (Weber, 2011):

- syndromy hypomobility, dekadence a sarkopenie
- syndrom anorexie a malnutrice
- syndrom duálního kombinovaného senzorického deficitu
- syndrom dehydratace
- syndrom poruchy termoregulace
- syndrom týrání, zanedbání, zneužívání
- syndrom geriatrické maladaptace na změnu prostředí
- syndrom terminální geriatrické deteriorace

Z hlediska rehabilitace mají největší význam syndromy hypomobility, imobility a instability s pády (Kalvach in Kolář, 2012).

1.4.1 Hypomobilita

Hypomobilita se projevuje omezeným rozsahem pohybových aktivit, především chůze. Příčin hypomobility ve stáří je mnoho, zahrnují faktory tělesné, psychické, sociální a faktory prostředí. U mnoha seniorů se setkáváme s nechutí k pohybu, která pramení z celoživotního negativního postoje k pohybovým aktivitám. Senioři ztrácí motivaci k pohybu vinou nově vznikajících situací jakou je ztráta partnera, nárůst pohybového dyskomfortu, stud za pohybové postižení. K dalším příčinám hypomobility řadíme úzkost a strach z pádů, svalovou slabost, únavu, dušnost a samozřejmě bolest (Kalvach in Kolář, 2012). Pokračující demence s postupnou ztrátou zájmu o své okolí bývá také častou

příčinou hypomobility. Samostatnou kapitolu tvoří farmaka, kdy nežádoucí účinky některých léčiv významně ovlivňují motivaci jedince (Kalvach, 2008).

Hypomobilita vede k poklesu kardiorepirační výkonnosti s intolerancí zátěže, poklesu hladiny HDL cholesterolu a rozvoji tkáňové inzulinorezistence. V důsledku snížení pohybové aktivity dochází k útlumu kostní remodelace a rozvoji osteoporózy (Kalvach, 2008). Nízká pohybová aktivita je následně příčinou dekondice, svalové slabosti a vede ke zhoršování pohybového stereotypu (Kalvach in Kolář, 2012). Dekondice se projeví poklesem maximální aerobní aktivity. Aktivity denního života seniora pak přesahují 70 % maximální aerobní kapacity. Objevuje se dušnost, únava, pocení, palpitace. Senior je nucen k častějšímu odpočinku (Kalvach, 2008).

Závažným problémem hypomobility je sarkopenie, svalová atrofie a slabost s úbytkem svalové hmoty, rychlosti a síly stahu. Svalová kontrakce stimuluje uvolňování hormonů nezbytných pro regeneraci svalů. Snížení pohybové aktivity způsobuje, že jsou tyto procesy méně aktivní. Sarkopenie vede postupně k inaktivitě s pády, ztrátě soběstačnosti a rozvoji imobility (John E Morley, 2012), (Kalvach in Kolář, 2012).

1.4.2 Instabilita a pády

K poruše rovnováhy a následně k pádům vedou involuční změny zrakového vestibulárního a propioceptivního systému. Ve stáří dochází ke změnám v dynamice chůze, držení těla a celkové koordinace pohybu (Hronovská, 2012). Nezanedbatelný je také vliv interních a neurologických onemocnění. Interní choroby, zastoupené nejčastěji kardiovaskulárním a cerebrovaskulárním onemocněním, způsobující změny tlaku krve vedou k výskytu vertiga nebo synkopy a následně k pádu. Neurologické nemoci postihují nejen motorický systém jako takový, mozečkové struktury a dráhy, somatosenzorické dráhy, ale i kognitivní funkce, kdy dochází k rozvoji demence a chorob, u kterých je demence jedním ze symptomů (Kaňovský, 2004).

Také některá farmaka významně ovlivňují rovnováhu. Z léků zvyšujících riziko pádu jsou to především antidepressiva, neuroleptika, psychotropní látky, sedativa a hypnotika. Tyto farmaka snižují reaktivitu na zevní podněty s následným zhoršením senzomotorické koordinace. Při dlouhodobém užívání může dojít k poruchám paměti, nespavosti, dezorientaci v čase a ke změnám osobnosti. Dále do skupiny léků, které predisponují k pádům, patří antiarytmika, antihypertenziva, diuretika (pokles plazmatické objemu může

vést k poklesu krevního tlaku a ke kolapsu), laxativa, analgetika, opioidy a vazodilatancia (Ambler, 2009), (Marek a kol, 2010).

Důsledkem instability jsou pády. Ve věku nad 65 let pády postihují do 30 % seniorů. S věkem počet pádů narůstá (Hronovská, 2012).

Dle etiologie rozdělujeme pády z vnitřních a vnějších příčin (Hronovská, 2012):

vnitřní příčiny (až 70 % příčin pádů)

- ortostatická hypotenze, arytmie, synkopy, infarkt myokardu
- neuromotorické poruchy – Morbus Parkinson, cévní mozková příhoda, periferní neuropatie
- demence, deprese, zmatenost
- sarkopenie, osteoporóza, artróza
- vertigo, Merniérova choroba, poruchy zraku
- mikční poruchy
- farmakoterapie

vnější příčiny

- překážky v bytě - koberec, rozložení nábytku
- nedostatečné osvětlení
- schody
- nevhodné obutí

Pády mohou být komplikovány frakturami. U seniorů nejčastěji dochází k fraktuře krčku femuru, fraktuře proximální části humeru, Collesově fraktuře předloktí nebo fraktuře lebky. Neschopnost seniora po pádu vstát zvyšuje riziko dehydratace a hypotermie. Pro pacienty s cévní mozkovou příhodou, parkinsonovým syndromem nebo demencí mohou mít pády i fatální následky (Kaňovský, 2004).

1.4.3 Syndrom imobility

Imobilizační syndrom je definován jako reakce jednotlivých systémů organismu na imobilitu, ke kterým dochází upoutáním na lůžko z důvodu nemoci nebo úrazu. Změny pohybového a oběhového systému se objeví v řádu hodin. Během dnů až týdnů se vyvinou zřetelné patologické změny, např atrofie myokardu (Kalvach a kol., 2008).

Fyziologické reakce na imobilitu:

- kardiiovaskulární systém – dochází k rozvoji ortostatické hypotenze, tromboflebitidy, zvyšuje se riziko plicní embolie (Kalvach a kol., 2008)
- dýchací systém – v důsledku hypoventilace dochází ke stagnaci hlenu, atelektáze a následně až k pneumonii (Kalvach a kol., 2008)
- kosterní soustava – dochází k dekalifikaci skeletu a následnému rozvoji osteoporózy (Kalvach a kol., 2008)
- svaly - atrofie svalstva se objevuje již během jednoho týdne pohybu na lůžku, během 4 - 6 týdnů klesá svalová síla přibližně o 40 %, nejvýrazněji bývá postižen musculus quadriceps femoris, dochází ke vzniku flekčních kontraktur a kloubních deformit (Kalvach in Kolář, 2012)
- gastrointestinální trakt – objevuje se nechutenství, anorexie, dehydratace, zpomalení peristaltiky, obstipace (Kalvach a kol., 2008)
převaha katabolických procesů má za následek změnu onkotického tlaku a vznik edémů (Škrabová, 2010)
- močový systém - po počáteční zvýšené diuréze dochází k poklesu tvorby moči, moč se stává koncentrovanější a následně vznikají ledvinové kameny, zvyšuje se riziko retence moči (Škrabová, 2010)
- nervový systém – objevuje se neklid, zmatenost, dezorientace v prostoru a čase, poruchy spánku (Kalvach a kol., 2008)
- kůže - následkem stlačení tkáně, tření a vlhkosti (pot, moč) dochází k poruchám integrity kůže na predilekčních místech a vzniku dekubitů různého stupně (Kalvach a kol., 2008)

2 Demence

„Paměť je naším jediným bohatstvím. Teprve přijdeme-li o ni, stanou se z nás skuteční žebráci“

J. E. D. Esquirol (francouzský psychiatr 19. století)

(Koukolík, 2005, str. 65)

„Demence je organicky podmíněný, nezvratný pokles intelektu, který provázejí poruchy chování a změny osobnosti. Porucha omezuje kognitivní, funkční a behaviorální schopnosti natolik, že je narušena sociální a ekonomická aktivita, nemocný se stává nesamostatný, odkázaný na pomoc druhých. Demence provází velké množství chorob, je proto často vnímána jako příznak nebo syndrom“ (Seidl, Obenberger, 2004, str. 283).

2.1 Epidemiologie

V České republice je demencí postiženo přibližně 123 000 osob. Prevalence stoupá s věkem. V populaci nad 65 let demence postihuje asi 5 % obyvatel. Ve věkové kategorii nad 85 let je již postiženo téměř 50 % osob (Klán, 2011).

2.2 Etiologie

Příčinou demence je difúzní onemocnění mozkových hemisfér, především mozkové kůry a hippocampů. Je popsáno více než devadesát možných příčin demence (Seidl, Obenberger, 2004).

2.3 Klasifikace demencí

Z hlediska etiopatogeneze demence rozdělujeme do dvou základních skupin - demence primární a sekundární.

U demencí primárních je postižení intelektových funkcí způsobeno organickým onemocněním mozku degenerativní, vaskulární nebo smíšené etiologie. Největší podíl ve skupině představuje Alzheimerova nemoc 50 - 60 %. Následuje vaskulární demence 15 - 30 %, demence s Lewyho tělísky 10 - 20 %, demence u Parkinsonovy nemoci 5 - 10 % a frontotemporální demence 3 - 5 % (Topinková, 2010).

Sekundární demence tzv. potenciálně reverzibilní tvoří asi 5 % všech demencí. Syndrom provází metabolická onemocnění, infekce CNS, intoxikace léky, alkoholismus, nádory mozku (Klán, 2011).

Další možné dělení demencí je dle předpokládané příčiny nebo dle lokalizace hlavních příznaků v centrálním nervovém systému (Seidl, Obenberger, 2004):

dělení demencí podle příčiny:

- neurodegenerativní - Alzheimerova nemoc, Pickova choroba, Parkinsonova choroba
- cerebrovaskulární – multiinfarktová demence
- infekční – Creutzfeldova-Jacobova nemoc, HIV infekce
- nutriční – Wernickeova encefalopatie, deficit B 12
- metabolické – Cushingův syndrom, choroby jater, štítné žlázy
- chronické zánětlivé – vaskulitidy, Rozstroušená skleróza
- traumatické – úrazy hlavy
- tumorózní – subfrontální meningeom

dělení demencí podle lokalizace hlavních příznaků v CNS:

- kortikální – hlavními příznaky jsou dysfázie, agnózie, apraxie
- subkortikální – hlavními příznaky jsou zpomalení a apatie
- frontální – hlavními příznaky jsou poruchy chování
- parietální a temporální – hlavními příznaky jsou poruchy kognitivních funkcí

2.4 Klinický obraz

U demence je vždy přítomna porucha kognitivních funkcí různého stupně. Časté jsou změny a poruchy chování a pestrá psychiatrická symptomatologie, která postupně vede ke ztrátě soběstačnosti s významným dopadem na rodinu pacienta (Holmerová, Jerolímová,

Suchá a kol., 2007). Z neurologického hlediska bývají přítomné ložiskové příznaky ve smyslu parézy, mimovolní pohyby a pseudobulbární příznaky. Objevují se primitivní reflexy (Seidl, Obenberger, 2004).

Příznaky demence lze rozdělit do těchto základních skupin (Klán, 2011):

- kognitivní poruchy - zahrnují poruchy paměti, učení, orientace, úsudku, myšlení, poruchy korových „symbolických“ funkcí
- poruchy chování - představují změny osobnosti, sociálně nepřijatelné chování, deprese, úzkost, halucinace, bludy, agresivitu, apatii, změny spánkového rytmu
- funkční omezení v běžných činnostech - zahrnuje problémy se sebeobsluhou, poruchu motorických funkcí, omezení v instrumentálních činnostech

2.5 Stadia demence

U demence lze definovat tři základní stadia (Holmerová, Jerolímová, Suchá a kol., 2007):

1. stadium - stadium počínající a mírné demence
2. stadium - stadium rozvinuté demence
3. stadium - stadium pokročilé demence

- **První stadium demence**

Pro první stadium demence je charakteristická porucha tzv. krátkodobé paměti. Člověk zapomíná na události a informace prožité a získané před krátkou chvílí. Dlouhodobá paměť zůstává nepostižena, nemocný si bez problémů vybavuje zážitky z dětství a mládí, dokáže si vybavit texty písní a básní naučených před mnoha lety. Objevují se také problémy s obsluhou domácích spotřebičů, poruchy orientace v prostoru a čase, ztráta motivace. Člověk si uvědomuje problémy, se kterými se potýká a to v něm vyvolává úzkost nebo strach. Situace může vyústit v deprese a stranění se ostatních nebo naopak v agresivitu vůči okolí. V tomto stadiu demence je člověk relativně soběstačný a samostatný, potřebuje však určité pomůcky - cedulky s připomínkami, telefonními čísly apod. (Holmerová, Jarolímková, Suchá a kol., 2007).

- **Druhé stadium demence**

Druhé stadium demence je nejdější, trvá mezi dvěma až deseti lety. V tomto období člověk nezbytně potřebuje dohled druhé osoby a pomoc při některých aktivitách. Dochází k výrazným poruchám orientace v prostoru a čase, postižený bloudí a ztrácí se i ve známém prostředí. Objevuje se inkontinence, poruchy spánkového rytmu. Senior přestává poznávat své příbuzné, může jednat agresivně. Rodina přestává situaci zvládat a začíná vyhledávat pomoc sociálních služeb (Holmerová, Jarolímková, Suchá a kol., 2007).

- **Třetí stadium demence**

Ve třetím stadiu demence bývá člověk závislý na péči druhé osoby. Pečující osoba musí plně zastat ošetrovatelskou péči. Komunikace s postiženým je velmi omezená. Senior má problémy s verbální komunikací, nenachází vhodná slova, není schopen formulovat myšlenky a vytvářet věty. Má problém pochopit a porozumět mluvenému slovu. Postižený bloudí ve známém prostředí. Postupně dochází k problémům s mobilitou. V terminální fázi třetího stádia dochází k postižení celé osobnosti člověka. Senior je imobilní, většinou upoután na lůžko, inkontinentní, často verbální nekomunikující. Postižený je plně závislý na péči druhé osoby po celých 24 hodin (Holmerová, Jarolímková, Suchá a kol., 2007).

2.6 Diagnostika demence

„Jelikož určení definitivní diagnózy demence vyžaduje neuropatologické potvrzení, může být klinická diagnóza jednotlivých typů demence stanovena pouze s určitou mírou pravděpodobnosti” (Klán, 2011, str. 19).

Vyšetření využívaná k diagnostice demence (Klán, 2011)

- anamnéza
- fyzikální a neurologické vyšetření
- laboratorní vyšetření
- vyšetření kognitivních funkcí
- vyšetření behaviorálních a psychiatrických symptomů

- hodnocení aktivit každodenního života
- zobrazovací vyšetření - CT, MRI
- elektroencefalografie
- vyšetření likvoru
- genetické vyšetření u pacientů s příslušným fenotypem nebo rodinnou zátěží
- histopatologické vyšetření mozku (provádí se zřídka)

Hlavní zásady diagnostiky demence (Pidrman, 2007)

- důsledně diferencovat normu a patologii
- zachovávat postup hierarchie při diagnostice (nejdříve identifikovat symptomy, následně syndromy a na jejich základě teprve diagnózu)
- mít na paměti riziko kombinací příznaků (demence a deprese, demence a delirium)
- uvědomovat si, že včasná diagnostika přináší včasnou léčbu a zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny

V diagnostice demence, zvláště v počátečních stádiích, je důležité odlišit demenci od deliria. Delirium je momentální stav s rychlým nástupem, jehož příčina je většinou léčitelná. Naproti tomu demenci charakterizuje pozvolný nástup a bývá následkem chronického onemocnění. Metoda CAM (Confusion Assessment Method) vhodná k rychlému rozlišení demence a deliria posuzuje čtyři klíčové oblasti. První oblastí je rychlost nástupu a vývoj zmatenosti, druhá hodnotí nepozornost, třetí poruchy myšlení a čtvrtá oblast změny úrovně vědomí. Delirium potvrzuje přítomnost charakteristických znaků v prvních dvou nebo druhých dvou oblastech (Lehman, 2008).

K prvotní diagnostice a určení stupně demence se běžně používá Mini-Mental State Examination. K testování jednotlivých složek poznávacích funkcí se používají speciální testy. Klinicky nejpoužívanější je Mini-Mental State Examination a Clock-drawing test, test kreslení hodin. K dalším testům patří Wechslerova škála paměti, která testuje orientaci a logickou paměť, WAB testy, testující řečové funkce, testy vizuospeciálních funkcí, které testují prostorovou paměť, test kreslení dráhy hodnotící schopnost plánovat a schopnost zrakově-pohybové koordinace, Stroopův test posuzující míru pozornosti, mentální pružnosti a adaptace na zátěž (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

2.7 Léčba demence

Léčba demence je komplexní proces, který zahrnuje farmakoterapii, včasnou rehabilitaci a resocializaci. Kognitivní farmakoterapie příznivě ovlivňuje porušené poznávací funkce, např. memantin. Nekognitivní farmakoterapie pak poruchy nálad a afektů, chování a poruchy spánkového rytmu, např. tiaprid, olanzapin, melperon, haloperidol (Klán, 2011).

V léčbě rozvinuté demence se především uplatňují (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009):

- programové aktivity, kdy je kladen důraz na pravidelné denní aktivity a návyky jedince, např. příprava jídelního stolu, procházka
- orientace realitou, tedy vytvoření takového prostředí, které je pacientovi důvěrně známé, např. křeslo, hodiny, obrazy, povlečení
- validace, tedy přijímání pacientova postoje a citlivé pracování s danou skutečností
- kognitivní trénink, kdy náročnost cvičení určuje zachovalý potenciál pacienta, důraz je kladen na podporu sebedůvěry
- reminiscence, tedy metoda využívající vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím určitých podnětů

Z jednotlivých terapií a technik nachází uplatnění (Holmerová, Jarolímková, Suchá a kol., 2007):

- ergoterapie
- fyzioterapie u pacientů na lůžku
- senzorická stimulace
- kinezioterapie
- arteterapie
- muzikoterapie
- pet-terapie
- vaření jako terapie

2.8 Hlavní zásady přístupu k seniorovi s demencí

„K pacientům s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co si přejí, být pozorný, trpělivý, empatický, komunikovat nonverbálně, taktálně pokud je to pacientovi příjemné, nespěchat, respektovat jedinečnou a důstojnou lidskou bytost, nebát se ale zasmát s pacientem” (Holmerová, Jarolímková, Suchá a kol., 2007, str. 60).

Základem komunikace se seniorem s demencí je užití validace. Validace je metoda empatické komunikace, která plně akceptuje názory a pocity člověka s demencí a vytváří pocit bezpečí a důvěry (Ferková, Ilievová, 2013). Je vždy nutné posilovat sebevědomí seniora a podporovat sociální integraci. Důležité je zavádění stereotypů do režimu dne. Pečující musí pro seniora zajistit bezpečné prostředí, v počáteční fázi demence je vhodné využívat pomůcky pro podporu paměti, např. formou cedulek s připomínkou. Okolí by se mělo vyvarovat konfliktů (Holmerová, Jarolímková, Suchá a kol., 2007).

Při verbální komunikaci se seniorem s demencí je nutné oslovit jej jménem a zajistit si tak jeho pozornost. Vždy mluvit pomalu a zřetelně a používat krátké věty. Vhodné je použít neverbální prostředky komunikace, jako dotyk nebo úsměv. Otázky je třeba klást tak, aby pacient mohl lehce odpovědět ano nebo ne. Hlavní zásadou je nespěchat a umět porozumět (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

2.9 Fyzioterapie seniorů s demencí

Kognitivní deficit bývá u seniorů s demencí výrazným problémem při rehabilitaci. Senior je často označen jako nespolupracující a riziko zhoršení hybnosti nebo imobilizačního syndromu stoupá. Záleží samozřejmě na fázi demence, ve které se senior právě nachází (Holmerová, Jarolímková, Suchá a kol., 2007).

Aby rehabilitace seniorů s demencí přinesla žádoucí výsledky, tedy zlepšení mobility, je nutné použít specifický přístup. Vždy je nutné najít takové prostředky, které pacientovi „sednou“ a umožní tak využít jeho maximálního potenciálu. Strategie vychází především z úspěšného navázání komunikace, která obsahuje více neverbálních prvků a doteků. Oslovování seniora souběžně s očním kontaktem má velký význam především u pacientů s deficitem verbální komunikace. Stejně důležité je pracovat s psychickým naladěním

pacienta, sledovat jeho emoce a vhodně na ně reagovat. Fyzioterapeut si musí na terapii vyčlenit vždy dostatek času. Vhodné je seznámit se s biografií pacienta. Informace ze života výborně poslouží k navázání vztahu fyzioterapeut – senior. Stejně tak je možné tyto údaje využít k pokynu provedení některých běžných činností a tím ke zhodnocení mobility pacienta, případně k následné terapii (Staples, Lewis, 2003; Storey, Thomas, 2010).

Nejúčinnějším prostředkem fyzioterapie pro seniory s demencí je kinezioterapie. Pohyb s aktivní účastí seniora trénuje schopnost koncentrace, zlepšuje schopnost uvědomění si svého těla, snižuje úzkost a zlepšuje fyzický stav. Při cvičení ve skupině je posilována sociální integrace a zlepšuje se sebedůvěra (Hátlová, Suchá, 2005). Výběr cviků je vždy přizpůsoben schopnostem a možnostem seniora. Vhodné je zařazení dechových cvičení spojených s pohybem končetin (Exnerová, 2011).

2.9.1 Zásady kinezioterapie u seniorů s demencí

Pohybová terapie směřuje k uvědomování si svého těla a to jak v klidu, tak při pohybu. Cílem je udržet stávající pohybové dovednosti a posílit sebedůvěru jedince tak, aby kvalita života byla zachována co nejdéle. K hlavním zásadám kinezioterapie seniorů s demencí náleží (Hátlová, Suchá, 2005):

- navázat vztah důvěry mezi terapeutem a seniorem
- respektovat a podporovat osobnost seniora
- respektovat schopnosti seniora
- cvičební jednotka musí obsahovat stabilní složky, změny je vhodné zavádět postupně a pomalu
- náročnost cvičení by měla odpovídat maximální úrovni, které je senior schopen
- prostředí ke cvičení musí navozovat pocit bezpečí
- cvičení zařadit do pravidelného denního a týdenního režimu

2.9.2 Formy kinezioterapie v léčbě demence

U seniorů s lehčí formou demence lze využít cvičební programy s prvky gymnastiky a tance. Cvičení mají podporovat vnímání vlastního těla. Vhodný je nácvik manipulace s drobnými předměty a řešení úkolů spojených s manipulací. Při cvičení ve skupině se doporučuje zařazovat programy s jednoduchou formou spolupráce a komunikace mezi cvičenci. U seniorů s úbytkem paměťových funkcí se cvičení zaměřuje především na procvičování stávajících pohybových dovedností, správného držení těla a chůze. Pro seniory s poruchami vnímání je vhodné zařadit cvičení s náčiním o různé hmotnosti, barevnosti a s různými druhy povrchů. U cvičenců s apraxií se pohybová terapie zaměřuje na vnímání vlastního těla při pohybu ve všech polohách. Cvičení pro seniory s poruchami emotivity obsahuje relaxační prvky a využívá hudebního doprovodu (Hátlová, Suchá, 2005)

U cvičení seniorů s těžší formou demence lze použít nenáročná cvičení doprovázená automasáží. Imobilní senioři vyžadují větší intervenci fyzioterapeuta. Velký důraz je kladen na preventivní polohování a dechová cvičení. Volbu metodik je nutné přizpůsobit možnostem seniora a vždy zachovat individuální přístup. Významným aspektem je schopnost fyzioterapeuta improvizovat. V kinezioterapii se uplatňují především pasivní cvičení nebo aktivní s dopomocí. Vhodné je zařazovat stimulaci povrchových receptorů a sensorických funkcí. Nedílnou součástí cvičení by měla být postupná vertikalizace do sedu s možností integrace seniora mezi vrstevníky. Při pasivním sedu je nezbytné zajistit správné postavení v kloubech končetin, postavení trupu a šíje. S nácvikem rovnováhy je možné docílit aktivního sedu s následným zařazením seniora do malé skupiny cvičenců (Lískovcová in Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol, 2007).

3 Koncept Bazální stimulace

3.1 Historický vývoj konceptu

Počátky vzniku konceptu se datují k 70. letům minulého století, kdy speciální pedagog ze Spolkové republiky Německo, profesor Andreas Fröhlich v rámci svého doktorandského projektu týkajícího se práce s dětmi s těžkými kombinovanými somatickými a intelektuálními změnami, vypracoval koncept Bazální stimulace (Friedlová, 2007).

Andreas Fröhlich vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatalní vývojové psychologie. Zabýval se schopností lidského těla vnímat a přijímat signály a reagovat na ně. Přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání dokázal navázat kontakt s dětmi, které nebyly schopny verbální komunikace a které ostatní považovali za nevzdělavatelné. Na základě vyhodnocení výsledků všech studií dospěl k přesvědčení, že tyto základní vrozené schopnosti lidského organismu poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu v oblasti vnímání a komunikace (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009).

Do ošetrovatelské péče koncept v 80. letech přenesla profesorka Christel Bienstein, původně zdravotní sestra. Koncept úspěšně aplikovala do péče o klienty v koma vigile a do intenzivní péče. Společně s profesorem Fröhlichem a odborníky z jiných oblastí péče byl koncept postupně zaváděn do geriatrické, neonatologické, psychiatrické a paliativní péče. Na základě dosažených výsledků se koncept stal uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem (Friedlová, 2007).

V současné době patří koncept Bazální stimulace k uznávaným konceptům v zemích Evropské unie. V České republice se s konceptem pracuje od roku 2003, kdy se na jeho zavedení významně podílela PhDr. Karolína Friedlová. Ta také v roce 2005 založila ve Frýdku-Místku INSTITUT Bazální stimulace, který pořádá všechny vzdělávací aktivity o konceptu Bazální stimulace. Vzdělávací programy jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Absolventi kurzů získávají certifikát vydaný Mezinárodní asociací Bazální stimulace, platný v celé Evropské unii (Friedlová, 2009; Friedlová, 2011).

3.2 Teoretická východiska konceptu

Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají již v embryonální fázi vývoje. Díky smyslům jedinec vnímá sám sebe i okolí. Schopnost vnímat je předpokladem pro učení pohybu a komunikaci (Friedlová, 2011).

Bazální stimulace je koncept, který podporuje lidské vnímání v nezákladnější rovině. Pracuje s cílenou stimulací smyslových orgánů a se schopností mozku uchovávat si v paměti životní návyky. Stimulací vzpomínek lze aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání a následně i pohyb a komunikaci. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Bazální stimulace je koncept orientující se na všechny oblasti lidských potřeb, přizpůsobuje se věku a stavu klienta, kterého vnímá jako rovnocenného partnera s vlastní biografií, schopnostmi a možnostmi (Friedlová, 2007).

3.2.1 Vnímání

Jednotlivé prvky Bazální stimulace vycházejí z vývoje vnímání během prenatálního období. Nejprve se vyvíjí somatické vnímání (vnímání vlastního těla), vnímání vibrační (vibrace a chvění při řeči matky) a vestibulární (poloha těla v prostoru). Tyto tři druhy vnímání u člověka vytvářejí pocit jistoty. Příkladem je chování matky, která chce utěšit plačící dítě. Vezme jej do náruče, houpá s ním a mluví na něj. U dítěte tak dojde ke stimulaci všech tří základních smyslů. Tento způsob chování se objevuje ve všech kulturách a je možné takto stimulovat (utěšovat) dítě i dospělého (Friedlová, 2007).

Každé omezení kteréhokoli smyslu vede ke změně vnímání sebe i okolí. Může dojít až k pocitům nejistoty a strachu. Bazální stimulace vychází z předpokladu, že každý člověk, i s těžkou formou změny vnímání, je schopen v každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat. A je-li schopen vnímat, pak je schopen komunikovat. Důležité, ale i náročné pro ošetřující personál, je rozpoznat formu komunikace. Často se nejedná o verbální projev, ale o komunikaci pomocí určité, někdy i hůře postřehnutelné reakce, jako mrknutí, změna frekvence dýchání, změna sekrece potu (Friedlová, 2009).

3.2.2 Pohyb

Koncept vychází z poznatků, že první forma inteligence u člověka je senzomotorická. Zahrnuje zkušenosti s pohybem a vnímáním. Člověk poznává své prostředí pomocí pohybu a analýz. Schopnost pohybu jedinci umožňuje dosáhnout možných schémat jednání a chování (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009).

Profesor Fröhlich při své práci vycházel z konceptu Bobathových, který pracuje s dětmi a dospělými se změnami v pohybové oblasti a jehož základem jsou inhibice spasticity a patologických pohybových vzorů a reflexů a facilitace fyziologických pohybových vzorů a reflexů. Důležitým prvkem Bobath konceptu je analýza pohybových schopností daného jedince, která umožňuje dále rozvíjet ty zachovalé. Základním předpokladem cvičení je systematický přísun podnětů - z pasivního pohybu, ze změn svalového napětí, z pohybu pod vědomou kontrolou. Významným předpokladem jednoty Bobath konceptu je integrace příbuzných, přátel a celého pracovního týmu do terapie (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009).

3.2.3 Komunikace

Komunikace je vědomá činnost lidského chování. Schopnost komunikovat významně ovlivňuje kvalitu života. Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vědomí, znalostí jazyka, schopností vyslovovat a analyzovat význam slov. Neverbální komunikace je ovlivněna úrovní vědomí, schopností pohybu a možnostmi využití jiných než auditivních komunikačních kanálů. Pro vnímání jsou důležité smyslové orgány schopné přijímat podněty z okolí, které jsou dále zpracovávány. V komunikačním procesu jsou tedy všechny smyslové orgány komunikačními kanály. V konceptu Bazální stimulace se využívají dle stavu a schopností klienta tyto komunikační kanály (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011):

- somatický
- vestibulární
- vibrační
- auditivní
- optický
- olfaktorický
- taktilně-haptický

Komunikace s klientem s omezenými možnostmi komunikace vyžaduje samozřejmě znalost dané problematiky, ale také cit rozpoznat i nepatrné reakce. Schopnost tyto reakce rozpoznat a adekvátně na ně reagovat je významným pozitivem pro poskytování ošetrovatelské nabídky v konceptu Bazální stimulace (Friedlová, 2011).

Znaky příjemného pocitu a otevření se okolí (Friedlová, 2011):

- mžikání očí
- prohloubené dýchání, vzdychání, bručení
- otevírání úst, očí
- pousmání, úsměv
- relaxace svalového tonu, mimiky, pohybů nebo naopak zvýšení svalového napětí
- klidné pohledy do okolí nebo na stimulační předměty

Znaky nepříjemného pocitu a uzavření do sebe (Friedlová, 2011):

- zavírání očí, úst
- nepravidelné dýchání
- pláč, křik, naříkání
- křečovitě držení těla, křečovitě pohyby
- reakce signalizující obranu, odmítavá gesta proti osobám a předmětům
- motorický neklid, stereotypní chování
- manipulace s vlastním tělem, sebepoškozování

3.2.4 Význam doteků

Dotek je nejjednodušší forma neverbální komunikace. Pomocí doteků lze také poznávat okolní svět. Koncept Bazální stimulace pracuje s dotekem a důraz klade na jeho kvalitu. Doteky by měly být zřetelné a cíleně promyšlené, aby nevyvolávaly pocit nejistoty a ohrožení, ale naopak, aby poskytly orientaci a pocit důvěry. Ruce ošetřujícího kvalitním dotekem informují klienta o jeho těle, o jeho okolí, umožňují navázat kontakt (Friedlová, 2009; Friedlová, 2011).

V konceptu Bazální stimulace se používá při komunikaci s klientem cílený dotek tzv. iniciální dotek. Výběr místa doteku na klientově těle vychází z biografické anamnézy.

Vhodná místa jsou rameno nebo paže (u klientů se silnými změnami vnímání akrálních částí) nebo ruka (ritualizovaná forma pozdravu uložená v hluboké paměťové stopě). Iniciální dotek musí být podpořen verbálně, zahajuje a ukončuje činnost s klientem. O používání a lokalizaci iniciálního doteku musí být informováni všichni, kteří s klientem pracují (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009; Friedlová, 2011).

3.3 Prvky bazální stimulace

Bazální stimulace respektuje vývojový stupeň schopnosti vnímání, ve kterém se klient právě nachází. Cílenou stimulací sensorických systémů, která vychází z biografie klienta, dochází k aktivizaci paměťové stopy. Tím dochází k podpoře vnímání vlastního těla a rozvoji identity, vnímání okolního světa a zvládnutí orientace v prostoru a čase, možnosti navázání komunikace s okolím, zlepšení funkcí organismu a v neposlední řadě k možnosti prožívat život v maximální možné kvalitě (Friedlová, 2011).

Základní prvky konceptu Bazální stimulace (Friedlová, 2011):

- somatická stimulace
- vestibulární stimulace
- vibrační stimulace

Nástavbové prvky konceptu Bazální stimulace (Friedlová, 2011):

- optická stimulace
- auditivní stimulace
- taktilně-haptická stimulace
- olfaktorická stimulace
- orální stimulace

3.3.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace umožňuje klientovi zprostředkovat vjemy z vlastního těla, stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolí. Vždy je stimulován kožní

percepční orgán s receptory reagujícími na mechanické, termické a bolestivé podněty. Stimulaci vnímání pohybu zprostředkovávají proprioreceptory ze svalů, šlach a kloubů (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011).

Možnosti somatické stimulace v konceptu Bazální stimulace (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011):

- zklidňující somatická stimulace (celková zklidňující koupel), (Příloha č. 1)
vychází ze skutečnosti, že pohyb ruky terapeuta po směru růstu chlupů klientova těla podává informaci o tělesné formě a způsobí zklidnění; je vhodná pro klienty s různými typy demence
- povzbuzující somatická stimulace (celková povzbuzující koupel)
pracuje s faktem, že pohyb ruky terapeuta po těle klienta proti směru růstu chlupů podá klientovi informaci o tělesném schématu a zvýší úroveň jeho vědomí
- neurofyziologická somatická stimulace (neurofyziologická koupel)
pracuje s klientovou optickou kontrolou v průběhu stimulace, vhodná u klientů s poruchami hybnosti na polovině těla nebo v regionech
- rozvíjející somatická stimulace (rozvíjející koupel)
při stimulaci se zdůrazňuje symetrie a střed těla, vhodná pro předčasně narozené děti, kvadruplegické klienty a klienty ve vigilním kóma
- diametrální somatická stimulace (diametrální koupel)
vhodná pro klienty se zvýšeným svalovým napětím v určité části těla, redukuje napětí extrafuzálních svalových vláken
- polohování – hnízdo, mumie, mikropolohování
vychází ze skutečnosti, že po 30 minutách ležení dochází ke ztrátě pocitu hranic vlastního těla, polohování umožňuje klientovi tyto hranice vnímat
polohu mumie lze aplikovat u neklidných, agresivních nebo dezorientovaných klientů
- masáž stimulující dýchání (Příloha č. 2)
jedná se o masáž v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku, vždy v rytmu s dýcháním klienta a s dostatečným kontinuálním tlakem rukou terapeuta
- kontaktní dýchání, kontaktní dýchání s vibrací
kontakt je zajištěn rukama terapeuta na hrudníku klienta nebo formou hrudník klienta na hrudník terapeuta

Všechny typy somatické stimulace je možné aplikovat s použitím různých materiálů (žínky, froté ponožky, pleťová mléka, dětské oleje) nebo na sucho. Stimulaci lze provést jako částečnou, kombinovanou nebo s asistencí klienta. Důležité je dotýkat se klienta stále oběma rukama. K polohování se používají ideálně perličkové polohovací pomůcky, případně srolované ručníky a deky. Celková stimulace by neměla přesáhnout dvacet minut (Friedlová, 2009; Friedlová, 2011).

3.3.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární aparát zdravého jedince dostává neustálý přísun podnětů. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami dostávají těchto podnětů minimální množství. Při změně polohy následně může dojít ke kolapsu, nauce, poruchám orientace v prostoru i na těle nebo ke změně svalového napětí. Koncept Bazální stimulace umožňuje vestibulární stimulací tyto jevy potlačit (Friedlová, 2011).

Možnosti vestibulární stimulace (Friedlová, 2011):

- velmi pomalé otáčivé pohyby hlavy
- houpačí pohyby (houpačka, houpačí křeslo, závěsný houpačí vak)
- nácvik tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli

3.3.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace stimuluje receptory pro vnímání vibrací v kůži a proprioreceptory. Cílem stimulace je zprostředkovat klientovi intenzivní vjemy z jeho těla. Stimulace je vhodná pro klienty ve vigilním kóma a klienty s hlubokou mentální retardací (Friedlová, 2011).

Možnosti vibrační stimulace (Friedlová, 2011):

- hlas - přiložením rukou klienta na hrudník hovořícího terapeuta
- ruce - terapeutovy ruce vibrují na těle klienta
- vibrující předměty - hračky, vibrátory, holicí strojky

3.3.4 Optická stimulace

Zrak je nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolí a k navázání komunikace. Okolní prostředí hospitalizovaných klientů nebo klientů v pobytových zařízeních bývá často bez vizuálních podnětů. U klientů může dojít až ke vzniku iluzorních představ, stavům zmatenosti a agresivity. Při optické stimulaci je vhodné vycházet z biografie klienta a z úrovně jeho zrakového vnímání. Svou roli hraje i změna tělesné polohy, kterou se mění zorné pole klienta (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011).

3.3.5 Auditivní stimulace

Sluchový orgán člověka umožňuje komunikaci, je nezbytný pro rozvoj řeči. Auditivní stimulace si klade za cíl navázat kontakt s klientem, zprostředkovat mu informace z okolí, stimulovat jeho vnímání aktivizací vzpomínek a zlepšit orientaci v prostoru a čase. Volba možnosti stimulace opět vychází z biografické anamnézy klienta (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009).

Možnosti auditivní stimulace (Friedlová, 2011):

- hudba
- vyprávění
- zpěv
- hudební nástroje

3.3.6 Orální stimulace

Ústa představují nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónu. Orální stimulace zprostředkovává klientovi informace z dutiny ústní. Při použití oblíbeného chuťového média aktivizuje paměťové stopy, může být komunikačním kanálem u klientů v koma vigile nebo klientů s demencí (Friedlová, 2007).

Důležitým faktorem správně prováděné orální stimulace je vhodná poloha klienta, tedy poloha vsedě, kdy hlava je v mírném předklonu, sternální bod před pánevním pletencem,

pánve ve stabilizované pozici, dolní končetiny v abdukci, chodidla opřena o podložku. Horní končetiny jsou položeny na stole. Také u klientů přijímajících potravu na lůžku je nezbytné dodržet pozici správného sedu (Friedlová, 2011).

3.3.7 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy vyvolávají vzpomínky a asociace. Tento fakt využívá olfaktorická stimulace. U klientů s demencí lze správně zvoleným olfaktorickým stimulem umožnit orientaci v denní době nebo prováděných činnostech. Pro výběr čichových vjemů jsou rozhodující informace z biografické anamnézy (Friedlová, 2011).

3.3.8 Taktilně-haptická stimulace

Schopnost ruky rozpoznávat předměty a manipulovat s nimi umožňuje získávat zkušenosti a uchovávat je v paměti. Klienti s nedostatkem taktilně-haptických podnětů manipulují s oblečením, přikrývkami, invazivními vstupy, vlastní stolicí. Nedostatek taktilně-haptických podnětů vede k nedostatečné aktivizaci sensorické i motorické projekční oblasti mozkové kůry pro ruku. Výběr předmětů ke stimulaci vychází z biografie klienta (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011).

Předměty vhodné k taktilně-haptické stimulaci (Friedlová, 2007):

- oblíbené předměty, talismany, hračky
- předměty užívané k výkonu povolání
- předměty spojené s hobby
- předměty osobní hygieny
- předměty denního života
- teplé nebo studené předměty

3.4 Biografická anamnéza

Předpokladem integrace prvků konceptu Bazální stimulace do péče o klienta je informovanost o jeho životních návycích, zvycích a prožitcích. Tyto informace se získávají odběrem biografické anamnézy od klienta, rodinných příslušníků a přátel. Proces získávání informací ze života klienta není uzavřen, ale průběžně se doplňují další údaje. Práce s biografii klienta znamená volit vhodné ošetrovatelské nabídky (Friedlová, 2007).

3.5 Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii

Většina stimulů, které k pacientovi ve zdravotnickém zařízení přichází, je neznámá, nepříjemná a často bolestivá. Hlasy, které slyší, jsou neosobní, slovům, která personál používá, nerozumí a navíc neumí přiřadit k hlasům tváře. To vše může vyvolat pocit strachu. Koncept Bazální stimulace je přístup, který pomáhá tento stav změnit. Do centra pozornosti se dostává člověk jako jedinečná autonomní bytost, která je celým zdravotnickým týmem bez výhrad respektována. Jednotlivé prvky bazální stimulace lze integrovat do běžné ošetrovatelské péče bez nároku na speciální a finančně náročné pomůcky. Časová náročnost výkonů prováděných dle konceptu Bazální stimulace je stejná jako u výkonů prováděných dosavadním způsobem (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Koncept Bazální stimulace je integrován nejen do péče v nemocnicích, ale také v léčebnách dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech, rehabilitačních ústavech, domovech pro seniory. V současné době ve v České republice 55 certifikovaných pracovišť, které pracují jak se základními, tak i s nastavbovými prvky bazální stimulace. V domovech pro seniory se v přímé péči uplatňují všechny prvky somatické stimulace, nejčastěji polohování hnízdo, masáž stimulující dýchání a zklidňující stimulace (Friedlová, 2013).

V péči o seniory se koncept Bazální stimulace využívá především ve stadiu rozvinuté demence. Koncept umožňuje porozumět stylu komunikace člověka s demencí a navázání kontaktu s ním. Kromě komunikace koncept poskytuje ucelené nabídky pro aktivizaci seniorů. U neklidných a agresivních seniorů je možné pomocí prvků bazální stimulace navodit zklidnění a umožnit jim orientaci v čase a prostoru. Významná je eliminace rizik zranění, především rizika pádu. Filozofií konceptu je pochopit potřeby seniorů s demencí,

porozumět jejich vývojové době, ve které se nacházejí a na základě biografie sestavit individuální plán péče. Mnohaleté zkušenosti ze zemí západní Evropy v péči o seniory s demencí potvrzují slova profesora Fröhlicha, že „koncept Bazální stimulace může vyvolat i u lidí s těžkým stupněm demence prvky inteligentního chování“ (Friedlová, 2012, str. 58).

Lidský mozek má schopnost uchovávat životní návyky jedince v paměťových drahách ve více svých regionech. Proto při terapeutické stimulaci vyvolávající vzpomínky lze činnost mozku znovu aktivovat. Kontinuální stimulace smyslových orgánů podle konceptu Bazální stimulace vede u seniorů k udržení dendritických spojení v mozku (Friedlová, 2012).

Ze základních prvků konceptu Bazální stimulace se v péči o seniory pracuje nejčastěji se stimulací somatickou a vestibulární. U imobilních seniorů dochází velmi rychle ke vzniku změn vnímání tělesného schématu. Somatická stimulace integrovaná do každodenní základní ošetrovatelské péče stimuluje toto vnímání a podporuje orientaci v prostoru. Druh somatické stimulace volí pracovník dle stavu a potřeb klienta. Do somatické stimulace se zařazují pohybové stereotypy, které vycházejí z běžně vykonávaných aktivit. Opakovaná činnost formou asistované sebeobsluhy (asistované česání, asistované krmení) podporuje aktivitu mozkové tkáně seniora. Především pro klienty s demencí umožňuje tato stimulace, obohacená o autobiografické prvky, v maximální možné míře podporovat zachování soběstačnosti a orientaci v konaných činnostech (Friedlová, 2012).

V péči o seniory se aplikuje především zklidňující nebo naopak povzbuzující somatická stimulace, polohování hnízdo, masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání. Tyto prvky somatické stimulace lze využít jednak ke stimulaci tělesného schématu, ale i k uklidnění výrazně neklidného až agresivního seniora. Vestibulární stimulace aktivizuje mozkovou aktivitu a významně ovlivňuje svalový tonus, především šíjových, zádových svalů a svalů dolních končetin. Pravidelná vestibulární stimulace u seniorů s omezenou mobilitou zlepšuje stabilitu sedu a redukuje výskyt závratě, u chodících seniorů snižuje riziko pádu (Friedlová, 2012).

Nástavbové prvky bazální stimulace se integrují společně se základními nebo samostatně, jako jednotlivé ošetrovatelské a terapeutické nabídky. Cílem je nabídnout klientovi s výraznými změnami v kognitivní oblasti základní orientaci v konané činnosti. Pokud se klient orientuje, je posilován pocit jistoty a bezpečí. Tím dochází ke zklidnění a uvolnění svalového tonu (Kalvach a kol., 2008).

Výsledky ze supervidovaných zařízení uplatňujících koncept Bazální stimulace v péči prokázaly, že senioři lépe komunikují, jsou klidnější, orientovanější, lépe spí. Snížil se výskyt infekcí dýchacích cest, zlepšilo se hojení ran. Klesla spotřeba psychofarmak u neklidných klientů. Lze tedy konstatovat, že tato forma péče přináší zvýšení kvality života seniorů a snížení nákladů na péči (Friedlová, 2013).

4 Kazuistiky

4.1 Kazuistika I

4.1.1 Vstupní vyšetření

Anamnéza

zdroj informací: propouštěcí lékařská zpráva z LDN

žena, ročník 1924, vdova, 3 děti, dominantní pravá horní končetina

osobní anamnéza:	Alzheimerova nemoc, demence hypertenze II. – III. stupně vertebrogenní algický syndrom polyartróza, gonartróza III. stupně l.dx. osteoporóza organická deprese aterosklerosa universalis sluchový deficit
rodinná anamnéza:	nezjištěna
pracovní anamnéza:	yní starobní důchod, v produktivním věku švadlena
sociální anamnéza:	pobyt v léčebně dlouhodobě nemocných v řádu měsíců; před hospitalizací klientka bydlela v rodinném domku se zahradou; nyní nástup do domova pro seniory, dvoulůžkový pokoj
farmakologická anamnéza:	Lokren, Tiapridal, Helicid, Godasal, Tramal
alergická anamnéza:	bez zjištěné alergie

Objektivní stav

klientka imobilní, ležící, inkontinentní, verbálně nekomunikuje, na oslovení nereaguje, tepová frekvence 72/min, dechová frekvence 16/min, tlak krve 120/70 mmHg

Vyšetření aspektů

klientka v supinační poloze na lůžku, atrofie svalů dolních končetin, klouby bez otoků a barevných změn, hlava v ose, oči zavřené, napětí mimických svalů, vnitřně rotační postavení ramenních kloubů, flekční držení loketních kloubů, falangy v abdukci, v interfalangeálních kloubech ve flekčním postavení, horní typ dýchání, dolní končetiny ve flekčním postavení v kyčelních a kolenních kloubech, dolní trup s končetinami rotován vpravo, hlezenní klouby v nulovém postavení

Orientační neurologické vyšetření

- klientka verbálně nekomunikuje, nenavazuje oční kontakt
 - paretické jevy nelze pro nespolupráci vyšetřit
 - spastické jevy: Juster, Trömner negativní; Babinský, Chaddock, Rossolimo negativní
 - myotatické reflexy: bicipitový reflex, reflex flexorů prstů přiměřené, symetrické; patelární reflex přiměřený, symetrický
 - taxi, diadochokinezi nelze vyšetřit
 - čítí: pozitivní reakce klientky při dotyku na horních i dolních končetinách
- MMSE (Příloha č. 3): 0 bodů – těžká kognitivní porucha
- Test hodin: nelze provést

Vyšetření motoriky (vyšetření vleže)

při vyšetřování rozsahů pohybů jsem vycházela z fyziologického rozsahu pohybu v daném segmentu

aktivní hybnost: na pokyn neprovede

pasivní hybnost: problémy s provedením pasivního pohybu, negativní reakce klientky na dotyk – klientka se brání pasivnímu pohybu, při doteku dochází ke zvýšení svalového napětí

- levá horní končetina - pohyb do flexe a abdukce v ramenním kloubu volný do 2/3 rozsahu pohybu, omezená zevní a vnitřní rotace, volný pohyb do flexe v loketním kloubu, plné extenze lze dosáhnout, pohyb v zápěstí a drobných kloubech ruky bez výrazného omezení
- pravá horní končetina – pohyb v ramenním kloubu omezen do flexe i abdukce nad 1/2 rozsahu pohybu, omezení rotací, bolestivá reakce, pohyb v loketním kloubu

volný, lze dosáhnout plné extenze, pohyb v zápěstí a kloubech ruky bez výrazného omezení

- levá dolní končetina - rozsah pohybu do flexe v kyčelním kloubu volný do 2/3 rozsahu pohybu, omezení abdukce a rotací, extenze možná do nulového postavení, pohyb v kolenním kloubu do flexe volný do 2/3 rozsahu, extenze možná do nulového postavení, hlezenní kloub s omezením pohybu všemi směry
- pravá dolní končetina – pohyb do flexe v kyčelním kloubu omezen nad 1/2 rozsahu pohybu, omezení abdukce a rotací, extenzi do nulového postavení nelze provést pro bolest, omezený rozsah pohybu do flexe a extenze v kolenním kloubu, bolest, hlezenní kloub s omezením všemi směry

Orientační hodnocení svalové síly

orientační hodnocení svalové síly pro nespolupráci klientky neprovedeno, stisk ruky neprovede

Celková mobilita a soběstačnost

Barthelův test ADL (Příloha č. 4): 0 bodů - vysoce závislá na péči

klientka neprovede pohyb na lůžku (přetočení na bok), neprovede sed, příjem stravy a tekutin zajišťuje personál; hygienu, převlékání a výměnu inkontinentních pomůcek zajišťuje ošetřující personál

Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace

zdroj informací: dotazník (Příloha č. 5) vyplněný rodinnými příslušníky

somatická anamnéza

klientka má dominantní pravou horní končetinu, tělesné doteky ji nevadí nikde na těle, má ráda hlazení a masáž zad, byla zvyklá na každodenní večerní hygienu, na lůžku upřednostňovala polohu na pravém boku s flektovanými končetinami, příkrývka pod bradu

vestibulární a vibrační anamnéza

klientka pracovala nejdříve jako švadlena, později v zemědělství v rostlinné výrobě; sedavý charakter práce vystřídal pohyb na kolenou nebo v předklonu; sportovní aktivitě se klientka nikdy nevěnovala, v posledních letech trávených doma sedávala na lavičce před domem společně se svým psem; měsíce pobytu v léčebně trávil na lůžku, případně byla posazena do vozíku, poslední týdny pouze na lůžku

auditivní anamnéza

klientka má výrazný sluchový deficit; na klientku je nutné hovořit z pravé strany, jinak nereaguje; naslouchadlo do levého ucha nemá klientka u sebe; rozhovor s klientkou momentálně nelze provést; klientka bývala velmi společenská a komunikativní

orální anamnéza

klientka nemá zubní protézu, podávaná strava musí být upravena (mix); k oblíbeným jídlům patřil řízek a bramborový salát, sladké moučníky; oblíbený nápoj minerálka

olfaktorická anamnéza

klientka nemá vyhraněné vůně

optická anamnéza

klientka používala brýle na čtení, jinak žádná významná porucha vizu; k předmětům, které mívala na dohled, patřily hodiny, fotografie rodiny, květiny; denně četla denní tisk, sledovala fotbalová utkání v televizi; čas trávila ve společnosti svého psa

taktilně-haptická anamnéza

klientka byla zvyklá manipulovat s látkami, šicími potřebami, šicím strojem; později pracovala se zeminou, nářadím, rostlinami; významným dotekovým stimulem byla srst milovaného pejska

Posouzení okolí lůžka klientky

Klientka je ubytována na dvoulůžkovém pokoji. Polohovatelné lůžko s postranicemi je umístěné pod oknem směřovaným na jihovýchod. Stěny pokoje mají bledě zelenou barvu, strop je bílý. Záclony barvy bílé kávy bez vzoru a béžové závěsy doplňují interiér. Lůžkoviny bledě žluté barvy s nenápadným vzorem. Na nočním stolku leží v košíku předměty pro ošetrovatelskou péči, hrnek, lahev s pitím. Z lůžka je vidět stůl s dečkou a květinou, polstrovaná křesílka, police s kosmetickými přípravky. Na zdi visí hodiny. Spolubydlící je paní vysokého věku, imobilní, verbálně komunikující, opouštějící lůžko a pokoj na celé dopoledne.

Závěr z vyšetření

Klientka s výraznou poruchou kognitivních a motorických funkcí, ohrožena imobilizačním syndromem a sociální izolací.

4.1.2 Krátkodobý terapeutický plán (3 měsíce)

Cíl I: nastavením vhodné kinezioterapie s prvky konceptu Bazální stimulace zamezit vzniku imobilizačního syndromu

Cíl II: obnovou senzoryckých a motorických funkcí docílit pohybové aktivace klientky

metodika:

- vybavení okolí lůžka vhodnými stimulačními předměty (viz biografická anamnéza)
- navázání kontaktu s klientkou – nastavení iniciální doteku
- somatická zklidňující masáž horních a dolních končetin doprovázená auditivní stimulací
- masáž stimulující dýchání
- centrace a aproximace kořenových kloubů
- pasivní pohyby horních a dolních končetin na lůžku
- pasivně prováděné rotační pohyby pletence ramenního a pánve (Bobath koncept)
- nácvik pohybu po lůžku – pasivní přetáčení na bok
- vestibulární stimulace pomocí zvedacího zařízení
- přesun klientky do polohovacího křesla a postupná vertikalizace v křesle do sedu se spuštěnými bérce
- prodlužování doby pobytu mimo lůžko
- sociální integrace klientky pobyttem mezi vrstevníky

4.1.3 Průběh terapie

Průběh terapie 1. – 3. týden

Metodika:

- navázání kontaktu s klientkou – zavedení iniciálního doteku
- optická stimulace - úprava a doplnění okolí lůžka klientky stimulačními předměty vycházejícími z biografie klientky
- verbálně doprovázená somatická zklidňující masáž horních a dolních končetin
- masáž stimulující dýchání

- korekční polohování pravé dolní končetiny do extenze v kyčelním a kolenním kloubu
- centrace a aproximace kořenových kloubů
- pasivní pohyb v kloubech horních a dolních končetin
- pasivní pohyb do rotace v pletenci ramenním (Bobath koncept)
- pasivní pohyb do rotace a lateroflexe pánve (Bobath koncept)
- pasivní pohyb do rotace dolního a horního trupu (Bobath koncept)
- vestibulární stimulace při přesunu klientky z lůžka pomocí zvedacího zařízení
- pasivní vertikalizace do sedu v polohovacím křesle
- sociální integrace – pobyt mezi vrstevníky

Klientce jsem zavedla iniciální dotek. Vzhledem k přímému přístupu k lůžku z levé strany a skutečnosti, že klientka bývá přikryta po krk, jsem jako iniciální dotek zvolila dotek na levé rameno, se současným oslovením klientky příjmením (Příloha č. 7). Z pozorování bylo zjištěno, že klientka na své příjmení reaguje. Ceduli s označením iniciálního doteku jsem umístila na stěnu u lůžka klientky, aby jej personál využíval před započatím a ukončením každé činnosti. Na základě informací z biografické anamnézy jsem vybavila okolí lůžka vhodnými předměty k optické stimulaci (Příloha č. 6). Na okenní parapet jsem umístila květinu, obrázek pejska, kalendář s fotografiemi pravnoučat. Nad lůžko nainstalovala svěže zelený baldachýn ve tvaru listu, ze kterého se do prostoru snášejí barevná kvítka. Na nočním stolku našly své místo plyšový medvídek a králík.

Každý den (pondělí až pátek) ve stejnou hodinu jsem přicházela ke klientce, postavila se do jejího zorného pole, provedla iniciální dotek s oslovením. Po té jsem začala se zklidňující somatickou stimulací horních končetin. Klientka při stimulaci zůstávala oblečená do trička a tříčtvrtečních sportovních kalhot. Stimulaci jsem prováděla svými rukama bez použití jakýchkoliv pomůcek a za verbálního doprovodu, kdy jsem slovně označila místo mírného stisku (klouby). Končetinu jsem stimulovala vždy od ramene ke konečkům prstů. Stejný postup jsem uplatnila při stimulaci dolních končetin. Následovala masáž stimulující dýchání. Klientku jsem informovala o činnosti, která bude následovat. Přetočila jsem ji na pravý bok, zajistila pohodlný a stabilní leh, obnažila záda. Masáž stimulující dýchání (Příloha č. 8) jsem prováděla pomocí naneseného tělového mléka v rytmu dýchání klientky. Po ukončení stimulace bylo patrné celkové uvolnění klientky a bylo možné přistoupit k pasivně prováděnému cvičení.

Vertikalizaci klientky jsem začala již vestibulární stimulací na lůžku při nácviu přetáčení a pokračovala houpavými pohyby v závěsu zvedacího zařízení, pomocí kterého jsem klientku přesunula z lůžka do polohovacího křesla. Křeslo umožňovalo šetrnou vertikalizaci do sedu se spuštěnými bércei. Plosky nohou byly vždy podloženy tak, aby byla zajištěna opora. Pobyt mimo lůžko jsem postupně prodlužovala.

Během pobytu na lůžku byla klientka personálem polohována po třech hodinách, do rukou byl vkládán stimulační předmět, nejčastěji plyšový medvídek.

Shrnutí: pravidelné používání prvků bazální stimulace umožnilo během týdne navázat kontakt s klientkou. Klientka byla po stimulaci uvolněná, udržovala oční kontakt, nebránila se cvičení. Ke konci třetího týdne se objevily první verbální projevy, klientka reagovala na masáž stimulující dýchání slovy „to bylo příjemné“. Dle slov pečujícího personálu se zlepšila manipulace s klientkou při provádění hygieny a převlékání prádla. Po třech týdnech terapie byla klientka schopna sedu v polohovacím křesle, sledovala okolí, na příchozí osoby reagovala úsměvem.

Průběh terapie 4. – 6. týden

Metodika vycházela z metodiky pro předchozí týdny a doplnila jsem:

- informace o prováděné činnosti
- asistovaný pohyb horních a dolních končetin
- asistovaný pohyb do rotace dolního a horního trupu
- nácvik aktivního pohybu za stimulem
- pasivní sed s prodlužování doby sedu
- asistovaná činnost v poloze sedu

Kinezioterapii jsem i nadále začínala iniciálním dotekem, oslovením a popisem činnosti, která bude následovat. Z prvků bazální stimulace jsem zařazovala somatickou zklidňující masáž horních i dolních končetin, avšak v kratším časovém rozsahu a masáž stimulující dýchání. Klientka začala reagovat na slovní povely, z pasivního cvičení jsem postupně přešla na aktivní s asistencí. Ke konci 6. týdne bylo patné zvětšení rozsahu pohybu v kořenových kloubech. Klientka reagovala bolestivě na pohyb v pravém ramenním a kolenním kloubu pouze ojediněle, zřejmě v souvislosti se změnou počasí. Klientka s dopomocí zvládla přetočení na pravý bok. Po nabízeném předmětu (medvídek)

vztáhla ruku a provedla úchop. Byla schopna předávat si předmět z ruky do ruky, položit ho k sobě na peřinu.

Do polohovacího křesla jsem klientku posazovala pomocí zvedacího zařízení. Pobyt v polohovacím křesle se prodloužil na celé čtyři hodiny, které klientka trávila ve společnosti svých vrstevníků. Pozitivně reagovala na personál, usmívala se a stále více se projevovala verbálně, používala jednoduché věty. Odpovídala na pozdrav, reagovala na dotazy, byla schopna sama položit otázku. Rodina přinesla naslouchadlo, které významně komunikaci s klientkou zlepšilo.

V poloze sedu jsem společně s klientkou prováděla asistovanou činnost (česání). Klientce jsem do ruky vložila hřeben a vedla její paži do požadovaného pohybu. Postupně jsem zařadila asistovaný nácvik sebesycení.

Shrnutí: klientka reagovala do té míry, že bylo možné při cvičení přejít na aktivní cvičení s asistencí. Zlepšily se rozsahy pohybu v kořenových kloubech, ustoupila bolest v pravém kolenním a ramenním kloubu. Klientka byla schopna aktivního pohybu ve smyslu úchopu, předávání předmětů z ruky do ruky. Zlepšil se verbální projev klientky, bylo možné vést rozhovor. Pobyt v polohovacím křesle se prodloužil na čtyři hodiny.

Průběh terapie 7. – 9. týden

Metodika vycházela z metodiky pro předchozí týdny a doplnila jsem:

- aktivní pohyb horních a dolních končetin
- nácvik jemné motoriky
- nácvik pohybu po lůžku
- nácvik denních činností

Před kinezioterapií jsem vždy provedla iniciální dotek, oslovení, dotaz na subjektivní pocity a poskytla jsem klientce informaci o další činnosti. Somatickou stimulaci jsem prováděla v případě, kdy bylo patrné, že se klientka plně nesoustředí na cvičení.

Pomocí zvedacího zařízení jsem klientku posazovala do polohovacího křesla. Po posazení jsem klientce podala hřeben a dala pokyn k učešání. Zařadila jsem nácvik sebesycení. Postupně klientka začala samostatně zvládat příjem stravy, původně mixovaná strava mohla být změněna na pouze mleté maso. Chléb, pečivo a koláčky byla schopna po malé úpravě (namazání, překrojení) sníst sama. Začala pít sama z hrnku.

Dopoledne pobývala ve společnosti ostatních klientů domova. Klientka komunikovala ve větách, byla schopna klást otázky, dokázala vést rozhovor.

Shrnutí: somatickou stimulaci jsem prováděla v případě, že se klientka plně nesoustředila na cvičení. Zlepšení motoriky se odrazilo na aktivní účasti při sebesycení a některých úkonech sebeobsluhy. Klientka začala být schopna vést rozhovor s druhou osobou. Pobyt mimo lůžko se prodloužil na pět hodin.

Průběh terapie 10. – 12. týden

Metodika vycházela z metodiky pro předchozí týdny a doplnila jsem:

- dotaz na subjektivní pocity
- aktivní pohyb horních, dolních končetin a trupu

Kinezioterapii jsem vždy začínala iniciálním dotekem, oslovením, dotazem na subjektivní pocity a informací o další činnosti. Při aktivním cvičení se projevovaly poruchy soustředění, bylo nutné snížit počet opakování cviku, zařazovat pauzy. Do křesla jsem klientku posazovala pomocí zvedacího zařízení. Vsedě prováděla aktivní pohyb horních končetin, nejčastěji jako nácvik sebeobsluhy (česání, spolupráce při oblékání svetru).

Klientka pobývala dopoledne ve skupině vrstevníků, čile komunikovala. Bez problémů byla schopna sebesycení vhodně připravenou stravou. Zvládala vyndání pečiva ze sáčku, rozbalení perníčku z obalu. Dokázala manipulovat i s drobnými předměty, listovat časopisem. Z ciferníku hodin byla schopna odečíst čas, ale nedokázala se orientovat v denní době.

Na lůžku se sama pohybovala (přetáčení), většinou však volila přetočení na pravý bok, z toho důvodu byla i nadále polohována ošetřujícím personálem.

Shrnutí: výrazně se zlepšila motorika, klientka byla schopna v omezené míře aktivního pohybu horních a dolních končetin i vsedě. Objevily se první verbální odmítavé reakce klientky aktivně cvičit. Řešením bylo zařazování většího množství pohybů vycházejících z denních činností nebo manipulace s předměty související s biografií klientky. Zlepšila se jemná motorika, klientka zvládala manipulaci s drobnými předměty, některé úkony sebeobsluhy. Došlo ke zlepšení verbálního projevu, klientka byla schopna sama klást otázky, odpovídat ve větách.

4.1.4 Výstupní vyšetření po 3. měsíci

Subjektivní hodnocení

klientka se cítí dobře, neudává žádnou bolest

Objektivní hodnocení

klientka imobilní, přesun do polohovacího křesla pomocí zvedacího zařízení; inkontinentní; verbálně komunikující; sluchový deficit kompenzovaný naslouchadlem v levém uchu; dezorientována místem, časem, osobou a situací; v omezené míře spolupracující, schopna krátkodobého soustředění

tepová frekvence 70/min, dechová frekvence 15/min, tlak krve 120/75 mmHg

Vyšetření aspektů

klientka v supinační poloze na lůžku, klouby bez otoků a barevných změn, hlava v ose, oči otevřené, mimické svaly uvolněné, paže volně vedle trupu, loketní klouby v extenzi, falangy v abdukci, horní typ dýchání, pravá dolní končetina v zevně rotačním a neúplně extenčním postavení v kyčelním kloubu, levý kyčelní kloub ve vnitřně rotačním a extenčním postavení, pravý kolenní kloub v neúplné extenzi, hlezenní klouby v nulovém postavení

Orientační neurologické vyšetření

- klientka udržuje oční kontakt; verbálně komunikuje, používá věty, formuluje otázky, dokáže pojmenovat předměty, identifikovat předmět z nabízené skupiny, je schopna odečíst z hodin aktuální čas
- obličej souměrný, bez poruchy polykání
- paretické jevy: na horních končetinách – Mingazzini (vsedě) s oscilacemi obou končetin; na dolních končetinách - neprovede
- spastické jevy: Juster, Trömner negativní; Babinský, Chaddock, Rossolimo negativní
- myotatické reflexy: bicipitový reflex, reflex flexorů prstů přiměřené, symetrické; patelární reflex, reflex Achillovy šlachy přiměřené, symetrické
- taxy: není možné vyšetřit
- diadochokineze: není možné vyšetřit

- čítí: pozitivní reakce klientky na dotyk, teplo, chlad

MMSE: 2 body – těžká kognitivní porucha

Test hodin: neprovede

Vyšetření motoriky

při vyšetřování rozsahů pohybů jsem vycházela z fyziologického rozsahu pohybu v daném segmentu

aktivní hybnost (vleže na lůžku):

- levá horní končetina – provede pohyb do flexe v ramenním kloubu v plném rozsahu, pohyb do abdukce v ramenním kloubu do 1/2 rozsahu pohybu, zevní rotaci provede do 2/3 rozsahu pohybu, vnitřní rotaci do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do flexe a extenze v loketním kloubu provede v plném rozsahu, aktivně provede pohyb do dorzální a palmární flexe v zápěstí
- pravá horní končetina – provede pohyb do flexe v ramenním kloubu do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do abdukce v ramenním kloubu do 1/2 rozsahu pohybu, zevní rotaci provede do 1/2 rozsahu pohybu, vnitřní rotaci do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb v loketním kloubu provede s plným rozsahem pohybu, aktivně provede pohyb do dorzální a palmární flexe v zápěstí
- levá dolní končetina – aktivně provede pohyb do flexe v kyčelním kloubu souběžně s levou dolní končetinou do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do extenze úplný, rotace sama neprovede, pohyb do flexe v kolenním kloubu provede do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do extenze úplný, aktivní pohyb do dorzální a plantární flexe v hlezenním kloubu v 1/3 rozsahu pohybu
- pravá dolní končetina – aktivně provede pohyb do flexe v kyčelním kloubu souběžně s levou dolní končetinou do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do extenze není úplný, rotace sama neprovede, pohyb do flexe v kolenním kloubu provede do 1/2 rozsahu pohybu, pohyb do extenze není úplný, aktivní pohyb do dorzální a plantární flexe v hlezenním kloubu v 1/3 rozsahu pohybu

pasivní hybnost (vleže na lůžku):

- levá horní končetina – zlepšen pohyb v ramenním kloubu, pohyb do flexe volný v plném rozsahu, zlepšení pohybu do rotací, zevní rotace volná do 2/3 rozsahu pohybu, vnitřní rotace do 2/3 rozsahu pohybu

- pravá horní končetina – zlepšen pohyb v ramenním kloubu, pohyb do flexe volný lehce nad 2/3 rozsahu pohybu, zlepšení pohybu do rotací, zevní rotace volná lehce nad 1/2 rozsahu pohybu, vnitřní rotace do 2/3 rozsahu pohybu
- levá dolní končetina – zlepšen pohyb v kyčelním kloubu, pohyb do zevní rotace možný v rozsahu 1/3 rozsahu pohybu; zlepšen pohyb v hlezenním kloubu, pohyb do dorzální a plantární flexe v hlezenním kloubu volný lehce nad 1/3 rozsahu pohybu
- pravá dolní končetina – zlepšen pohyb v kyčelním kloubu, pohyb do flexe možný do 2/3 rozsahu pohybu, plné extenze lze dosáhnout, zevní rotace možná do 1/3 rozsahu pohybu; zlepšen pohyb v kolenním kloubu, pohyb do flexe volný do 2/3 rozsahu pohybu, plné extenze nelze dosáhnout (kontraktura); zlepšen pohyb v hlezenním kloubu, pohyb do dorzální a plantární flexe volný lehce nad 1/3 rozsahu pohybu

Orientační vyšetření svalové síly

- horní končetiny - vleže na lůžku klientka zvládne sama pohyb v rozsahu aktivní hybnosti, vsedě zvládne sama pohyb potřebný k provedení běžné denní činnosti (česání, příjem stravy a tekutin); provede stisk ruky, oboustranně symetrický
- dolní končetiny - vleže na lůžku klientka zvládne sama pohyb v rozsahu aktivní hybnosti, vsedě pohyb sama neprovede
- *funkční testy ruky:*
jemný úchop (štípec, laterální úchop), silový úchop (uchopení koule, válce)
pravá ruka – pozitivní
levá ruka - pozitivní

Celková mobilita a soběstačnost

Barthelův test ADL (příloha č. 4): 15 bodů - vysoce závislá na péči

klientka zvládá pohyb na lůžku (přetočení na bok), neprovede sed, při posazení do křesla s opěrkou zad sed stabilní; je sama schopna příjmu stravy a tekutin, strava upravena (mleté maso); zvládá česání, pomůže při oblékání; hygienu, převlékání a výměnu inkontinentních pomůcek zajišťuje ošetřující personál

4.1.5 Zhodnocení terapie

Krátkodobý terapeutický plán byl nastaven s cílem zamezit vzniku imobilizačního syndromu a docílit aktivace klientky s ohledem na její mentální stav. Prvky konceptu Bazální stimulace umožnily najít vhodný komunikační kanál k navázání kontaktu s klientkou a zajistily bezproblémové provádění pohybové terapie. Důkazem dobře nastaveného plánu byl stabilní zdravotní stav klientky po celou dobu terapie a zlepšení motorických i sensorických funkcí na jejím konci. Klientka po třech měsících terapie byla schopna aktivní činnosti v některých úkonech sebeobsluhy, dosáhla významného posunu ve verbální komunikaci. Z pozorování a z rozhovorů s rodinnými příslušníky vyplynulo, že pobyt mimo lůžko ve společnosti vrstevníků výrazně zlepšil kvalitu života seniorky. Oba cíle bylo možné považovat za splněné.

4.1.6 Dlouhodobý terapeutický plán

Cíl I: zvýšení svalové síly

Cíl II: aktivace kognitivních funkcí

metodika:

- aktivní (asistovaný) pohyb horních, dolních končetin, trupu vleže na lůžku
- aktivní (asistovaný) pohyb horních a dolních končetin vsedě
- nácvik běžných denních činností
- nácvik aktivního sedu
- sed ve vozíku s možností pobytu mimo vnitřní prostory domu (zahrada, město)
- reminiscenční terapie
- animoterapie

4.2 Kazuistika II

4.2.1 Vstupní vyšetření

Anamnéza

zdroj informací: propouštěcí lékařská zpráva z LDN

žena, ročník 1923, vdova, 2 děti, kuřák do 70 let, dominantní pravá horní končetina

osobní anamnéza: ischemická choroba srdeční
stav po infarktu myokardu
hypothyreóza
polyartróza
osteoporóza
erysipel levého bérce
perthrochanterická fraktura l.sin (stav po osteosyntéze v 1/2013)

rodinná anamnéza: matka CMP, otec ca plic

pracovní anamnéza: nyní starobní důchod, v produktivním věku práce v kanceláři

sociální anamnéza: pobyt v léčebně dlouhodobě nemocných v řádu měsíců; před hospitalizací pobyt v domě s pečovatelskou službou; nyní nástup do domova pro seniory, jednolůžkový pokoj

farmakologická anamnéza: Euthyrox, Vasocardin, Indometacin, Godasal, Tiapridal

alergická anamnéza: bez zjištěné alergie

Objektivní stav

klientka imobilní, ležící, inkontinentní, s omezenou verbální komunikací, tepová frekvence 70/min, dechová frekvence 14/min, tlak krve 116/60 mmHg

Vyšetření aspektů

astenická klientka v supinační poloze na lůžku, atrofie svalů horních i dolních končetin, klouby bez otoků a barevných změn, hlava v ose, oči otevřené, vnitřně rotační a addukční postavení ramenních kloubů, semiflekční držení v loketních kloubech, falangy v addukci a extenzi, horní typ dýchání, dolní končetiny ve flekčním a addukčním postavení v kyčelních

kloubech, v oblasti velkého trochanteru levého kyčelního kloubu volná jizva 10 cm dlouhá, ve flekčním postavení v kolenních kloubech, dolní trup s končetinami rotován vlevo, hlezenní klouby v nulovém postavení

Orientační neurologické vyšetření

- klientka udržuje oční kontakt, omezeně verbálně komunikuje; dezorientována osobou, místem, časem, situací
- paretické jevy: na horních končetinách Mingazzini s výraznými oscilacemi obou končetin, na dolních končetinách nelze vyšetřit
- spastické jevy: Juster, Trömner negativní; Babinský, Rossolimo negativní
- myotatické reflexy: bicipitový reflex, reflex flexorů prstů přiměřené, symetrické; patelární reflex přiměřený, symetrický
- taxi, diadochokinezi nelze vyšetřit
- čítí: dotyk, teplo, chlad - pozitivní reakce na horních i dolních končetinách

MMSE: 0 bodů – těžká kognitivní porucha

Test hodin: nelze provést

Vyšetření motoriky (vyšetření vleže)

při vyšetřování rozsahů pohybů jsem vycházela z fyziologického rozsahu pohybu v daném segmentu

aktivní hybnost:

- levá horní končetina - pohyb do flexe v ramenním kloubu provede do 1/2 rozsahu pohybu, pohyb do abdukce sama neprovede, pohyb do zevní a vnitřní rotace sama neprovede, pohyb do flexe v loketním kloubu v plném rozsahu, neprovede pohyb do plné extenze, pohyb v zápěstí a drobných kloubech ruky v plném rozsahu
- pravá horní končetina – pohyb do flexe v ramenním kloubu provede do 1/2 rozsahu pohybu, pohyb do abdukce sama neprovede, pohyb do zevní a vnitřní rotace sama neprovede, pohyb do flexe v loketním kloubu v plném rozsahu, neprovede pohyb do plné extenze, pohyb v zápěstí a kloubech ruky v plném rozsahu
- levá dolní končetina – na výzvu klientka aktivní pohyb neprovede
- pravá dolní končetina - na výzvu klientka aktivní pohyb neprovede

pasivní hybnost:

- levá horní končetina - pohyb do flexe v ramenním kloubu možný do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do abdukce se souhybem lopatky možný do 2/3 rozsahu pohybu, zevní rotace a vnitřní rotace do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do flexe v loketním kloubu v plném rozsahu, plné extenze v loketním kloubu lze dosáhnout, pohyb v zápěstí a drobných kloubech ruky v plném rozsahu
- pravá horní končetina – pohyb do flexe v ramenním kloubu možný do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do abdukce se souhybem lopatky do 2/3 rozsahu pohybu, zevní a vnitřní rotace možná do 2/3 rozsahu pohybu; pohyb v loketním kloubu v plném rozsahu, lze dosáhnout plné extenze; pohyb v zápěstí a kloubech ruky v plném rozsahu pohybu
- levá dolní končetina - rozsah pohybu do flexe v kyčelním kloubu volný do 2/3 rozsahu pohybu, nulové extenze nelze dosáhnout, pohyb do vnitřní rotace možný do 1/3 rozsahu pohybu, zevní rotace do 1/2 rozsahu pohybu; pohyb v kolenním kloubu ovlivněn jeho flekční kontrakturou, pohyb do flexe v téměř plném rozsahu, extenzi nelze provést, bolest při pohybu do extenze; pohyb v hlezenním kloubu možný do 1/3 rozsahu pohybu všemi směry
- pravá dolní končetina – rozsah pohybu do flexe v kyčelním kloubu volný do 2/3 rozsahu pohybu, nulové extenze nelze dosáhnout, pohyb do vnitřní rotace možný do 1/3 rozsahu pohybu, pohyb do zevní rotace do 1/3 rozsahu pohybu; pohyb v kolenním kloubu ovlivněn jeho flekční kontrakturou, pohyb do flexe v plném rozsahu, pohyb do extenze nelze provést pro flekční kontrakturu a bolest, pohyb v hlezenním kloubu možný do 1/3 rozsahu pohybu všemi směry

Orientační hodnocení svalové síly

- horní končetiny – vleže na lůžku klientka zvládne sama pohyb v rozsahu aktivní hybnosti, stisk rukou symetrický, slabý
- dolní končetiny - vleže na lůžku zvládne s dopomocí pohyb do flexe v kyčelním kloubu

funkční testy ruky:

jemný úchop (štípec, špetka, laterální úchop), silový úchop (uchopení koule, válce)
pravá i levá ruka – problém s jemnými úchopy, nedostatečná koordinace prstů

Celková mobilita a soběstačnost

Barthelův test ADL: 0 bodů – vysoce závislá na péči

klientka neprovede pohyb na lůžku (přetočení na bok), neprovede sed, příjem stravy a tekutin zajišťuje personál; hygienu, převlékání a výměnu inkontinentních pomůcek zajišťuje ošetřující personál

Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace

zdroj informací: dotazník vyplněný rodinnými příslušníky

somatická anamnéza

klientka má dominantní pravou horní končetinu, tělesné doteky ji nevadí nikde na těle, byla zvyklá na každodenní večerní hygienu, používala kvalitní kosmetiku, na lůžku upřednostňovala polohu na zádech, příkrývka po ramena, oblíbený polštář pod hlavu

vestibulární a vibrační anamnéza

klientka pracovala v kanceláři; sportovní aktivitě se klientka nikdy nevěnovala, upřednostňovala procházky; chodila pozdě spát, ráno si ráda přispala; před nástupem do domova pro seniory pobyt na lůžku v léčebně dlouhodobě nemocných

auditivní anamnéza

klientka nemá problémy se sluchem; poslouchala hudbu – oblíbená dechovka, Simonová, Gott; klientka bývala velmi společenská a komunikativní

orální anamnéza

klientka nepoužívá zubní protézu, podávaná strava musí být upravena (mix); k oblíbeným jídlům patřila rajská omáčka, španělský ptáček; sladké moučnický; oblíbený nápoj káva, čaj, pivo

olfaktorická anamnéza

klientka má ráda květinové vůně, vůni kokosu; byla dlouhá léta kuřačka cigaret

optická anamnéza

klientka používala brýle na dálku; k předmětům, které mívala na dohled, patřily hodiny, fotografie rodiny, květiny; četla knihy, časopisy o módě; v televizi sledovala zprávy, romantické filmy; má ráda dostatek světla v místnosti; vždy se velmi elegantně oblékala a oblečení barevně ladilo

taktilně-haptická anamnéza

klientka byla zvyklá manipulovat s papíry a šanony; jako kuřačka byla zvyklá držet cigaretu a popíjet kávu

Posouzení okolí lůžka klientky

Klientka je ubytována na jednolůžkovém pokoji. Polohovatelné lůžko s postranicemi je umístěné naproti oknu situovanému na jihozápad. Stěny pokoje mají bledě zelenou barvu, strop je bílý. Záclony béžové barvy bez vzoru a béžové závěsy. Lůžkoviny bledě žluté barvy s nenápadným vzorem. Na nočním stolku leží v košíku předměty pro ošetrovatelskou péči, hrnek. Z lůžka je vidět stůl s květinou, polstrovaná křesílka, nízká nábytková stěna.

Závěr z vyšetření

Klientka s výraznou poruchou kognitivních funkcí, omezenou hybností, výskytem flekčních kontraktur kloubů dolních končetin, ohrožena imobilizačním syndromem a sociální izolací.

4.2.2 Krátkodobý terapeutický plán (3 měsíce)

Cíl I: nastavením vhodné kinezioterapie s prvky konceptu Bazální stimulace zamezit vzniku imobilizačního syndromu

Cíl II: docílit uvolnění kloubní pohyblivosti a zvýšení svalové síly

Cíl III: dosáhnout maximálně možné úrovně soběstačnosti v některých úkonech denních činností

metodika:

- vybavení okolí lůžka vhodnými stimulačními předměty (viz biografická anamnéza)
- somatická zklidňující masáž dolních končetin doprovázená auditivní stimulací
- masáž stimulující dýchání
- korekční polohování kolenních kloubů
- centrace a aproximace kořenových kloubů
- asistovaný pohyb horních končetin
- asistované rotační pohyby pletence ramenního (Bobath koncept)
- nácvik jemné motoriky
- pasivní pohyb dolních končetin
- pasivně pohyb pánve do rotace, lateroflexe (Bobath koncept)

- nácvik pohybu po lůžku – pasivní přetáčení na bok (Bobath koncept)
- vestibulární stimulace pomocí zvedacího zařízení
- přesun klientky do polohovacího křesla a postupná vertikalizace v křesle do sedu se spuštěnými bérce
- prodlužování doby pobytu mimo lůžko
- polohování v sedu – poloha hnízdo
- nácvik základních denních činností
- sociální integrace klientky pobyttem mezi vrstevníky

4.2.3 Průběh terapie

Průběh terapie 1. – 3. týden

Metodika:

- optická stimulace - úprava a doplnění okolí lůžka klientky stimulačními předměty vycházejícími z biografie klientky
- korekční polohování dolních končetin do extenze v kolenním kloubu (20 min)
- poskytnutí informace potřebné k orientaci v denní době, čase a situaci
- masáž stimulující dýchání
- verbálně doprovázená somatická zklidňující masáž dolních končetin
- centrace a aproximace kořenových kloubů
- asistovaný pohyb v kloubech horních končetin
- asistovaný pohyb do rotace v pletenci ramenním (Bobath koncept)
- pasivní pohyb v kloubech dolních končetin
- pasivní pohyb do rotace a lateroflexe pánve (Bobath koncept)
- vestibulární stimulace při přesunu klientky z lůžka pomocí zvedacího zařízení
- pasivní vertikalizace do sedu v polohovacím křesle
- polohování v sedu – částečné zapolohování do polohy hnízdo
- sociální integrace – pobyt mezi vrstevníky

Na základě informací z biografické anamnézy jsem upravila okolí lůžka (Příloha č. 9). Na stěnu vedle lůžka jsem nechala pověsit zarámované fotografie pravnoučat a dalších

rodinných příslušníků. Do zorného pole klientky jsem umístila jednoduchý kalendář informující o dni v týdnu a hodiny. Rodina přinesla další předměty vhodné k optické stimulaci – oblíbený šálek na kávu, několik barevných polštářků, květiny. Vše bylo umístěno tak, aby z každé polohy na lůžku byly předměty na dohled.

Klientka bez problémů reagovala na oslovení příjmením. Vzhledem k výrazné dezorientaci klientky bylo nezbytné poskytnout informaci o denní době a činnosti, která bude následovat. Cvičení byla časově nastavena tak, aby probíhala vždy ve stejnou denní dobu. Masáž stimulující dýchání prohloubila nádech a navodila celkové zklidnění klientky.

Zvýšené napětí flexorů kolenních kloubů, flekční kontraktury a bolest výrazně omezovaly pohyb. Před cvičením dolních končetin jsem proto opakovaně aplikovala somatickou zklidňující stimulaci s mírným chvějivým pohybem od kyčelního kloubu po konečky prstů. Po té následoval opakovaný pasivní pohyb v kyčelním a kolenním kloubu s následným zapolohováním do extenze s využitím gravitace. Po třech týdnech bylo patrné uvolnění svalového napětí flexorů kolenního kloubu, především na levé dolní končetině.

Vestibulární stimulaci jsem prováděla pomocí zvedacího zařízení (Příloha č. 10). Klientku ležící v závěsu jsem pomalu vertikalizovala do sedu, následovaly jemné houpavé pohyby. Po té jsem klientku posadila do polohovacího křesla. Kolem jejího trupu jsem umístila polohovací vak tak, aby podkládal horní končetiny od ramen po konečky prstů a zajišťoval polohu končetin v lehké abdukci a flexi v ramenních kloubech a zároveň klientce poskytoval pocit bezpečí (Příloha č. 11). Sed v křesle byl postupně prodlužován a klientka mohla pobývat ve společnosti ostatních klientů domova. Během pobytu na lůžku byla klientka pravidelně polohována po třech hodinách ošetřujícím personálem.

Shrnutí: po třech týdnech terapie došlo k uvolnění svalového napětí flexorů kolenních kloubů. Pasivně bylo možné zvětšit extenzi v kyčelních a kolenních kloubech. Klientka byla schopna sedu v polohovacím křesle. Zlepšila se verbální komunikace, klientka odpovídala ve větách.

Průběh terapie 4. – 6. týden

Metodika vycházela z metodiky pro předchozí týdny a doplnila jsem:

- aktivní pohyb v kloubech horních končetin
- asistovaný pohyb v kloubech dolních končetin
- asistovaný pohyb pánve do rotace, lateroflexe (Bobath koncept)

- asistovaný pohyb horního a dolního trupu do rotace (Bobath koncept)
- pasivní sed s prodlužování doby sedu
- asistovaný nácvik denních činností

Kinezioterapie probíhala opět každý den ve stejnou dobu. Klientku jsem oslovila, zeptala se na subjektivní pocity, pochválila oblečení a poskytla informace potřebné k orientaci v čase a situaci. V průběhu čtvrtého týdne jsem stále prováděla masáž stimuluje dýchání, v dalších týdnech již bylo možné s klientkou procvičovat dýchání v rámci aktivního cvičení horních končetin. Cvičení dolních končetin jsem vždy začínala somatickou zklidňující masáží s jemným chvějivým stiskem v oblasti kloubů a protažením flexorů kolenních kloubů. Klientka začala při cvičení velmi aktivně spolupracovat.

Vertikalizaci do sedu se spuštěnými bérce jsem prováděla stále pomocí zvedacího zařízení. Sed v křesle byl stabilní. Délka pobytu v poloze sed se prodloužila na pět hodin. V sedu jsem začala s klientkou s asistovaným nácvikem denních činností - česání, oblékání svetru, použití kapesníku, pití, sebesycení. Některé úkony velmi brzy zvládala samostatně.

Každodenní pobyt ve společnosti klientce velmi prospíval. Velmi čile komunikovala, zajímala se o okolí. Během pobytu na lůžku byla klientka i nadále pravidelně polohována.

Shrnutí: na konci šestého týdne klientka aktivně spolupracovala při cvičení. Zvládala aktivní pohyb horních končetin spojený s dýcháním. Zlepšila se pasivní hybnost v kloubech dolních končetin, flekční postavení v kolenních kloubech se změnilo na semiflekční. Klientka zvládala samostatně některé úkony sebeobsluhy.

Průběh terapie 7. – 9. týden

Metodika vycházela z metodiky pro předchozí týdny a doplnila jsem:

- dotaz na subjektivní pocity, pochvala oblečení
- nácvik pohybu po lůžku – přetáčení na bok
- nácvik denních činností
- nácvik jemné motoriky

Cvičení na lůžku probíhala každý den ve stejnou dobu. Klientku jsem vždy informovala o dnu v týdnu, denní době, zeptala se na subjektivní pocity a pochválila oblečení, což paní vždy viditelně potěšilo. Poskytla jsem informaci o činnosti, která bude následovat.

Před cvičením dolních končetin jsem provedla somatickou zklidňující stimulaci po celé délce končetiny, klientka se pak lépe soustředila na danou končetinu a aktivně spolupracovala při pohybu do extenze v kyčelním a kolenním kloubu. Přestože jsem docílila maximálně možného uvolnění a protažení flexorů kolenního kloubu, plné extenze nebylo možné pasivně dosáhnout. Klientka zvládala samostatně přetáčení na pravý a levý bok. Přesun do křesla jsem i nadále prováděla pomocí zvedacího zařízení. V sedu jsem pokračovala v nácviku denních činností, především v příjmu stravy a tekutin. Mixovaná strava mohla být postupně zrušena a klientka konzumovala běžně upravené jídlo, pouze maso bylo namleté. Příjem tekutin začala zvládat samostatně z hrnku. Procvičovala jsem s klientkou jemnou motoriku formou denních činností nebo s pomocí ergoterapeutických pomůcek.

Dopoledne klientka pobývala ve společnosti vrstevníků, kde velmi živě komunikovala. Během pobytu na lůžku byla preventivně polohována ošetřujícím personálem.

Shrnutí: somatická stimulace dolních končetin přispívala k lepšímu soustředění klientky na cvičení danou končetinou. Klientka se aktivně zapojovala do cvičení dolních končetin, bohužel semiflekční postavení kolenních kloubů se ukázalo jako trvalé. V sedu klientka začala plně zvládat sebeobsluhu při jídle. Celé dopoledne pobývala ve společnosti lidí.

Průběh terapie 10. – 12. týden

Metodika vycházela z metodiky pro předchozí týdny a doplnila jsem:

- aktivní pohyb horních, dolních končetin a trupu

Průběh terapie byl velmi podobný s předchozími týdny. Klientka již měla spojenou moji osobu se cvičením, věděla tedy, jaká činnost bude probíhat. Začala se více zajímat o svůj zevnějšek (dotaz na upravené vlasy, barevné ladění oblečení).

Na dolních končetinách jsem prováděla i nadále somatickou zklidňující masáž s cílem relaxovat svalstvo a dosáhnou lepší koncentrace klientky na cvičení. Přesun do křesla probíhal stále pomocí zvedacího zařízení. V sedu klientka zvládala zcela samostatně příjem stravy a tekutin, česání, aplikaci pleťového krému, s pomocí oblékání svetru, obouvání bot.

Při rozhovorech byla patrná dezorientace, přesto klientka ráda vyprávěla, vzpomínala především na období svého produktivního věku. Stále častěji se účastnila kulturních a společenských akcí v domě. Na pokoji začala v televizi sledovat některé pořady.

Shrnutí: somatickou zklidňující stimulaci jsem prováděla s cílem relaxovat svalstvo dolních končetin a zlepšit soustředění klientky na cvičení. Klientka bez problémů zvládala aktivní pohyb, na pokyn pohyb na lůžku, samostatně základní úkony sebeobsluhy. Více se účastnila společenských a kulturních akcí v domě.

4.2.4 Výstupní vyšetření po 3. měsíci

Subjektivní hodnocení

klientka se cítí dobře, neudává žádnou bolest

Objektivní hodnocení

klientka imobilní, inkontinentní, udržující oční kontakt, verbálně komunikující; přesun do křesla pomocí zvedacího zařízení; spolupracující; tepová frekvence 70/min, dechová frekvence 15/min, tlak krve 120/65 mmHg

Vyšetření aspektů

astenická klientka v supinační poloze na lůžku, hlava v ose, oči otevřené, horní končetiny položeny volně vedle trupu ve středním postavení v ramenních a loketních kloubech, falangy volně na lůžku, horní typ dýchání, dolní končetiny v semiflekčním a addukčním postavení v kyčelních kloubech, v semiflekčním postavení v kolenních kloubech, hlezenní klouby v nulovém postavení

Orientační neurologické vyšetření

- klientka verbálně komunikuje; dezorientována časem
- paretické jevy: na horních končetinách Mingazzini s jemnými oscilacemi obou končetin, na dolních končetinách pokles obou končetin po 5 sec
- spastické jevy: Juster, Trömner negativní; Babinský, Rossolimo negativní
- myotatické reflexy: bicipitový reflex, reflex flexorů prstů přiměřené, symetrické; patelární reflex přiměřený
- taxe: na horních končetinách přesná; na dolních končetinách neprovede
- diadochokineze: na horních končetinách bez poruchy rytmicity; na dolních končetinách nevyšetřováno

- čítí: dotyk, teplo, chlad - pozitivní reakce na horních i dolních končetinách

MMSE: 8 bodů – těžká kognitivní porucha

Test hodin: neprovede

Vyšetření motoriky (vyšetření vleže)

při vyšetřování rozsahů pohybů jsem vycházela z fyziologického rozsahu pohybu v daném segmentu

aktivní hybnost:

- levá horní končetina – zlepšen pohyb v ramenním kloubu, pohyb do flexe, abdukce, zevní a vnitřní rotace provede do 2/3 rozsahu pohybu; extenzi v loketním kloubu provede v plném rozsahu pohybu
- pravá horní končetina – zlepšen pohyb v ramenním kloubu, pohyb do flexe, abdukce, zevní a vnitřní rotace provede do 2/3 rozsahu pohybu; extenzi v loketním kloubu provede v plném rozsahu
- levá dolní končetina – pohyb do flexe v kyčelním kloubu provede do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do nulové extenze neprovede, pohyb do abdukce do 1/3 rozsahu pohybu, pohyb do zevní rotace do 1/2 rozsahu pohybu, pohyb do vnitřní rotace provede do 1/2 rozsahu pohybu; pohyb do flexe v kolenním kloubu provede do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do extenze omezen semiflekční kontrakturou, pohyb všemi směry v hlezenním kloubu provede do 1/2 fyziologického rozsahu pohybu
- pravá dolní končetina - pohyb do flexe v kyčelním kloubu provede do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do nulové extenze neprovede, pohyb do abdukce do 1/3 rozsahu pohybu, pohyb do zevní rotace do 1/2 rozsahu pohybu, pohyb do vnitřní rotace provede do 1/3 rozsahu pohybu; pohyb do flexe v kolenním kloubu provede do 2/3 rozsahu pohybu, pohyb do extenze omezen semiflekční kontrakturou, pohyb všemi směry v hlezenním kloubu provede do 1/2 fyziologického rozsahu pohybu

pasivní hybnost:

- levá horní končetina – rozsah pohybu do flexe, abdukce, zevní a vnitřní rotace v ramenním kloubu je shodný s rozsahem aktivní hybnosti
- pravá horní končetina - rozsah pohybu do flexe, abdukce, zevní a vnitřní rotace v ramenním kloubu je shodný s rozsahem aktivní hybnosti
- levá dolní končetina – zlepšen pohyb v kyčelním kloubu, pohyb do flexe možný v plném rozsahu pohybu, pohyb do abdukce možný do 1/2 rozsahu pohybu, nulové

extenze lze dosáhnout; pohyb do extenze v kolenním kloubu omezen semiflekční kontrakturou; zlepšen pohyb v hlezenním kloubu, pohyb možný všemi směry do 2/3 rozsahu pohybu

- pravá dolní končetina – zlepšen pohyb v kyčelním kloubu, pohyb do flexe možný v plném rozsahu pohybu, pohyb do abdukce možný do 1/3 rozsahu pohybu, nulové extenze lze dosáhnout; pohyb do extenze omezen semiflekční kontrakturou; zlepšen pohyb v hlezenním kloubu, pohyb možný všemi směry do 2/3 rozsahu pohybu

Orientační hodnocení svalové síly

- horní končetiny – vleže na lůžku klientka zvládne sama pohyb v rozsahu aktivní hybnosti, stisk rukou symetrický, přiměřený; v sedu zvládne pohyb nad horizontálu
- dolní končetiny - vleže na lůžku zvládne sama pohyb v rozsahu aktivní hybnosti; v sedu zvládne pohyb proti gravitaci v hlezenních kloubech

funkční testy ruky:

jemný i silový úchop zvládne pravou i levou rukou

Celková mobilita a soběstačnost

Barthelův test ADL: 20 bodů – vysoce závislá na péči

klientka na pokyn provede pohyb na lůžku (přetočení na bok), neprovede sed, přesun do polohovacího křesla pomocí zvedacího zařízení, sed stabilní; zvládne sama příjem stravy a tekutin, některé úkony sebeobsluhy, pomůže při oblékání; hygienu a výměnu inkontinentních pomůcek zajišťuje ošetřující personál

4.2.5 Zhodnocení terapie

Krátkodobý terapeutický plán byl nastaven s cílem zamezit vzniku imobilizačního syndromu, zlepšit kloubní pohyblivost, zvýšit svalovou sílu a následně docílit maximálně možné úrovně sebeobsluhy v některých základních denních činnostech. Aplikací prvků konceptu Bazální stimulace jsem dosáhla zklidnění dezorientované klientky, navázala kontakt a navodila pocit důvěry. Somatická stimulace umožnila klientce plně si uvědomovat končetinu a následně lépe spolupracovat při cvičení. V průběhu terapie

nedošlo u klientky k žádným závažným zdravotním komplikacím. Naopak pravidelnou kinezioterapií došlo ke zlepšení rozsahů pohybů v kloubech končetin a zvýšení svalové síly. Po třech měsících terapie byla klientka schopna stabilního pasivního sedu s možností aktivně provádět některé úkony sebeobsluhy. Z pozorování seniorky, z rozhovorů s ní a rodinnými příslušníky vyplynulo, že pobyt ve společnosti ostatních klientů významně zlepšil kvalitu života klientky. Cíle terapie byly splněny.

4.2.6 Dlouhodobý terapeutický plán

Cíl I: zlepšení svalové síly trupového svalstva umožňující aktivní sed

Cíl II: udržení aktivní hybnosti

Cíl III: aktivace kognitivních funkcí

metodický postup:

- nácvik rovnováhy v sedu
- cvičení ve skupině
- sed ve vozíku s možností pobytu mimo vnitřní prostory domu (zahrada, město)
- reminiscenční terapie
- muzikoterapie
- práce s ergoterapeutickými pomůckami

4.3 Kazuistika III

4.3.1 Vstupní vyšetření

Anamnéza

zdroj informací: propouštěcí lékařská zpráva

žena, ročník 1919, vdova, 3 děti, dominantní pravá horní končetina

osobní anamnéza:	CMP s levostrannou symptomatologií nejasného stáří pseudobulbární syndrom hypertenze III. stupně generalizovaná ateroskleróza choledocholithiasa atrofická gastritis katarakta levého oka koxartróza, gonartróza zavedení PEG pro dysfagii (2012) ve 30 letech TBC sluchový deficit
rodinná anamnéza:	nezjištěno
pracovní anamnéza:	nyň starobní důchod, v produktivním věku švadlena
sociální anamnéza:	pobyt v domově pro seniory, dvoulůžkový pokoj; nyň návrat z hospitalizace pro bronchopneumonii
farmakologická anamnéza:	Helicid, Furon, Kalnormin, Salofalk, Prednison
alergická anamnéza:	bez zjištěné alergie

Objektivní stav

klientka imobilní, ležící, inkontinentní, verbálně nekomunikuje, na oslovení nereaguje, tepová frekvence 67/min, dechová frekvence 16/min

Vyšetření aspektů

klientka v supinační poloze na lůžku, klouby bez otoků a barevných změn, hlava v ose s tendencí do retroflexe, oči otevřené, pohyb ústy, vnitřně rotační a addukční postavení ramenních kloubů, flekční držení loketních kloubů, falangy v addukci a ve flexi, obě

končetiny přitisknuty k hrudníku, objevuje se psychomotorický neklid horních končetin, horní typ dýchání, v oblasti žaludku vývod perkutánní endoskopické gastrostomie, dolní končetiny v addukčním a zevně rotačním postavení v kyčelních kloubech, kolenní klouby v extenzi, obě nohy plantární flexi

Orientační neurologické vyšetření

- klientka verbálně nekomunikuje, nenavazuje oční kontakt
- paretické jevy nelze pro nespolupráci vyšetřit
- vyšetření spasticity: na levé horní končetině fenomén sklapovacího nože při pokusu o pohyb v ramenním kloubu do flexe i abdukce, fenomén sklapovacího nože přítomen při pohybu do extenze v loketním kloubu; na pravé horní končetině při pohybu do flexe i abdukce v ramenním kloubu přítomen fenomén sklapovacího nože, stejně tak při pohybu do extenze v loketním kloubu; na dolních končetinách fenomén sklapovacího nože při provádění pohybu do flexe v kolenních a kyčelních kloubech
- spastické jevy: Juster nelze vybavit; Babinský pozitivní bilaterálně
- myotatické reflexy: pro stav klientky nevyšetřovány
- čítí: reaguje na dotyk studeným předmětem

MMSE: 0 bodů – těžká kognitivní porucha

Test hodin: nelze provést

Vyšetření motoriky (vyšetření vleže)

při vyšetřování rozsahů pohybů jsem vycházela z fyziologického rozsahu pohybu v daném segmentu

aktivní hybnost: na pokyn neprovede

pasivní hybnost: při doteku a pokusu o pasivní pohyb dochází ke zvýšení svalového napětí

- levá horní končetina – rozsahy pohybů nelze pro výrazný odpor na počátku pohybu vyšetřit
- pravá horní končetina – končetinou lze provést pouze minimální pohyb do flexe v ramenním kloubu, pohyby v ostatních kloubech nelze pro výrazný počáteční odpor provést
- levá dolní končetina – pohyb z plné extenze do flexe v kyčelním kloubu lze po překonání odporu provést v rozsahu 1/3 rozsahu pohybu, pohyb do flexe

v kolenním kloubu lze po překonání odporu provést v rozsahu 1/3 rozsahu pohybu; pohyby v hlezenních kloubech nelze provést

- pravá dolní končetina – pohyb z nulové extenze do flexe v kyčelním kloubu lze po překonání odporu provést v rozsahu 1/2 rozsahu pohybu, minimální rozsah pohybu do abdukce a zevní rotace v kyčelním kloubu; pohyb z nulové extenze do flexe v kolenním kloubu lze po překonání odporu provést v rozsahu 1/2 rozsahu pohybu; pohyby v hlezenních kloubech nelze provést

Orientační hodnocení svalové síly

orientační vyšetření svalové síly pro stav klientky nelze provést

Celková mobilita a soběstačnost

Barthelův test ADL: 0 bodů - vysoce závislá na péči

klientka neprovede pohyb na lůžku (přetočení na bok), neprovede sed, příjem stravy a tekutin zajišťuje personál; hygienu, převlékání a výměnu inkontinentních pomůcek zajišťuje ošetřující personál

Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace

zdroj informací: dotazník vyplněný rodinnými příslušníky a doplněn informacemi ošetřujícího personálu

somatická anamnéza

klientka má dominantní pravou horní končetinu; byla zvyklá na každodenní večerní hygienu, upřednostňovala spíše teplou vodu; tělesné kontakty na těle nevdává; v mládí se věnovala baletu, později chodila tančit; chodila časně spát, neupřednostňovala polohu na zádech; v pozdějším věku si dopřávala po obědě odpočinek na lůžku; má ráda zakrytí peřinou po ramena, je spíše zimomřivá; je zvyklá mít pod hlavu svůj oblíbený polštářek s motivem zvířátka nebo květiny; nejlépe usíná při tlumeném světle.

vestibulární a vibrační anamnéza

klientka byla v mládí zvyklá na pohyb, na rychlé změny pohybu a orientaci v prostoru (balet); v produktivním věku pracovala jako dámská krejčová; se zhoršující se schopností lokomoce používala kompenzační pomůcky (hůl, chodítka dvoukolové pevné); poslední roky imobilní, přesuny pomocí vozíku, většinu dne pobyt na lůžku

auditivní anamnéza

klientka měla dlouhodobě problémy se sluchem, při rozhovoru s ní bylo nutné mluvit nahlas a správně artikulovat; ráda poslouchala hudbu, oslovovala ji klasická hudba, taneční hudba s výrazným rytmem a lidové písně; mezi oblíbené zvuky patřil zpěv ptáků; ráda vyprávěla, ale i poslouchala; byla velmi společenská

orální anamnéza

klientka používala horní zubní protézu, kterou na noc vyndávala; neměla ráda ostrá jídla a nesnášela bílý jogurt, k nejoblíbenějším pokrmům patřila koprová omáčka a masitá jídla, z nápojů čaj, teplota jídla i nápojů vlažná až teplá; po návratu z hospitalizace je klientka vyživována pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie, zubní protéza se nyní nepoužívá; dutina ústní je pravidelně zvlhčována, několikrát denně je klientce podáno několik lžiček čaje, rty jsou potírány vyživujícím balzámem

olfaktorická anamnéza

klientka nepoužívala deodoranty, toaletní vody ani parfémy; měla ráda vůni česneku a kopru, z květin upřednostňovala vůni růží; v anamnéze nebyl nalezen žádný čichový vjem, na který by klientka výrazně negativně reagovala

optická anamnéza

klientka vidí hůře na levé oko; dioptrické brýle nepoužívala; oblíbenou barvou byla modrá; na dohled vždy měla fotografie rodinných příslušníků a květiny, k nejoblíbenějším patřily růže a kopretiny; klientka ráda prohlížela časopisy; před lety vyšívala, dodnes má ručně vyšívané povlaky na polštářky; sledování televize nepatřilo k oblíbeným činnostem

taktilně-haptická anamnéza

klientka používala ruce k výkonu svého povolání, jako dámská krejčová byla zvyklá pracovat s různými textilními materiály, šicím strojem a pomůckami pro švadleny; klientka je věřící, má několik růženců a obrázků svatých; má svůj oblíbený hrnek na pití a lžici, kterou si přinesla z domova; na dotyk jsou jí příjemné předměty teplejší nebo s pokojovou teplotou, na dotyk studené ruky reaguje odtažením

Posouzení okolí lůžka klientky

Klientka je ubytována na dvoulůžkovém pokoji. Elektrické lůžko s postranicemi umístěné v blízkosti okna je polohovatelné, součástí lůžka je antidekubitní matrace. Stěny pokoje jsou bílé, strop tvoří bílé stropní desky. Police v blízkosti lůžka je vyzdobena fotografiemi malých rozměrů, umělými květinami a kosmetickými přípravky. Bílé záclony

bez vzoru a béžové závěsy doplňují interiér. Pohled z okna čtvrtého nadzemního podlaží poskytuje výhled na panelákový dům. Na nočním stolku leží předměty pro ošetrovatelskou péči, lahev s čajem, hrnek a lžička. Na stole uprostřed pokoje je umístěn televizor. Lůžkoviny mají veselou žlutou barvu s nenápadným vzorem. Klientka má ve své blízkosti několik vlastních polštářků s motivy kočky a kuřátek. Spolubydlící je paní vysokého věku, imobilní, verbálně nekomunikující, opouštějící lůžko a pokoj na celé dopoledne.

Závěr z vyšetření

Klientka s výraznou poruchou kognitivních a motorických funkcí, ohrožena imobilizačním syndromem a rizikem vzniku vazivových kontraktur.

4.3.2 Krátkodobý terapeutický plán (3 měsíce)

Cíl I: nastavením vhodné kinezioterapie s prvky konceptu Bazální stimulace zamezit vzniku imobilizačního syndromu

Cíl II: docílit uvolnění pohybu v kloubech končetin

metodika:

- vybavení okolí lůžka vhodnými stimulačními předměty (viz biografická anamnéza)
- navázání kontaktu s klientkou – nastavení iniciální doteku
- somatická zklidňující masáž horních a dolních končetin doprovázená auditivní stimulací
- kontaktní dýchání
- pasivní pohyby horních a dolních končetin na lůžku
- polohování – poloha hnízdo
- vestibulární stimulace
- auditivní stimulace
- taktilně-haptická stimulace

4.3.3 Průběh terapie

Průběh terapie 1. – 3. týden

Metodika:

- navázání kontaktu s klientkou – zavedení iniciálního doteku
- optická stimulace - úprava a doplnění okolí lůžka klientky stimulačními předměty vycházejícími z biografie klientky
- verbálně doprovázená somatická zklidňující masáž horních a dolních končetin
- kontaktní dýchání
- pasivní pohyb v kloubech horních a dolních končetin
- polohování na lůžku – poloha hnízdo
- vestibulární stimulace – zvedání trupu do polohy sed na lůžku

Pro iniciální dotek jsem zvolila pravé rameno a oslovení příjmením. Ceduli s označením místa doteku a oslovením jsem umístila na viditelné místo na stěně za lůžkem (Příloha č. 13). Dalším důležitým krokem byla úprava pokoje, především okolí lůžka (Příloha č. 12). Nejdříve bylo důležité „rozbít“ bílý prostor stěn, stropu a záclon. K tomu dobře posloužil zelený baldachýn ve tvaru listu umístěný nad lůžko, na něj lze zavěšovat další stimulační předměty. Bílou plochu záclon jsem oživila zavěšením barevných stylizovaných květů, na závěs připevnila tvarově jednoduché, ale výrazné ptáčky. Na parapet za záclonou jsem umístila vázu s umělými pestrými květy. Polici nalevo od lůžka jsem ponechala v původní výbavě, pod ní jsem s pomocí technika zařízení zavěsila tyč se závěsy z květin syté barvy a růženec. Na nočním stolku jsem potřeby nezbytné k ošetrovatelské péči vložila do sytě zelené textilní krabice, zbyl tak prostor pro řezanou květinu ve váze. Při výzdobě pokoje jsem vycházela vždy ze zorného pole klientky, to znamená vždy z pohledu z lůžka

Do péče jsem postupně začala zavádět prvky Bazální stimulace. S cílem stimulovat tělesné vnímání jsem se rozhodla pro polohování podporující vnímání tělesných hranic a uklidňující masáž. Po iniciálním doteku a oslovení jsem jemně prováděla uklidňující masáž a nepřestávala jsem na klientku mluvit. Při masáži jsem nepoužívala žádné pomůcky, dala jsem přednost dotekům kůže na kůži, aby klientka mohla vnímat teplotu lidského těla. Vzhledem k obtížné manipulaci s klientkou jsem upřednostnila kontaktní dýchání v poloze na zádech před masáží stimulující dýchání v poloze na boku. Ke konci druhého týdne již

byla patrná změna svalového napětí, po stimulaci bylo možné mírně povolit obě paže z addukčního a flekčního držení a následně i prsty ruky. Mírně povolilo i svalové napětí na dolních končetinách. Bylo možné provádět v omezeném rozsahu pasivní pohyby v kloubech horních a dolních končetin. Změnilo se i držení hlavy, z extenčního strnulého na uvolněné s mírnými pohyby do stran.

Po cvičení jsem klientku zapoložovala. Polohování jsem volila tak, aby ohraničovalo tělo klientky, tedy ve tvaru hnízda. Později jsem volila ohraničení zvláště dolních končetin a zvláště horních, kdy jsem umístila vak na hrudník klientky a na něj položila uvolněné paže, konce vaku pak obepínaly ramena. V prvních dnech držela klientka v ruce růženec, který jakoby prsty probírala. Dcera donesla plyšového kocoura o velikosti cca třiceti centimetrů. Přestože klientka nikdy kočku doma neměla, plyšového kocoura si oblíbila a měla-li jej v ruce, byla klidnější. Ke konci druhého týdne jsem začala klientce vertikalizovat trup do sedu na lůžku zvedáním podhlavníku. Po týdnu klientka dosáhla pasivního sedu. Během pobytu na lůžku byla klientka pravidelně polohována ošetřujícím personálem.

Shrnutí: po dvou týdnech pravidelné stimulace začala klientka reagovat na iniciální dotek a oslovení otočením hlavy a cíleným pohledem na oslovující osobu. Somatickou stimulací jsem docílila mírného snížení svalového napětí do té míry, že klientka na dotyk reagovala klidně a bylo možné provádět pasivní cvičení. Pozvolnou vertikalizací trupu pomocí elektrického lůžka jsem dosáhla na konci třetího týdne téměř plného sedu.

Průběh terapie 4. – 6. týden

Metodika vycházela z metodiky pro předchozí týdny a doplnila jsem:

- informace o prováděné činnosti
- auditivní stimulace
- taktilně-haptická stimulace
- vestibulární stimulace pomocí zvedacího zařízení
- pasivní vertikalizace do sedu s prodlužování doby sedu, kontrola tepové a dechové frekvence
- polohování v sedu – poloha hnízdo

Kinezioterapii jsem začínala iniciálním dotekem, oslovením a popisem činnosti, která bude následovat. Na přehrávači jsem pustila disk se zpěvem ptáků. Z prvků bazální stimulace jsem aplikovala somatickou zklidňující masáž horních i dolních končetin. Klientka se v této době začala neverbálně projevovat, objevil se náznak úsměvu. Později reagovala i slovy, odpověděla na pozdrav. Postupně byla schopna jednoslovné odpovědi na jednoduché otázky (je Vám dobře?, bolí Vás něco?). Po somatické stimulaci jsem prováděla pasivní pohyby v kloubech horních a dolních končetin. Pravou paží jsem společně s klientkou nacvičovala česání nebo doteky na různých částech svého těla – vlasy, obličej, rameno druhé paže. Po cvičení jsem klientku zapolohovala do polohy sed na lůžku tak, aby měla výhled z lůžka, do rukou jsem jí vkládala malé polštářky z různých textilních materiálů a s různými výplněmi nebo malá plyšová zvířátka.

Po dohodě s ošetřujícím lékařem jsem začala s vestibulární stimulací ve zvedacím zařízení. Klientku uloženou na závěsu jsem nejdříve několikrát lehce pohoupala a následně posadila do polohovacího křesla tak, aby byla v polosedě. Sledovala jsem tepovou a dechovou frekvenci. Postupně jsem klientku uvedla do sedu se spuštěnými bérce. Horní končetiny jsem zapolohovala do polohy hnízdo, aby klientka měla pocit jistoty a bezpečí, dolním končetinám poskytla oporu o plošky. Dobu sedu v křesle jsem postupně prodlužovala. Klientka začala pobývat mezi svými vrstevníky, jednalo se spíše o pasivní účast, na nikoho z ostatních klientů výrazně nereagovala. Během pobytu na lůžku byla klientka pravidelně polohována ošetřujícím personálem.

Shrnutí: po šesti týdnech terapie došlo k významnému posunu v oblasti komunikace, klientka začala verbálně komunikovat. Doteky a hlazení vlastní rukou se staly součástí pasivního cvičení, umožnily klientce zprostředkovat vjemy z doteků na vlastním těle. Klientka byla schopna pasivního sedu v polohovacím křesle.

Průběh terapie 7. – 9. týden

Terapie probíhala podobně jako v předchozích týdnech. Cvičení jsem vždy zahajovala iniciálním dotekem, oslovením a informací o činnosti, která bude následovat. Somatickou stimulací jsem připravila klientku na cvičení, které bezprostředně následovalo. Počáteční výrazný odpor při pohybu, především na pravé horní a dolní končetině, bylo možné snadněji překonat. Rozsahy pohybů v kloubech horních končetin byly omezené, přesto bylo možné zařadit asistovanou činnost – česání (Příloha č. 14). Pokračovala jsem v taktilně-haptické stimulaci pomocí doteků ruky klientky po vlastním těle nebo vložením

stimulačních polštářků do rukou. Klientka na cvičení reagovala klidně, na jednoduchý dotaz dokázala odpovědět, většinou jedním slovem.

Po odpočinku následovala vertikalizace. Buď do polohy sed na lůžku, nebo pomocí zvedacího zařízení do polohovacího křesla. Klientce jsem v dané poloze zapoložovala vakem horní končetiny do polohy hnízdo. Dolní končetiny jsem zapoložovala tak, aby plošky nohou měly oporu. Sledovala jsem stav klientky, tepovou a dechovou frekvenci. Během sedu jsem klientce pouštěla z přehrávače taneční hudbu nebo oblíbené písně, v případě příznivého počasí jsem ji vyvezla do zahrady domu. Klientka verbálně i neverbálně reagovala, dokázala se zasmát, odpovídat jedním slovem nebo jednoduchou větou. Doba sedu v křesle se prodloužila na hodinu a půl. Během pobytu na lůžku byla klientka pravidelně polohována ošetřujícím personálem.

Shrnutí: pravidelný pasivní pohyb v kloubech uvolnil v omezené míře pohyb v kloubech horních končetin, bylo možné zařadit asistovanou činnost. Při pohybu v kloubech dolních končetin se snížil počáteční odpor. Délka doby sedu v křesle dosáhla hodiny a půl.

Průběh terapie 10. – 12. týden

Poslední týdny nepřinesly v terapii žádný významný posun. Pokračovala jsem v nastavené metodice. Pasivní pohyby v kloubech končetin byly možné s malými rozsahy pohybu. Klientku jsem i nadále posazovala do polohovacího křesla s možností pobytu mimo pokoj. Délka doby sedu nepřekračovala hodinu a půl. Během pobytu na lůžku byla klientka pravidelně polohována ošetřujícím personálem.

Shrnutí: poslední týdny nepřinesly v terapii žádný významný posun.

4.3.4 Výstupní vyšetření po 3. měsíci

Subjektivní hodnocení

na dotaz klientka neguje bolest

Objektivní hodnocení

klientka imobilní, neprovede pohyb na lůžku, přesun do polohovacího křesla pomocí zvedacího zařízení, pasivní sed; inkontinentní; omezeně verbálně komunikující; tepová frekvence 70/min, dechová frekvence 15/min

Vyšetření aspektů

klientka v supinační poloze na lůžku, hlava v ose, oči otevřené, ústa zavřená, vnitřně rotační a addukční postavení ramenních kloubů, flekční držení loketních kloubů, falangy v addukci a ve flexi, obě končetiny položeny na hrudníku, horní typ dýchání, v oblasti žaludku zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie, dolní končetiny v addukčním a zevně rotačním postavení v kyčelních kloubech, kolenní klouby v extenzi, obě nohy plantární flexi

Orientační neurologické vyšetření

- klientka udržuje oční kontakt; omezeně verbálně komunikuje
- spastické jevy: Babinský pozitivní bilaterálně
- vyšetření spasticity: na levé horní končetině fenomén sklapovacího nože při pohybu do flexe v ramenním kloubu a extenze v loketním kloubu; na pravé horní končetině zvýšený odpor na počátku pohybu do flexe, abdukce v ramenním kloubu a extenze v loketním kloubu; na levé dolní končetině fenomén sklapovacího nože při pohybu do flexe v kyčelním a kolenním kloubu, na pravé dolní končetině zvýšený odpor na začátku pohybu do flexe, abdukce v kyčelním kloubu a flexe v kolenním kloubu
- čítí: verbální odpověď klientky na dotyk teplým a studeným předmětem na končetinách

MMSE: 0 bodů – těžká kognitivní porucha

Test hodin: neprovede

Vyšetření motoriky

při vyšetřování rozsahů pohybů jsem vycházela z fyziologického rozsahu pohybu v daném segmentu

aktivní hybnost (vleže na lůžku): neprovede

pasivní hybnost (vleže na lůžku):

- levá horní končetina – pohyb do flexe a abdukce v ramenním kloubu v rozsahu 1/3 rozsahu pohybu, pohyb do abdukce a rotací omezen; pohyb do flexe v loketním kloubu v plném rozsahu pohybu, nulové extenze nelze dosáhnout; pohyb v zápěstí omezen, nelze dosáhnout nulové extenze v drobných kloubech ruky
- pravá horní končetina – končetinou lze provést pohyb do flexe v ramenním kloubu v rozsahu 1/2 rozsahu pohybu, pohyb do abdukce v rozsahu 1/3 rozsahu pohybu, pohyby do rotace omezené; flexe v loketním kloubu v plném rozsahu pohybu, nulové extenze nelze dosáhnout; pohyb v zápěstí omezen do dorzální flexe, palmární flexe v rozsahu 1/3 rozsahu pohybu, nelze dosáhnout nulové extenze v drobných kloubech ruky
- levá dolní končetina – pohyb v kloubech beze změn rozsahu
- pravá dolní končetina – zlepšen pohyb v kyčelním kloubu, je možné provést pohyb do abdukce a zevní rotace v rozsahu 1/3 rozsahu pohybu

Orientační vyšetření svalové síly

orientační vyšetření svalové síly pro stav klientky nelze provést

Celková mobilita a soběstačnost

Barthelův test ADL: 0 bodů - vysoce závislá na péči

4.3.5 Zhodnocení terapie

Krátkodobý terapeutický plán byl nastaven s cílem zamezit vzniku imobilizačního syndromu a docílit uvolnění pohybu v kloubech. Integrace prvků konceptu Bazální stimulace umožnila navázat kontakt s klientkou a posílit pocit bezpečí a důvěry do té míry, že bylo možné provádět pohybovou terapii bez negativní reakce klientky. Po třech měsících pravidelně prováděného pasivního cvičení došlo k mírnému uvolnění pohybu v kloubech. Klientce jsem pak mohla pomocí doteků její ruky zprostředkovat informace z vlastního těla, tím ještě více aktivovat mozkovou činnost a docílit plynulosti a přesnosti prováděného pohybu. Důkazem vhodně nastaveného plánu byl jednak stabilní stav klientky bez výskytu zdravotních komplikací a jednak posun v komunikaci mezi klientkou

a personálem. Tím, že klientka byla schopna komunikace a pobývala ve společnosti druhých lidí, zlepšila se kvalita jejího života. Oba cíle nastaveného plánu bylo možné považovat za splněné.

4.3.6 Dlouhodobý terapeutický plán

Cíl I: prevence imobilizačního syndromu

Cíl II: stimulace smyslů s využitím konceptu Bazální stimulace

metodika:

- iniciální dotek a oslovení
- zklidňující somatická stimulace
- kontaktní dýchání
- pasivní pohyb
- polohování
- taktilně-haptická stimulace
- auditivní stimulace
- olfaktorická stimulace
- vertikalizace do sedu

5 Výsledky

Dosažené výsledky jsou zaznamenány v tabulkách. Každá tabulka prezentuje výchozí stav a stav po ukončení terapie u každé z klientek. Jako hodnocené kategorie jsem zvolila takové, jež jsem sledovala po celou dobu terapie a měly zásadní význam pro její vyhodnocení. Popis aktivního a pasivního pohybu jsem výrazně zestručnila, pro podrobnější popis odkazuji na výstupní vyšetření motoriky u jednotlivých kazuistik.

Tabulka číslo 1 stručně hodnotí stav klientky z kazuistiky I. Dva body za test MMSE klientka obdržela za pojmenování ukázaných předmětů. Patnáct bodů v testu ADL klientka získala za samostatné najedení a napití a za oblékání s pomocí.

Tabulka č. 1- kazuistika I

	Stav na začátku terapie	Stav po ukončení terapie
Verbální komunikace	0	komunikace ve větách
Oční kontakt	nenavazuje	navazuje a udrží
MMSE	0 bodů	2 body
Test hodin	0	0
Aktivní pohyb	0	provede v omezeném rozsahu v kloubech horních i dolních končetin
Pasivní pohyb	omezený rozsah pohybu v ramenních, kyčelních a hlezenních kloubech	zvětšený rozsah pohybu v ramenních, kyčelních a hlezenních kloubech
Pohyb po lůžku	0	přetočení na bok
Vertikalizace	0	pasivní sed
ADL (Barthelův test)	0 bodů	15 bodů

Tabulka číslo 2 stručně hodnotí stav klientky z kazuistiky II. Osm bodů za test MMSE klientka obdržela za identifikaci poschodí, zopakování tří vyjmenovaných předmětů, pojmenování ukázaných předmětů, přečtení napsaného pokynu a zopakování vět. Dvacet bodů v testu ADL klientka získala za samostatné najedení a napití, za oblékání a osobní hygienu s pomocí.

Tabulka č. 2 – kazuistika II

	Stav na začátku terapie	Stav po ukončení terapie
Verbální komunikace	omezená komunikace	komunikace ve větách
Oční kontakt	navazuje a udrží	navazuje a udrží
MMSE	0 bodů	8 bodů
Test hodin	0	0
Aktivní pohyb	provede v kloubech horních končetin v omezeném rozsahu	provede v kloubech horních končetin ve zvětšeném rozsahu, v omezeném rozsahu v kloubech dolních končetin
Pasivní pohyb	omezený rozsah v ramenních, kyčelních, kolenních a hlezenních kloubech, flekční držení kolenních kloubů	zvětšený rozsah pohybu v kyčelních, kolenních a hlezenních kloubech, semiflekční kontraktura kolenních kloubů
Pohyb po lůžku	0	přetočení na bok
Vertikalizace	0	pasivní sed
ADL (Barthelův test)	0 bodů	20 bodů

Tabulka číslo 3 stručně hodnotí stav klientky z kazuistiky III.

Tabulka č. 3 – kazuistika III

	Stav na začátku terapie	Stav po ukončení terapie
Verbální komunikace	0	omezená komunikace
Oční kontakt	nenavazuje	navazuje a udrží
MMSE	0 bodů	0 bodů
Test hodin	0	0
Aktivní pohyb	0	0
Pasivní pohyb	přítomný fenomén sklapovacího nože, na horních končetinách nelze pro výrazný odpor pohyb provést, na dolních končetinách omezený rozsah v kyčelních a kolenních kloubech, hlezenní klouby rigidní	přítomný fenomén sklapovacího nože, na horních končetinách možné provést pohyb v omezeném rozsahu, na dolních končetinách zvětšený rozsah pohybu v pravém kyčelním kloubu
Pohyb po lůžku	0	0
Vertikalizace	0	pasivní sed
ADL (Barthelův test)	0 bodů	0 bodů

6 Diskuse

Když jsem se s konceptem Bazální stimulace před asi devíti lety poprvé setkala, přiznávám, že jsem byla velmi skeptická. Nevěřila jsem, že něco v podstatě tak jednoduchého, může změnit stav člověka, posunout ho dál. Zřejmě právě proto, že vychází ze základních potřeb a zkušeností člověka, má takový úspěch. Stojí na vědeckých základech, je otevřený i jiným konceptům, neustále se vyvíjí a je přístupný každému. Jak na straně pacientů, tak na straně pracovníků terapeutického týmu. Stačí si „jen“ udělat na pacienta čas, naslouchat, vnímat vysílané signály a adekvátně na ně reagovat.

Období stáří je jedním z nejzranitelnějších období člověka. O to více, je-li provázeno poruchou kognitivních funkcí. Člověk postupně ztrácí paměť a s tím i své vzpomínky, svůj životní příběh a někdy i své blízké. To může vyvolat pocity úzkosti a strachu nebo apatie. Stejně tak hospitalizace nebo umístění v pobytové sociální službě představuje násilné vytržení ze známého prostředí a denních rituálů se všemi svými důsledky. Souhlasím se slovy Friedlové (Friedlová, 2007), která píše o jisté formě závislosti pacienta na okolí, které o něj pečuje, avšak nezohledňuje jeho individualitu a jeho potřeby. To může následně vyústit v psychomotorický útlum nebo v agresivní obrannou reakci.

Ve stavu útlumu se nacházely všechny tři klientky, se kterými jsem pracovala. Měly za sebou dlouhodobý pobyt v nemocničním zařízení. U všech byl patrný výrazný motorický a kognitivní deficit. Byly plně závislé na péči druhé osoby. Dvě z klientek nereagovaly na oslovení, nenavazovaly oční kontakt. Za této situace jsem se rozhodla do fyzioterapie, s cílem zamezit imobilizačnímu syndromu, aplikovat prvky konceptu Bazální stimulace. V dostupné literatuře se koncept doporučuje využívat především u pacientů v rozvinuté fázi demence. Holmerová (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009) se přiklání k názoru, že pacienti v terminální fázi demence, tedy ti závislí na péči, vyžadují daleko větší znalost problematiky, komplexnější přístup, často s využitím metod paliativní medicíny a využití multisenzorické stimulace zde není zcela na místě. Podobně hovoří i Friedlová (Friedlová, 2012), která na základě svých výzkumů doporučuje využívat koncept především u seniorů ve fázi rozvinuté demence. Naproti tomu já chápu koncept Bazální stimulace i jako určitou formu přístupu ke klientovi, jako přístup, který je maximálně lidský a proto je možné ho využít také u klientů ve fázi terminální demence.

Než jsem začala pracovat s klientkami, bylo nezbytné nejdříve oslovit rodinné příslušníky, komunikovat s nimi i ošetřovatelským týmem. Zkušenosti mám takové, že spolupráce s rodinou byla vždy výborná. Rodinní příslušníci ochotně vyplnili dotazníky

vztahující se k biografii, přinášeli fotografie a další předměty vhodné k vybavení okolí lůžka a ke stimulaci. S personálem zařízení, který v tu dobu nebyl ještě proškolen v konceptu, byla spolupráce těžší. Někteří zavedené prvky vnímali jako něco zbytečného, jako něco, co se jich netýká, co zdržuje. Často bylo potřeba vést diskusi, přesvědčovat, argumentovat. Přesto potvrzují, že použití konceptu není časově náročné (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007). Připouštím, že náročnější byl samotný začátek, kdy bylo potřeba získat informace, upravit okolí lůžka a diskutovat s personálem. To jsou však záležitosti, které by v budoucnu mohl zajistit ošetřovatelský tým. Investice v podobě času věnovanému somatické stimulaci se mi mnohonásobně vrátila při dalším a dalším cvičení, kdy klientky již vnímaly pohyb a začaly spolupracovat.

Aplikace prvků konceptu do kinezioterapie pomohla ve všech případech najít vhodný komunikační kanál, na základě kterého byl navázán vztah důvěry a bezpečí mezi mnou a klientkou. Vhodným komunikačním kanálem byla ve dvou případech somatická stimulace prezentovaná iniciálním dotekem, stimulací dýchání a zklidňující somatickou stimulací. V jednom případě k navázání kontaktu stačila verbální komunikace, ovšem opírající se o znalosti biografie klientky. Somatická stimulace měla odezvu především u klientek, které verbálně nekomunikovaly. Zřejmě proto, že vnímání tělem je vývojově nejstarší způsob přijímání informací a dotek nejjednodušší formou komunikace. Záleží však na jeho kvalitě. Rohanová (Holmerová, Jerolímová, Suchá a kol., 2007) se vyjadřuje k dotekům zdravotnického personálu, kdy dlouholetou praxí se tyto doteky stávají sice přesnými, ale pro pacienta chladnými. Proto jsem kvalitě doteků věnovala zvýšenou pozornost, jak při iniciálním doteku, somatické stimulaci i při následném provádění pasivního pohybu. Upřednostňovala jsem provádění stimulace rukou bez aplikace krému nebo využití měkkých žíněk. Klientky tak mohly vnímat teplotu mých rukou a já lépe cítila jejich reakce. Velmi důležitá je znalost somatické anamnézy, tedy znalost případných míst na těle, které klient považuje natolik intimní, že na nich nesnese dotyk. Reakce klientek z kazuistik na somatickou stimulaci byly pozitivní. Postupně docházelo k uvolnění svalového napětí, měnil se výraz v obličeji k uvolněnému nebo až k úsměvu. Klientky byly připravené na následné provádění pohybové terapie, ve dvou případech byly schopné spolupráce a nakonec i samostatně prováděného pohybu. Bylo možné z asistovaného nácviku denních činností přejít na nácvik samostatný. To potvrzuje slova Friedlové (Friedlová, 2012), že do somatické stimulace u seniorů se často zařazují pohybové stereotypy vycházející z běžného denního života.

V počátku terapie se velmi osvědčilo u dvou klientek polohování do polohy hnízdo. Polohovací vak ohraničující tělo klientky podpořil vnímání hranic vlastního těla a navodil pocit bezpečí. Aktivaci sensorických funkcí podpořila optická stimulace, kterou zajišťovaly předměty spojené s biografií klientek a umístěné do jejich zorného pole při pohledu z lůžka. Vše bylo provázené auditivní stimulací. Klientky byly vždy informované o činnosti, která bude následovat. Verbálně jsem doprovázela i právě prováděnou činnost. Slovní doprovod, dle mého názoru, podpořil vnímání, známé předměty pak pocit bezpečí. Vestibulární stimulace přispěla k pozvolné vertikalizaci klientek do sedu v polohovacím křesle s možností pobytu mezi vrstevníky a následně ke zlepšení kvality života, protože všechny tři klientky jejich rodiny označily za velmi společenské. Zde musím opět konstatovat shodu s informacemi z prostudované literatury. Kalvach (Kalvach a kol., 2008) hovoří o nástavbových prvcích stimulace jako o možnosti základní orientace v konaných činnostech s následným uvolněním svalového tonu. Podobně se vyjadřuje Friedlová (Friedlová, 2012) k vestibulární stimulaci, kdy dle jejích slov pravidelně prováděná vestibulární stimulace ovlivňuje svalové napětí a zlepšuje stabilitu sedu. Po třech měsících terapie bylo možné konstatovat zlepšení stavu klientek, jak v oblasti motorické, tak na úrovni vnímání a komunikace. Domnívám se, že uplatnění konceptu Bazální stimulace mělo na konečném výsledku významný podíl. Nelze tedy než souhlasit se slovy Friedlové (Friedlová, 2013), že koncept přináší zvýšení kvality života seniorů

S podobnými myšlenkami se ke kinezioterapii seniorů s demencí vyjadřuje i Lískovcová (Holmerová, Jerolímová, Suchá, 2007), kdy vyzdvihuje potřebu dostatku času na pacienta, dostatečné komunikace a význam úsměvu a vhodně zvoleného dotyku. Stejně tak Staples a Lewis (Staples, Lewis, 2003) vyzdvihují význam neverbální komunikace, multisenzorické stimulace, doteku a znalosti životního příběhu pacienta, to vše podpořené klidným vystupováním a dostatečnou časovou rezervou. Podtrhují využití běžných činností jak k diagnostice, tak k terapii. Pro klienta s demencí je daleko přijatelnější provést smysluplný úkol (společně dojít pro jiného klienta), než po něm vyžadovat trénink chůze po chodbě, přestože výsledek je stejný. Proto měla v terapii klientek takový výrazný efekt asistovaná činnost a později nácvik běžných denních činností. Pohybový stereotyp, opakovaně během života používaný, je uložen v hlubokých paměťových stopách a lze jej proto s úspěchem vyvolat a použít v terapii.

Jaký je tedy přínos konceptu Bazální stimulace v kinezioterapii seniorů s demencí? Jednoznačně umožňuje navázat kontakt se seniorem přes některý komunikační kanál. Volba komunikačního kanálu se odvíjí od stavu klienta a jeho schopnosti vnímání. Po

navázání kontaktu dojde k navození pocitu důvěry. Klient nemá obavy z činnosti, která bude následovat. A v neposlední řadě somatickou stimulací lze docílit zlepšení vnímání vlastního těla a tím koncentrace na pohyb v daném segmentu. Samozřejmě také záleží na osobnosti fyzioterapeuta, jeho míry empatie a schopnosti naslouchat, vnímat a vidět. Souhlasím se slovy Lískovcové (Holmerová, Jerolímová, Suchá, 2007), že fyzioterapeut má vždy možnost výběru ze širokého spektra technik. Záleží na jeho zkušenostech a odborných znalostech, jaké prostředky zvolí a individuálně přizpůsobí tak, aby dosáhl maximálně možného terapeutického efektu. Dnes je koncept Bazální stimulace uznávaným konceptem, především v ošetrovatelské péči. Našel své uplatnění i v péči o seniory, především seniory s demencí. Má práce dokazuje, že je možné tento koncept využít i v kinezioterapii seniorů s demencí, samozřejmě v kombinaci s dalšími koncepty a metodami.

Závěr

Pro svou práci jsem si záměrně vybrala téma vztahující se k práci se seniory. Vedlo mě k tomu několik důvodů. Mám dlouholeté zkušenosti z práce se seniory, v populaci se zvyšuje procento starých lidí, dochází k nárůstu seniorů s demencí. Říká se, že úroveň společnosti se pozná podle toho, jak se dokáže postarat o staré a nemocné. Porozumět seniorům s kognitivní poruchou předpokládá orientovat se v problematice stáří a demence. Proto jsem se snažila ve dvou prvních kapitolách zpracovat základní informace týkající se právě stáří a demence. Pracovat se seniory, motivovat je k pohybu není vůbec jednoduché, stáří má svá specifika. Samostatnou kapitolu tvoří imobilní senioři v pokročilém nebo terminálním stadiu demence. Pozitivní zpětné vazby, tolik potřebné pro práci, aby člověk nepropadl frustraci, jsem se často nedočkala. Koncept Bazální stimulace, který pracuje se zachovalými schopnostmi člověka a rozvíjí je, pozitivně ovlivňuje jak pacienta, tak terapeuta. Koncept mě naučil vnímat signály a pochopit potřeby člověka, který není schopen pohybu ani verbální komunikace a naučil mě mít radost i z minimálního pokroku. V práci jsem teoretickým východiskům a prvkům konceptu Bazální stimulace věnovala samostatnou kapitolu.

Pro kazuistiku jsem si vybrala klientky po dlouhodobé hospitalizaci. Jednalo se o klientky imobilní, plně závislé na péči druhé osoby. Dvě klientky verbálně nekomunikovaly, nenavazovaly oční kontakt. Všechny byly ohroženy imobilizačním syndromem. Rozhodla jsem se v kinezioterapii využít koncept Bazální stimulace. Byla to výzva s nejasným výsledkem. O to více byly potěšitelné výsledky, které se postupně dostavovaly. Po tříměsíční terapii dvě z klientek plynule verbálně komunikovaly, spolupracovaly při cvičení, byly schopné základních sebeobslužných úkonů. Třetí klientka, s neurologickým deficitem v anamnéze, začala verbálně komunikovat v omezené míře, snížilo se svalové napětí, bylo možné snadněji provádět pasivní pohyby. Celkový stav umožnil všem klientkám pobyt mimo lůžko, ve společnosti ostatních seniorů a pečovatelů. Významně se tím zlepšila kvalita života.

Vidím ve využití konceptu Bazální stimulace, který prezentuje určitou formu přístupu s možností alternativní komunikace, vhodný způsob, jak při kinezioterapii pracovat se seniory s demencí. Cíle své práce považuji za splněné.

Anotace

Autor:	Lucie Zvelebilová
Instituce:	Rehabilitační klinika LF v Hradci Králové
Název práce:	Využití konceptu Bazální stimulace v kinezioterapii seniorů s demencí
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Hamarová
Počet stran:	109
Počet příloh:	14
Rok obhajoby:	2014
Klíčová slova:	senior, imobilita, komunikace, demence, koncept Bazální stimulace, dotek, vnímání, kinezioterapie

Bakalářská práce v přehledu mapuje problematiku stáří a nejvýznamnějších geriatrických syndromů z hlediska fyzioterapie – hypomobility, imobility a instability s pády. Podrobněji zpracovává syndrom demence, jednotlivá stadia, diagnostiku a léčbu. Zabývá se též možnostmi fyzioterapie seniorů s demencí, definuje hlavní zásady přístupu a formy kinezioterapie. Stručně informuje o konceptu Bazální stimulace a jeho uplatnění v geriatrii.

Implementace prvků konceptu Bazální stimulace do kinezioterapie seniorů s demencí je zpracována v kazuistické části práce, která detailně popisuje průběh terapie tří klientek v časovém úseku tří měsíců.

Annotation

Author: Lucie Zvelebilová

Institution: Department of Rehabilitation Medicine
Faculty of Medicine in Hradec Králové
Charles University of Prague

Title: The use of Basic Stimulation in demented seniors kinesiotherapy

Supervisor: Zuzana Hamarová

Number of pages: 109

Number of attachments: 14

Year of defence: 2014

Key words: senior, imobility, communication, dementia, concept of Basic Stimulation, touch, perception, kinesiotherapy

This bachelor's thesis conducts a survey of aging issues and the most important geriatric syndromes from the point of view of physiotherapy – hypomobility, immobility and instability with falls. It compiles the dementia syndrome in detail, individual stages, diagnoses and cure. It also compiles the possibilities of physiotherapy of seniors with dementia, defines the main principles of attitude and forms of physiotherapy.

The implementation of the concept elements of Basal stimulation into demented senior's physiotherapy is compiled in the casuistic part of the thesis. It describes in detail the process of therapy of three clients in three months time.

Použitá literatura a prameny

AMBLER, Zdeněk. *Neurologické poruchy a základní principy farmakologie staršího věku*. [online]. 2009 [cit. 2013-09-02]. Dostupné z:

<http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2009/04/09.pdf>

EXNEROVÁ, Lenka. *Rehabilitace u demenčních seniorů v LDN*. Florence. 2011, roč. 7, 10, s. 16-19. ISSN: 1801-464x.

FERKOVÁ, Eva a Lúbia ILIEVOVÁ. *Známý neznámý Alzheimer*. [online]. 2013 [cit. 2013-10-08]. Dostupné z: <http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/znamy-neznamy-alzheimer-470129>

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetrovatelství, 1. a 2. díl*. 3. vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2009. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace: Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program, Nástavbový kurz Bazální stimulace, Nástavbový modul II*. přepracované 8. vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, s.r.o., 2011.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace: Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program, Základní kurz bazální stimulace, Základní modul I*. 10. přepracované vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, s.r.o., 2011.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb*. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2013, vol. IX. č. 3, s. 25 - 27. ISSN 1801-1349

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatрии*. *SESTRA*, 2012, vol. XXII. č. 9, s. 58-59. ISSN 1210-0404

HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí: pohybová cvičení v léčbě demencí*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. A KOLEKTIV. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.

HRONOVSKÁ, Lenka. *Závratě, instabilita a pády ve stáří*. [online]. 2012 [cit. 2013-09-10]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/06.pdf>

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk a Iva HOLMEROVÁ. *Geriatrická křehkost - významný klinický fenomén*. [online]. 2008 [cit. 2013-08-29]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a Pavel WEBER. A KOLEKTIV. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAŇOVSKÝ, Petr. *Poruchy chůze a pády ve stáří*. [online]. 2004 [cit. 2013-09-10]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2003/01/06.pdf>

KLÁN, Jan. *Demence - závažný medicínský problém stárnoucí populace*. Practicus. 2011, roč. 10, č. 5, s. 18-21. ISSN: 1213-8711

KOLÁŘ, Pavel. ET AL. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Dotisk. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 3. přepracované vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-314-1.

LEHMAN, Cheryl. *Confusion in Older Adults: Determining the Difference Between Dementia and Delirium*. [online]. 2008 [cit. 2013-11-07]. Dostupné z: <http://www.rehabnurse.org/pdf/GeriatricConfusion.pdf>

MAREK, Josef. A KOLEKTIV. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.

MORLEY, John E. *Sarcopenia in the elderly*. [online]. 2012 [cit. 2013-09-15]. Dostupné z: http://fampra.oxfordjournals.org/content/29/suppl_1/i44.full.pdf+html

NAVRÁTIL, Leoš. A KOLEKTIV. *Vnitřní lékařství: Pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence - 1. část: Diagnostika a diferenciální diagnostika*. [online]. 2007 [cit. 2013-09-21]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>

SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0623-7.

STAPLES, Susan a Carole LEWIS. *Dementia: Differentiation and Rehabilitation Strategies* [online]. 2003 [cit. 2013-11-07]. Dostupné z: <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Dementia-Differentiation-and-Rehabilitation-Strategies.aspx>

STOREY, Emi a Bob THOMAS. *Use patience with patients with dementia* [online]. 2010 [cit. 2013-11-07]. Dostupné z: <http://physical-therapy.advanceweb.com/Archives/Article-Archives/Use-Patience-With-Patients-With-Dementia.aspx>

SVOBODOVÁ, Kamila. *Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce* [online]. 2012 [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: <http://www.demografie.info>

SVOBODOVÁ, Kamila. *Analýza: Stárnutí populace podle výsledků projektu ČSÚ* [online]. 2005 [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: <http://www.demografie.info>

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠKRABOVÁ, Helena. *Imobilizační syndrom*. [online]. 2010 [cit. 2013-09-15]. Dostupné z: http://www.szmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/imobilizační_syndrom.pdf

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Dotisk. Praha: Galén, 2005, 2010. ISBN 978-80-7262-365-5.

Veřejná databáze ČSÚ. *Střední délka života* [online]. 2012 [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek

WEBER, P., P. AMBROŽOVÁ, D. WEBEROVÁ a K. BIELÁKOVÁ. *Geriatrické syndromy a syndrom frailty - zlatý grál geriatrické medicíny*. [online]. 2011 [cit. 2013-09-02]. Dostupné z: http://www.vnitrnilekarstvi.cz/online/E2010_18

Seznam zkratek

ADL	activity daily living
Ca	carcinoma
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CT	computed tomography
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
HDL	high density lipoprotein
HIV	human immunodeficiency virus
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
l. sin.	sinister
l.dx.	dexter
MMSE	Mini Mental-State Examination
MRI	magnetic resonance imaging
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
TBC	tuberculosis
WAB	Western Aphasia Battery

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – kazuistika I, str. 76

Tabulka č. 2 – kazuistika II, str. 77

Tabulka č. 3 – kazuistika III, str.78

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Zklidňující somatická stimulace

Příloha č. 2 – Masáž stimulující dýchání

Příloha č. 3 – MMSE

Příloha č. 4 – Barthelův test ADL

Příloha č. 5 – Dotazník biografické anamnézy

Příloha č. 6 – Úprava okolí lůžka (kazuistika I)

Příloha č. 7 – Iniciální dotek (kazuistika I)

Příloha č. 8 – Masáž stimulující dýchání (kazuistika I)

Příloha č. 9 – Úprava okolí lůžka (kazuistika II)

Příloha č. 10 – Vestibulární stimulace (kazuistika II)

Příloha č. 11 – Polohování hnízdo (kazuistika II)

Příloha č. 12 – Úprava okolí lůžka (kazuistika III)

Příloha č. 13 – Cedule pro iniciální dotek (kazuistika III)

Příloha č. 14 – Asistovaná činnost (kazuistika III)