



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Klinika rehabilitačního lékařství

Eliška Kozlová

Význam fyzioterapie na gerontopsychiatrii

Importance of Physiotherapy in Gerontopsychiatry

Bakalářská práce

Praha, květen 2010

Autor práce: Eliška Kozlová

Studijní program: Fyzioterapie

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **Mgr. Alžběta Babková**

Pracoviště vedoucího práce: **oddělení fyzioterapie PL Bohnice**

Datum a rok obhajoby: červen 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Praha dne 20. 4. 2010

.....

podpis

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Alžbětě Babkové za čas, který mi věnovala, za cenné rady a za příjemnou spolupráci. Dále bych chtěla poděkovat paní Věře Prchalové a paní Jarmile Kavanové za pomoc při realizaci speciální části mé práce.

OBSAH

Obsah	5
1 ÚVODNÍ ČÁST	7
1.1 Úvod	7
1.2 Vymezení pojmů	8
1.2.1 Gerontologie	8
1.2.2 Geriatrie	8
1.2.3 Gerontopsychiatrie.....	9
1.2.4 Stáří, stárnutí	9
2 OBECNÁ ČÁST	11
2.1 Nejčastější geriatrické syndromy	11
2.1.1 Syndrom instability.....	11
2.1.1.1 Závrať.....	12
Syndrom imobility	12
2.1.3 Syndrom inkontinence moči.....	15
2.1.4 Nežádoucí účinky léků ve stáří	16
2.1.5 Kognitivní poruchy	17
2.2 Psychiatrická onemocnění ve stáří.....	19
2.2.1 Demence	19
2.2.3 Delirium.....	21
2.2.4 Syndrom deprese	21
2.3 Příznivé účinky pohybu	23
2.4 Možnosti fyzioterapie	25
2.4.1 Individuální pohybová terapie	25
2.4.2 Skupinová léčebná tělesná výchova	27

2.4.3 Fyzioterapie a rehabilitační ošetřování u ležících pacientů.....	30
2.5 Další možné druhy terapie.....	33
2.5.1 Ergoterapie	33
2.5.2 Kognitivní trénink	34
2.5.3 Canisterapie.....	35
2.6 Možnosti následné péče o gerontopsychiatrické pacienty	36
3 SPECIÁLNÍ ČÁST	37
3.1 Kazuistika.....	37
3.1.1 Anamnéza.....	37
3.1.2 Vstupní kineziologické vyšetření	38
3.1.3 Průběh terapie	43
3.1.4 Závěrečné vyšetření	46
4 ZÁVĚREČNÁ ČÁST	51
4.1 Závěr.....	51
4.2 Souhrn.....	53
4.3 Summary	55
5 SEZNAM LITERATURY	57
5.1 Bibliografické citace	57
5.2 Bibliografie.....	58
5.3 Internetové zdroje	60
6 PŘÍLOHY	62

1 ÚVODNÍ ČÁST

1.1 ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou možnosti fyzioterapie na gerontopsychiatrii. Hlavním důvodem pro její napsání byla moje prababička, která trpěla syndromem demence a já jsem pomáhala mé babičce v péči o ni. Zajímá mě, jak mohu takto postiženým lidem pomoci v rámci fyzioterapie.

Téma „stárnoucí populace“ je v současné době velmi aktuální. Důvodů pro to je hned několik. Jde hlavně o prodloužení střední délky života, dále jde o významný vzestup počtu osob nad 65 let a celkový vzestup starších osob v populaci (díky snížení porodnosti). Nejprudší nárůst počtu osob je viditelný u skupiny osob nad 80 let. Se zvýšením počtu starších osob narůstá i problematika ekonomická, sociální a medicínská.

Psychiatrických onemocnění je ve stáří více než v celkové populaci. U gerontopsychiatrických pacientů je vysoký výskyt přidružených somatických chorob, velmi častá je polymorbidita. Typický pacient, se kterým se můžeme setkat na gerontopsychiatrii je tedy staršího věku, má nějakou psychickou poruchu a trpí přidruženou somatickou poruchou nebo více somatických chorob.

Cílem mé práce je poukázat na fyzioterapii jako součást komplexní léčby o pacienta. Především na možnosti skupinové a individuální fyzioterapie v době hospitalizace pacienta na lůžkovém oddělení. Dále se budu zabývat úlohou zdravotní sestry ve fyzioterapii a její spolupráci s fyzioterapeutem a také nastíním možnosti následné péče o gerontopsychiatrické pacienty po ukončení hospitalizace.

Hlavními zdroji pro zpracování textu bylo studium odborné literatury, dále osobní zkušenosti, které jsem nasbírala během své praxe v Psychiatrické léčebně Bohnice a v Gerontologickém centru Praze 8, kde jsem samostatně vedla individuální a skupinovou léčebnou tělesnou výchovu (LTV). Záznam o průběhu individuální fyzioterapie je uveden ve speciální části.

1.2 VYMEZENÍ POJMŮ

1.2.1 GERONTOLOGIE

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří, zabývající se především problematikou starých lidí a způsobem, jakým žijí v tomto období. Jedním z hlavních zdrojů oboru gerontologie jsou biologické aspekty stáří. Důležitým cílem gerontologie je zkvalitňování života ve stáří, jak po stránce zdravotní, sociální, ale také neméně důležité ekonomické. Jde o maximální možné zmírňování deficitů a handicapů stáří.

Gerontologie se dělí na tři hlavní proudy:

- Gerontologie experimentální (biogerontologie a psychogerontologie): Je vědecký základ oboru gerontologie. Zaměřuje se na příčiny a mechanismy procesu stárnutí. Zajímá se o to, proč a jak lidé stárnou.
- Gerontologie sociální: Zabývá se vztahy mezi společností a starým člověkem. Je zaměřena na potřeby starého člověka ve společnosti. Klade důraz na společenský zájem o problematiku stáří a stárnutí.
- Gerontologie klinická: Je lékařská disciplína, která se zabývá zdravotním stavem starého člověka jak po stránce funkční tak i psychické. V užším slova smyslu nazýváme tento obor také geriatrie. (Pacovský, 1994)

1.2.2 GERIATRIE

Geriatric se zabývá starým člověkem jako celkem (individuální gerontologie) a zvláštnostmi chorob ve stáří (geriatrická medicína). (Pacovský, 1994)

Jedná se o specializační obor, který vychází z vnitřního lékařství. Některé tradiční obory mají své geriatrické profilace. Geriatrická profilace psychiatrie, která bude jedním z předmětů této práce, se nazývá gerontopsychiatrie.

Co je cílem geriatric, nejlépe vystihuje ČGGS (Česká geriatrická a gerontologická společnost): „Cílem geriatric je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, zvláště snižování chronické disability, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, odvracení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku“.

1.2.3 GERONTOPSYCHIATRIE

„Gerontopsychiatrie je lékařská specializace v oboru psychiatrie, která se zabývá zvláštnostmi psychiky ve stáří a léčbou psychických onemocnění starých lidí“. (Haškovcová, 1991)

Každý medicínský obor má své nemocné vyššího věku. Má je také psychiatrie. Stáří má své charakteristické duševní poruchy, navíc počet duševních poruch s věkem roste a jejich léčba je specifická. Tyto důvody vedly v rámci psychiatrie ke zvýšenému zájmu o staré lidi. Což dalo vzniku gerontopsychiatrie, která je v současné době samostatným medicínským oborem. (Kramářová, Tuček, 2005)

1.2.4 STÁŘÍ, STÁRNUTÍ

Existuje mnoho definic popisujících stáří dle různých kriterií. Definice dle Pacovského (1990) zní: „Stáří je poslední ontogenetickou vývojovou etapou. Souvisí se všemi předcházejícími fázemi života, každá z nich vtiskla stáří svou pečeť, zanechala tu stopy. Současně však má stáří svá biologická specifika, která ho zásadně odlišují od jiných vývojových stádií“.

Jednou z charakteristik stáří a stárnutí je věk. Nejvíce je používána periodizace života podle Světové zdravotnické organizace (WHO). Od 45 let do 59 let se jedná o střední věk, od 60 let do 74 let se jedná o rané stáří, od 75 let do 89 let vlastní stáří a 90 let a více je označováno jako dlouhověkost. WHO bere za dolní hranici stáří věk 65 let. Ovšem s prodlužujícím se průměrným věkem dožití

a průběžně se zlepšujícím zdravotním a funkčním stavem staršího jedince se období stáří prodlužuje. Kalendářní věk může, ale nemusí být v souladu s tzv. věkem funkčním. Každý člověk stárne jinak, rychlost tohoto procesu se u každého jedince liší. Je ovlivňována různými faktory biologickými, psychologickými, ale i sociálními.

Na stárnutí můžeme nahlížet z mnoha úhlů pohledu. V průběhu let bylo nastíněno několik možných teorií stárnutí. Patří mezi ně teorie hromadění, teorie programování, teorie omylů, teorie mutační, teorie zkřížené vazby, teorie volných radikálů, teorie imunodeficience a teorie autoimunity a hypotéza buněčného stárnutí. Více se o těchto teoriích se můžete dočíst například v publikaci od J. Plevové a Z. Bolelouckého, *Psychofarmakoterapie vyššího věku*, Praha 2000.

Ve stáří dochází k charakteristickým změnám v organismu, které se považují za fyziologické. Tyto změny postihují všechny orgánové systémy (nervový, pohybový, respirační, kardiovaskulární apod.). Slouží také jako „normy“ pro odlišení toho, co už není fyziologické. Uvádím zde jako příklad některé z nich. Více o změnách, které provázejí stárnutí organismu, je uvedeno v publikaci od S. Trojana, *Lékařská fyziologie*. Praha 2003.

U seniorů dochází ke snížení průtoku krve důležitými orgány (mozek, srdce, ledviny). Dále se setkáváme s úbytkem svalové hmoty, celkovým snížením svalové síly a také úbytkem kostní hmoty. Dochází ke změnám struktury jednotlivých orgánů a posléze i ke změnám jejich funkce. Rovněž je pro stáří charakteristické zhoršené vnímání zevními smysly (zrak, sluch, čich, hmat, chuť). Dochází ke změnám imunitních mechanismů a je snížena tvorba nebo působení různých humorálních působků. Je také sníženo psychomotorické tempo a je typický mírný pokles kognitivních funkcí. Jednou z častých změn jsou změny spánkového rytmu. Starší lidé hůře usínají, spánek není tak hluboký, často se během spánku probouzí, často spí také přes den. (Trojan, 2003)

Dnešní společnost se snaží bojovat s pojmy jako je neužitečnost nebo méněcennost lidí ve stáří. „Odborníci se v podstatě shodují, že pokud nemá starý člověk zabraňující zdravotní obtíže, má zůstat aktivním a mít svůj perspektivní program“. (Pacovský, 1994)

2 OBECNÁ ČÁST

2.1 NEJČASTĚJŠÍ GERIATRICKÉ SYNDROMY

U geriatrických pacientů se některé zdravotní problémy objevují velmi často. Byly popsány základní geriatrické syndromy, kterým se také říká „geriatrickí obři“. Patří mezi ně instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy a také iatrogenní poškození pacienta v důsledku nevhodné léčby a změny vyvolané působením nežádoucích účinků léků. Hlavním cílem dnešní geriatrické medicíny je předcházet těmto „obřím“ včasným diagnostikováním a dostatečnou terapií. Tyto syndromy se velice často objevují i na odděleních gerontopsychiatrie a fyzioterapeut se aktivně účastní boje proti těmto syndromům.

2.1.1 SYNDROM INSTABILITY

Instabilita znamená nestálost, nejistotu ve stoji. Ve stáří je podmíněna hypomobilitou, malnutricí, depresí, což jsou další geriatrické syndromy. Hlavním důsledkem instability jsou pády. Geriatrickou instabilitu rozděluje Kalvach (2008) do několika okruhů:

- Instabilita podmíněná poruchou receptorové a centrálně analytické části rovnovážného ústrojí – porucha na úrovni proprioreceptorů, vestibulárního systému nebo mozečku (závrať);
- Instabilita podmíněná poruchou efektorové části rovnovážného a muskuloskeletálního systému – není zde pravá závrať, pacient může vykazovat neurologické příznaky, např. hemiparezu po centrální mozkové příhodě, kde dominuje svalová slabost nebo může vykazovat apraxii;
- Instabilita podmíněná jinými endogenními příčinami – např. porucha zraku;
- Instabilita podmíněná vnějšími příčinami – nevhodné opěrné pomůcky, nevhodná obuv, kluzká podlaha;

- Instabilita podmíněná kombinací předchozích příčin – doplněná o poruchu chování v rámci demence (bloudění).

2.1.1.1 ZÁVRATĚ

Závrať je základní prvek v poruše rovnováhy a pocitu nejistoty. Je to narušení vztahu mezi jedincem a okolním prostorem. Objevuje se nesoulad informací přicházejících z jednotlivých částí rovnovážného ústrojí. Tyto informace jsou porovnávány na úrovni centrální s informacemi již uloženými z předchozích poznání (zkušenost z již prožitých událostí). Ve stáří těchto nesouladů přibývá, hlavně v důsledku poruch jednotlivých ústrojí jako např. blokády krční páteře, zhoršení propriocepce, zrakové iluze a jiné. Závratě jsou často provázeny nauzeou, zvracením, pocením, palpitacemi a dalšími autonomními projevy. Dále se objevuje nystagmus a ataxie. (Kalvach, 2008)

Mezi nejčastější závrativá onemocnění ve stáří patří:

- Méniérova choroba: Vyskytuje se triáda příznaků jako ušní šelest (tinitus), nedoslýchavost, rotační závrať. Závratí předchází aura, jednostranné sluchové obtíže, pocit tlaku v uchu nebo zesílení tinitu.
- Vertebrobasilární insuficience: Projevuje se nauzeou, zvracením, poruchami rovnováhy, dysartrií, parestezií, cefaleou, hemiparézou. Jde o dočasný pokles cévního zásobení mozku ve vertebrobasilárním povodí.
- Vertebrogenní závratě: Jejím podstatou je dráždění krčního sympatiku, nesouhlas propriocepce z krční páteře s informacemi vestibulárními, očními. Nejčastěji je způsobená degenerativními změnami krční páteře a svalovou dysbalancí. (Kalvach, 2008)

SYNDROM IMOBILITY

Syndrom imobility je soubor důsledků dlouhodobého vyloučení pohybové aktivity většinou způsobené nemožností vstát z lůžka. Postihuje všechny systémy

našeho těla. U starších lidí je rozvoj těchto důsledků rychlejší než u mladšího člověka. Některé projevy se mohou vyskytovat již během několika hodin a dní. Je tedy důležité imobilizovat pacienta pouze na nezbytně dlouhou dobu a co nejdříve jej vertikalizovat.

Nejobávanější změny probíhají v **kardiovaskulárním systému**. Dochází k postupné atrofii srdečního svalu a tím k poklesu kontrakční síly myokardu. Dále dochází k rozvoji ortostatické hypotenze. Neměnná poloha a vyloučení z vlivu gravitace způsobí oslabení vazomotorických reflexů, které udržují stálou výši TK a TF při změnách polohy těla. Při vzpřímení imobilizovaného člověka dochází k poklesu TK o 20 mm Hg, nemocný má pocit slabosti, závratě, tachykardie někdy dochází ke krátkodobému bezvědomí (kolaps). Při imobilizaci snáze vzniká hluboká žilní trombóza. Při jejím vzniku se uplatňuje zpomalení toku krve v žilním systému dolních končetin, které je způsobeno vyloučením svalové pumpy, a zvýšená tendence krve koagulovat. Pacient s hlubokou žilní trombozou je ohrožen plicní embolií. Důležitá je prevence. Jedním ze základních preventivních opatření je vysoká bandáž dolních končetin obinadly či punčochami. Dále je důležitá včasná vertikalizace pacienta. Nezbytné je také cvičení končetin, pokud to jde aktivně, jinak pasivně. K ovlivnění koagulace se aplikují antikoagulační látky, např. nízkomolekulární heparin.

Dalším významným projevem jsou **změny v respiračním systému**, kdy vlivem horizontální polohy a nižšího dechového objemu dochází ke snížení vzdušnosti plic hlavně v jejich dolní části, ke kolapsu plicních sklípků a postupnému rozvoji atelektázy. Dýchací svaly atrofují, nepracují správně, je ztížené odkašlávání sputa a v dýchacích cestách stagnuje hlen. Pacient je ohrožen hypostatickou pneumonií. Prevencí jsou časté změny polohy, dechová gymnastika (lokalizované dýchání, nácvik odkašlávání), posilování dýchacích svalů (flutter, píšťalka nebo flétna). Tyto činnosti provádí s pacientem fyzioterapeut, v nepřítomnosti fyzioterapeuta sestra.

Další významné změny probíhají v **pohybovém aparátu**, kde pro vyřazení gravitace a pohybu dochází ke svalovým atrofiím. Nejvíce jsou atrofií postiženy svaly posturální a svaly dolních končetin. Vlivem gravitace a tahem svalových úponů dochází k neustálé kostní novotvorbě. Při imobilizaci dochází k opačnému

ději a převládá funkce osteoklastů. Zároveň se rozvíjí osteoporóza s vysokým rizikem snadného vzniku zlomenin při pádech. Při prevenci je nezbytné aktivní cvičení. K posilování svalů musíme přistupovat opatrně a začínat velmi pozvolna, aby nedocházelo k mikrotraumatům ve svalech. Důležitý význam má také vertikalizace a působení gravitace. Nesmíme rovněž zapomenout na riziko, které představuje porucha pohybové koordinace při stoji a chůzi. Musíme pacienta opět včas postavit, při sezení musí mít nohy na pevné podložce, tím dráždíme proprioreceptory.

Další systém, který je ohrožen imobilizací, je **systém močový**. Vlivem nedostatečného vyprazdňování zůstává v močovém měchýři stále reziduum moči a dochází ke snadnému vzniku uroinfekce. K infekci také přispívá snížená tvorba moči při nízkém příjmu tekutin. K infikování močových cest může rovněž dojít při cévkování, které je u imobilizovaných pacientů časté. Jako prevence je třeba dbát na dostatečný příjem tekutin, zajistit pacientovu dostatečnou hygienu a pokud je třeba pacienta cévkovat, dodržovat při cévkování aseptická opatření.

Dehydratace a malnutrice podporují imobilizaci a atrofii. Je nezbytné podávat pacientovi dostatek tekutin a potravy. K těmto projevům často také dochází z důvodu neochoty a netrpělivosti zdravotnického personálu.

Dalším závažným projevem imobilizace jsou **dekubity**. Dekubitus je nekrotické poškození kůže, podkoží až svalů na podkladě místní ischemie. Mohou se vyskytnout i na sliznicích (tlak zubní protézy v dutině ústní). Někdy vznikají velmi rychle během několika hodin. Každý dekubitus je vstupní brána infekce. Infekce může vést k sepsi. Za nejobávanější zdroj infekce je považována inkontinence moči a stolice. Je třeba si také uvědomit, že rozsáhlé proleženiny vedou ke ztrátě bílkovin, tím se prohlubuje malnutrice. Dochází také k anemizaci a hypochromii. (Kalvach, 2008)

Do prevence dekubitů patří na prvním místě hygiena. Kůže pacienta musí být udržovaná v čistotě. Dalším důležitým preventivním opatřením je pohyb, nebo pokud je možná, časná mobilizace. Pacient nesmí být na lůžku v jedné poloze. Pokud je pacient schopen aktivně měnit svoji polohu na lůžku, naučíme ho, jak se aktivně přetáčet. Pokud pacient není schopen pohybu, musí ho zdravotnický personál pasivně polohovat. Poloha by se měla měnit nejdéle po dvou hodinách.

Je dobré pacienta polohovat po dvaceti minutách. Dalším neméně důležitým faktorem jsou antidekubitální pomůcky. Také je možné používat speciální antidekubitální matrace. (Bureš, 2003)

2.1.3 SYNDROM INKONTINENCE MOČI

„Inkontinence je podle definice Mezinárodní společnosti pro kontinenci stav nedobrovolného úniku moči, který představuje zdravotně psychologický a sociálně hygienický problém“. (Kalvach, 2008) Imobilních pacientů s inkontinencí, ať už v domácím prostředí, ale hlavně v nemocnicích stále přibývá. Proto je potřeba zajistit kvalitní hygienickou péči o tyto pacienty.

Inkontinenci rozdělujeme na několik typů:

- Urgentní inkontinence: jde o náhlé neodkladné nucení na močení, s únikem většího množství moči. Nejčastějšími příčinami jsou infekce dolních močových cest, zúžení močové trubice, divertikl močové trubice, nádory měchýře, močové kameny, cukrovka a degenerativní onemocnění centrálního nervového systému (např. roztroušená skleróza);
- Reflexní inkontinence: dochází k ní v důsledku ztráty volní kontroly nad centrem močení v míše. Měchýř se vyprazdňuje jako u novorozence bez nutkání a reflexně. Příčinami jsou poranění mozku nebo míchy;
- Paradoxní ischurie: způsobuje ji slabost svaloviny močového měchýře, dochází k nedostačenému odtoku moči a postupnému zvyšování rezidua v měchýři. Nejčastější příčinou je zúžení močové trubice;
- Stresová inkontinence: je považována za nejčastější typ inkontinence, dochází k malému úniku moči při fyzických aktivitách a zároveň při zvýšení nitrobřišního tlaku (kašel, smích, běh). Hlavní příčinou je zvýšená pohyblivost hrdla měchýře a močové trubice nebo nedostatečná funkce vnitřního svěrače močové trubice. Je častá u mladších žen po několika porodech, a také u starších po menopauze. U stresové inkontinence je velmi důležitá rehabilitace. Hlavní je posilování svalů pánevního dna. (Typy inkontinence)

Podpůrnou metodou u inkontinence jsou absorpční pomůcky. Patří mezi ně vložky, vložkové pleny, plenkové kalhotky a podložky. (Topinková, 2007)

2.1.4 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY LÉKŮ VE STÁŘÍ

Farmakoterapie je důležitým způsobem léčby onemocnění ve stáří a většinou je nezbytná. Léky mají ovšem i vedlejší nežádoucí účinky.

Gerontopsychiatrickí pacienti vzhledem k časté kombinaci somatického nebo somatických onemocnění a psychiatrického onemocnění užívají více léků. Při kombinaci léků je pak i více nežádoucích účinků. Senioři jsou k některým více citliví.

Nežádoucí účinky přispívají k rozvoji geriatrických syndromů (instabilita, pády, inkontinence, kognitivní poruchy).

Uvádím zde nejčastější vedlejší nežádoucí účinky psychofarmak.

Benzodiazepiny: Používají se jako hypnotika nebo anxiolytika, mohou vyvolat denní útlum, zmatenost, poruchy paměti, pokles TK, poruchy pohybové koordinace, pády. **Anticholinergní působení** (například tricyklická antidepresiva, sedativní antipsychotika): Suchost sliznic, snížené pocení, zácpa, retence moče, tachykardie, poruchy oční akomodace, poruchy paměti, delirium.

Extrapyramidové příznaky (například antipsychotika, zvláště klasická): Jde o mimovolní pohyby různého charakteru, objevují se časně (Parkinsonský syndrom, akutní dyskineze, akutní akatizie) nebo až po dlouholetém podávání léků (tardivní akatizie, tardivní dyskineze a dystonie). Parkinsonský syndrom: Rigidita (svalová ztuhlost) a hypokineza (pomalost a chudost pohybů). Akutní dyskineze: Mimovolní kontrakce svalů především v oblasti šíje, obličeje, ale i trupu a končetin. Akatizie (syndrom neklidných nohou): Neschopnost sedět, stát v klidu, vede k přešlapování, přecházení, je doprovázená úzkostí. Tardivní dyskineze: Choreiformní, athetoidní nebo balistické mimovolní pohyby. Tardivní dystonie: Pomalé, kroutivé tonické stahy, bolestivé. (Raboch, Zvolský et al., 2001)

O medikaci rozhoduje lékař. Fyzioterapeut může vedlejší nežádoucí účinky u pacientů zaznamenat. Zvláště ty, které postihují pohybový systém

(pohybová koordinace, svalový tonus). Přítomnost vedlejších nežádoucích účinků může průběh fyzioterapie ovlivňovat.

2.1.5 KOGNITIVNÍ PORUCHY

Mezi kognitivní funkce řadíme paměť, učení, orientaci (čas, místo, osoba, situace), pozornost, koncentraci, myšlení, úsudek, organizování, plánování, řeč, písmo, počty. S věkem dochází k poklesu kognitivních funkcí vlivem stárnutí a vlivem patologických změn mozku. Jen malá kognitivní porucha může mít ve stáří neblahé důsledky.

Podle stupně postižení kognitivních funkcí byl vytvořen model kognitivního stárnutí, který zahrnuje:

- Úspěšné stárnutí: Jsou zachované funkční schopnosti jako ve středním věku. Senior je plně nezávislý a má dobré adaptační schopnosti.
- Normální stárnutí: Charakteristické jsou fyziologické změny paměti, které jsou typické pro většinu zdravých seniorů. Porucha není progresivní a ostatní kognitivní funkce jsou zachovány.
- Patologické stárnutí: Do této skupiny zařazujeme dvě skupiny osob:
 1. Osoby, které vykazují poruchy paměti a dalších kognitivních funkcí. Nejsou ale splněna kritéria pro diagnózu demence. Jedná se o mírnou kognitivní poruchu.
 2. Osoby, které splňují kritéria demence. (Růžička, 2003)

Důležité je odlišení poruch kognitivních funkcí provázejících normální stárnutí od patologických.

Pokles kognitivních funkcí daný stárnutím zachycuje jednotka *Věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí*. Vyskytuje se u 30-40 % populace ve věku nad 65 let. Objevuje se porucha paměti, především výbavnosti. Není ovlivněn příjem informace, ani její zpracování a udržení. Senioři tyto změny subjektivně nepříznivě prožívají.

U *Mírné kognitivní poruchy* jsou opět dominantní poruchy paměti, pacienti si na ně stěžují a vnímá je i rodina. Je postiženo zejména ukládání informace. Jsou mírně postiženy i některé další kognitivní funkce. V 50-70% případů přechází v demenci. Je v těchto případech považována za počáteční stádium demence. Neexistuje žádná kauzální léčba. Doporučuje se pohybová a mentální léčba. Důležité je pacienty sledovat. (Růžička, 2003)

Dalším stupněm postižení kognitivních funkcí je demence. O té bude pojednáno v příští kapitole.

2.2 PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ VE STÁŘÍ

Na oddělení gerontopsychiatrie se můžeme setkat v podstatě se všemi typy psychiatrických onemocnění. Jde buď o poruchy vzniklé v dřívějším věku, nebo poruchy, které vznikly až ve stáří. Nejčastěji se vyskytují kognitivní poruchy včetně demence, deliria. Velmi častá je též deprese. Depresivní syndrom může mít ve stáří modifikovaný obraz a může připomínat demenci. Deprese je často sdružena se somatickým onemocněním.

2.2.1 DEMENCE

Demence je syndrom, který můžeme charakterizovat třemi příznakovými okruhy A-B-C (aktivity denního života-behaviorální příznaky-kognitivní funkce):

- C – Kognitivní funkce: U demence jde o získaný pokles kognitivních funkcí. Především jde o poruchy paměti, pokles se týká také dalších kognitivních funkcí jako je úsudek a myšlení. Porucha kognitivních funkcí není doprovázena poruchou vědomí. Pokles paměti se zpočátku projevuje neschopností se naučit a zapamatovat si nové informace. V těžších případech se porucha týká i dávno uložených informací. V nejtěžších případech vede až k amnestické dezorientaci. Poruchy úsudku a myšlení se projevují jako neschopnost chápat souvislosti, při organizování, plánování. Pokles kognitivních funkcí je takového stupně, že vede k omezení denních činností a postupně ke ztrátě soběstačnosti. Tento pokles má být objektivizován údaji od rodiny a musí být potvrzen vyšetřením kognitivních funkcí. K rychlému posouzení kognitivních funkcí u demence se nečastěji používá MMSE (Mini - Mental State Examination), viz Příloha č. 2. Tento test zachycuje příznaky demencí tzv. kortikálního typu, kde jsou postiženy korové funkce (paměť, řeč, počty, písmo, gnosie, praxie). Nezachycuje příznaky demencí tzv. subkortikálního typu (je postižen hlavně úsudek, plánování, realizace cílených činností). Test slouží k posouzení stupně demence a ke sledování jejího vývoje.

V Příloze č. 3 je uvedeno klinické hodnocení demence, které kromě poruchy kognitivních funkcí zachycuje i schopnosti pacienta v základní sebeobsluze.

- B – Behavioralní příznaky: Je snížené celkové psychomotorické tempo (apatie, neklid), emotivita (deprese, úzkost, emoční labilita, euforie), sociální cítění a chování (např. hrubost), psychotické příznaky (bludy, halucinace).
- A – Aktivity denního života: Porucha kognitivních funkcí je na takové úrovni, že vede k omezení aktivit denního života. Omezení se týká nejprve složitých činností (např. rekreační činnosti), později postihuje i jednoduché činnosti. Porucha vede k postupné ztrátě soběstačnosti a nakonec k úplné závislosti na okolí. Pro posouzení kvality denních činností existují různé škály. V Příloze č. 5 je uveden Barthelův test všedních denních činností. (Růžička, 2003)

Demenci vyvolávají buď mozková onemocnění, nebo systémové choroby, které mozek ovlivňují. Podle příčiny se demence rozděluje na tři skupiny. První skupinou jsou atroficko-degenerativní demence. Jsou způsobeny různými degenerativními procesy, které vedou k atrofii mozku. Patří sem např. Alzheimerova choroba, která je nejčastějším typem demence, nemoc s difúzními Lewyho tělísky, frontotemporální demence, demence při Parkinsonově nemoci. Průběh těchto onemocnění je progresivní, onemocnění končí smrtí. Kauzální léčba není doposud známa. Druhou skupinou jsou vaskulární demence. Příčinou je poškození mozku, související s onemocněním mozkových cév (ateroskleróza, hypertenze, diabetes mellitus) a poklesem průtoku krve. Poslední skupinou jsou symptomatické demence, kde je mozek postižen jiným způsobem (trauma, nádor, zánět), nebo je příčina mimo mozek, např. endokrinní choroby, toxické vlivy, metabolické poruchy a tyto choroby mozek zpětně ovlivňují. (Růžička, 2003)

Důležitým faktorem u demence je její reverzibilita. Ireverzibilní demencí je např. Alzheimerova choroba. Reverzibilní mohou být například demence způsobené intoxikací (léky, alkohol), nebo vzniklé z metabolických příčin (poruchy štítné žlázy, deficit B12, jaterní a uremická encefalopatie). Reverzibilita

je závislá na stupni poškození mozku a na reverzibilitě základní příčiny. (Smolík, 2002)

2.2.3 DELIRIUM

Delirium je charakterizované jako rozostřené vědomí. Rozostřené vědomí vede k narušení rozpoznávacích funkcí (krátkodobá a bezprostřední paměť, chybí orientace v čase, místě, osobou). Vede ke změnám psychomotorického tempa (hypoaktivita, hyperaktivita, prodloužený reakční čas), narušení cyklu spánků-bdění (zhoršování příznaků v noci, rušivé sny pokračující po probuzení jako halucinaci nebo iluze). Tento stav začíná velmi rychle a je proměnlivý. Velmi často nasedá na demenci. Delirium může připomínat demenci, ale na rozdíl od ní, je zhoršené vědomí. (Smolík, 2002)

Nejčastější příčinou deliria u starších osob je vážné akutní somatické onemocnění. Jedná se o infekce (pneumonie, urosepse) nebo akutní poruchy vnitřního prostředí (dehydratace, acidóza), orgánové selhání (ledviny, játra) a stavy spojené s těžkou bolestí. Asi třetina delirií u seniorů je vyvolána léky.

Rizikové faktory pro vznik delirií jsou věk nad 80 let, demence i mírná kognitivní porucha, užívání psychofarmak, malnutrice, permanentní močový katétr, senzorické poruchy, spánková deprivace, psychické trauma, pooperační stav. (Praško, 2007)

Delirium je asi nejčastější důvod vyžádání psychiatrického konzilia u seniorů na lůžkovém somatickém oddělení.

2.2.4 SYNDROM DEPRESE

Depresi zařazujeme mezi afektivní poruchy. Je to syndrom, který se dotýká třech hlavních oblastí: nálady, myšlení, psychomotoriky. Poruchu nálady můžeme popsat jako smutek, sklíčenost, ztráta radosti ze života. Depresivní myšlení je charakterizováno celkovým pesimismem, podceňováním se, obviňováním se, ztrátou sebeúcty. Většinou jsou myšlenky neopodstatněné až

bludné. Často se pacient nemůže soustředit, nic si zapamatovat, nemůže se rozhodovat a myslet. Zpomalí se psychomotorické tempo, zpomalí se řeč, není výrazná mimika, někdy dokonce chybí. Pacient nemá zájem o sebe, o svoje okolí, není schopný vykonávat běžné denní činnosti. Dochází až k sebevražedným myšlenkám. Můžeme rovněž někdy pozorovat nespavost nebo nadměrnou spavost, váhový úbytek nebo naopak přejídání a přibývání na váze, úbytek sociálního zájmu a sexuální aktivity. (Vymětal, 2003)

Ve stáří je depresivní syndrom velice častý. Pro úbytek energie, celkové zpomalení, nezájem, nerozhodnost, únavnost, zhoršené soustředění, zhoršení paměti může depresivní syndrom připomínat demenci. Obraz depresivního syndromu ve stáří se může lišit od deprese v jiném životním období. Uvádí se, že méně často se vyskytuje smutná nálada nebo nízké sebehodnocení a pocity viny, častěji se vyskytují somatické příznaky (změny příjmu potravy, poruchy spánku) a častější jsou sebevražedné tendence. Hojně je deprese sdružená se somatickým onemocněním např. u kardiovaskulárního onemocnění (infarkt myokardu). Jako skrínigový test se ke zjištění deprese u geriatrických pacientů používá Škála deprese pro geriatrické pacienty (Příloha č. 1). Přítomnost depresivního syndromu ovlivňuje výkon v testech kognitivních funkcí. Depresivní syndrom se obvykle upraví po zaléčení antidepressivy. (Praško, 2007)

2.3 PŘÍZNIVÉ ÚČINKY POHYBU

Pohyb je široký pojem, můžeme na něj nahlížet z mnoha úhlů pohledu. Pohyb je přirozená vlastnost všech živých organismů a je nutný k udržení života. „U zvířat a člověka má pohyb emoční doprovod, složku prožívání, která je daná vztahem mezi objektem a subjektem. Lidský pohyb se nedá redukovat pouze na pohyb těla, patří sem i myšlení, cítění, vůle“. (Hátlová, 2002) Byl prokázán pozitivní vliv pohybu na rozvoj intelektu v dětství a rozvoj osobnosti v dospívání, a také má význam při vytváření řeči, kognitivních funkcí a sociálního chování. Pohyb má též zdravotní i terapeutické účinky na fyzický stav člověka. Z psychologického hlediska je na pohyb pohlíženo jako na jeden z faktorů mezi motivem a cílem. Pohyb je využíván jako prostředek při uspokojování vlastních potřeb a při vzájemné komunikaci. „Člověk je pohybovými schopnostmi vybaven pro přežití nedostatečně, a proto se musí pohybovým dovednostem neustále učit a zdokonalovat jejich stávající úroveň, přizpůsobovat je vnitřním a vnějším podmínkám života“. (Hátlová, 2002)

Honzák (2005) uvádí: „Pravidelné aerobní cvičení má příznivý efekt na ústup příznaků úzkosti a deprese, a také pozitivně ovlivňuje zvládání stresových situací a vzestup sebevědomí. Existují jasné studie, že pravidelné cvičení má léčebný účinek u psychiatrických pacientů“.

Pravidelný pohyb ve stáří zajišťuje delší udržení nezávislosti a soběstačnosti. Zpomaluje proces stárnutí, organismus se lépe adaptuje na zátěž, a proto nedochází ve stáří k atrofiím. Také přispívá k menšímu počtu chorob ve stáří. Léčba pohybem má významné místo jak v prevenci, tak i v terapii geriatrických pacientů. Ve stáří jsou ve velké míře postihnuty metabolické procesy v organismu. Proto je důležitá specificky určená pohybová aktivita, která vyvolá očekávanou odezvu metabolismu. (Kajnarová, 2005)

„Obecně se ví o příznivém vlivu tělesného cvičení na předcházení a léčení hypertenze a ischemické choroby srdeční. Tělesnou činností ovšem nejvíce prospíváme především prevencí onemocnění pohybového ústrojí. Snížení pohybové činnosti totiž patří mezi bezprostřední příčiny odvápnění kostí a vzniku osteoporózy, která je jednou z nejčastějších chorob ve stáří. Kostní buňky jsou při

cvičení podněcovány k větší tvorbě kostní hmoty. Kostní trámečky se současně přestavují ve směru největšího zatížení a zpevňují se“. (Holmerová, 2007) Při ovlivňování metabolických procesů je vhodné využít cyklickou aktivitu. Může jít o jízdu na kole (pokud je možná), turistiku, rychlou chůzi, plavání či tanec.

Do pohybové léčby u seniorů můžeme také zařadit relaxaci, využívá se k udržení schopnosti aktivně snižovat napětí svalové i psychické, jako prostředek k regeneraci a ke zlepšení svalové kontrakce a tím koordinace. Senioři neudrží dlouho pozornost, usínají, proto je vhodné zvolit krátké relaxace, které vkládáme mezi cvičení.

2.4 MOŽNOSTI FYZIOTERAPIE

V této kapitole se zaměřuji na práci fyzioterapeuta na gerontopsychiatrickém oddělení. Pro napsání kapitoly jsem čerpala hlavně ze získaných zkušeností z praxe v Psychiatrické léčebně Bohnice a v Gerontologickém centru v Praze 8, dále pak z odborné literatury.

2.4.1 INDIVIDUÁLNÍ POHYBOVÁ TERAPIE

„Psychiatrická rehabilitace jako celek je zaměřena na všechny složky osobnosti psychicky nemocného člověka včetně jeho psychické zdatnosti. Je tedy léčbou komplexní a úkoly fyzioterapeuta jsou zde proto rozšířené“. (Hromádková, Babková, 2002) Fyzioterapeut se také účastní psychoterapeutické, socioterapeutické, arteterapeutické, ergoterapeutické léčby, ale i sportovní a rekreační činnosti.

Na jednotlivých odděleních je důležitá týmová spolupráce. Je nutná souhra lékaře, ošetrovatelského personálu, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychoterapeuta. Tým zabezpečuje komplexní péči a léčbu pacienta. Fyzioterapeut zde pracuje také částečně jako psychoterapeut, musí být empatický, umět naslouchat a musí projevovat pochopení pro chování psychicky nemocného.

Individuální fyzioterapie na gerontopsychiatrii má svá specifika. Převážná část pacientů na odděleních gerontopsychiatrie trpí demencí. Je dobré si uvědomit, že je tento člověk nemocný a neměli bychom ho jako osobu znehodnocovat. Neměli bychom se chovat k pacientům familiárně, neoslovovat pacienta zdobně. Zachováváme pacientovu důstojnost. Není vhodné projevovat přílišnou lítost a přehnaně o pacienta pečovat. Hrozí, že pacient ztratí soběstačnost a začne být zcela závislý na pomoci druhých. Při práci s pacienty na gerontopsychiatrii je důležité pracovat pomalu, být ohleduplný, laskavý a vstřícný. Je dobré získat si pacientovu důvěru. Fyzioterapeuti by se neměli u pacienta střídat. (Holmerová, 2007)

Fyzioterapeut na základě doporučení lékaře (psychiatr, jiný odborník) zahájí terapii. K individuální terapii jsou určeni ti pacienti, kteří mají přidružená onemocnění. Jde hlavně o zlomeniny krčku femuru, proximálního humeru nebo Collesovu zlomeninu. Dále jsou to stavy po infarktu myokardu, nebo cévní mozkové příhodě. Individuální LTV je též zahájena u pacientů, u kterých dojde k imobilizaci vlivem zhoršení psychického stavu. (Hromádková, Babková, 2002)

Před samotným začátkem terapie je důležité pacienta vyšetřit, provést kineziologický rozbor. Vyšetříme, které svalové skupiny jsou oslabené, které zkrácené, rozsahy pohybu v kloubech, pacienta vyšetřujeme aspekci a palpací. Zjišťujeme, jestli se pacient dostane do sedu nebo do stoje. Díváme se také, jak je pacient sebeobslužný v rámci lůžka. Pacientovi před zahájením vyšetření přesně vysvětlíme, jak a co budeme dělat a během vyšetření mu to několikrát zopakujeme, mluvíme pomalu a srozumitelně. Poté přistoupíme k výběru vhodných postupů a metodik. Vycházíme ze zachovalých funkcí pacienta. Ty se budeme během terapie snažit dále rozvíjet a posilovat. Jsou to postupy k zlepšování koordinace, dynamiky, rozvíjení soběstačnosti. Je-li třeba, nacvičujeme také sed, stoj a posléze chůzi, o tomto nácviku bude pojednáno v dalších kapitolách. Do terapie zařadíme rovněž dechovou gymnastiku (statickou i dynamickou). Terapii vždy přizpůsobíme aktuálnímu psychickému stavu pacienta. (Holmerová, 2007)

Např. u pacientů s demencí volíme takové metodiky, u kterých není potřeba volní spolupráce pacienta. Uvedu příklad vhodných stimulačních technik dle Holmerové (2007):

- Stimulace verbální – básničky, říkanky...;
- Stimulace manuální – škrábání, poklepy...;
- Stimulace (facilitace proprioreceptorů) s využitím pomůcek – míčky, ježky, kartáčování, různé druhy masážních podložek, overball, gymball a další;
- Stimulace změnou polohy trupu, šíje a končetin, kterou provedeme pasivně s využitím polohovacích pomůcek (facilitace proprioreceptorů);

- Senzomotorická stimulace – aktivace podkorových center vyvolaná labilní polohou trupu a končetin;
- Stimulace na základě vývojové kineziologie – zaměřená na ovlivnění posturálního svalového tonu (Vojta, Bobath...);
- Stimulace s využitím emocí – hudba, blízký člověk;
- Mobilizační techniky – ovlivňují funkční změny na kloubech a měkkých tkáních způsobené např. dlouhodobou imobilizací a jednostranným přetěžováním;
- Pasivní cvičení – protažení zkrácených svalů, šlach, fascií;
- Aktivní cvičení s dopomocí – úprava svalové dysbalance, protažení zkrácených a posílení oslabených svalů. Vždy navodíme počátek pohybu a ke konci pohybu pasivně dotáhneme do požadovaného rozsahu;
- Aktivní cvičení, aktivní cvičení proti odporu – na posílení svalové síly.

Pacienti na gerontopsychiatrii často ztrácí motivaci k pohybu, proto musíme pacienta neustále povzbuzovat, aby opět nabral důvěru ve své schopnosti. Často musíme improvizovat, pacienta při terapii neustále slovně vedeme a ukazujeme cviky na sobě nebo je provedeme s pacientem nejprve pasivně. Bereme také v potaz poruchy sluchu a zraku. Je vhodné zaměřit se na činnosti běžného denního života a využívat je v pohybové terapii.

Více o individuální terapii se můžete dočíst ve speciální části mé práce, kde se opírám o vlastní zkušenosti z praxe.

2.4.2 SKUPINOVÁ LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA

„Skupinová LTV je oblíbenou a často prováděnou formou pohybu. Indikujeme ji 2-3x týdně. Snažíme se zapojit maximum pacientů, vždy na doporučení lékaře. Při přípravě a vedení skupiny zapojujeme sestru, při přípravě místnosti a náčiní zapojujeme pacienty“. (Hromádková, Babková, 2002) S pacienty cvičíme v tělocvičně nebo v denní místnosti. Pacienti sedí na židlích.

Místnost by měla být čistá a vyvětraná. Skupinové cvičení trvá přibližně 30 minut, je vhodné mít hudební doprovod.

Při skupinové terapii musíme brát v potaz některé skutečnosti. Pacienti jsou často dezorientovaní a nevnímají signály ze svého těla. Proto není možné, aby cvičící pohyb prožívali nebo lokalizovali dýchání. Neuvědomují si rozdíl mezi kontrahovaným a relaxovaným stahem. Pacient cvičí spíše nápodobou, proto je vhodné volit pohyby dobře čitelné, dynamické. Musíme vzít také v potaz apraxii, rigiditu a problémy s prostorovým vnímáním. Pacienta moc neopravujeme, za správné provedení pacienta chválíme. Většina pacientů s demencí má porušenou stranovou orientaci, proto využíváme jiných pokynů než „pravá a levá končetina“. Pokud cvičíme skupinu, je nezbytné vědět, zda jsou přítomni kardiaci a přizpůsobit tomu cvičební jednotku. Obecně je u starších lidí kontraindikován záklon hlavy. (Holmerová, 2007)

Hátlová (2002) uvádí tyto zásady pohybové terapie u gerontopsychiatrických pacientů:

- Je respektována osobnost nemocného. Podporována je sebeúcta, vědomí spoluúčasti a sounáležitosti, musí být brány v úvahu všechny složky osobnosti nemocného.
- Cvičební program musí být adekvátně obtížný, snadno pochopitelný a musí být přizpůsoben možnosti úspěšného splnění, jednotlivá cvičení musí mít stabilní formy, které mohou být po předchozím oznámení postupně obměňovány. Změny je důležité provádět postupně a v malém rozsahu.
- Činnost musí mít variabilní formy, aby byla pro každého pacienta přístupná a zaujala ho.
- Činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen, primární je navázání vztahu důvěry mezi nemocným a terapeutem.
- Nemocný nesmí vnímat terapeutovu blízkost jako možnost ohrožení, kinezioterapie musí probíhat v prostředí, které pacienta neohrožuje, pohybová činnost musí být prováděna pravidelně v rámci denního a týdenního režimu.

Z vlastní zkušenosti vím, že skupinové cvičení se stárnoucí populací není jednoduché. Je velice obtížné pacienta zaujmout. Staří lidé jsou citliví a často emočně labilní. Často u terapie usínají nebo nechtějí spolupracovat. Proto je vhodné navázat určitý vztah s pacientem. Být vlídnou autoritou.

„Cílem LTV je u starší populace aktivizovat pohybem, uvolňovat ztuhlé svaly a svalové skupiny, dynamizovat pacienty, a tím přispívat k prevenci nebo lepšímu zvládnání pádů, získávat emoční stabilitu a zlepšit náladu. Toto vše by mělo vést ke zkvalitnění života seniorů“. (Kavanová, 2008)

U gerontopacientů zaměřujeme cviky na správné držení těla, na posilování svalového korzetu, na protahování svalů s tendencí ke zkrácení. Dbáme na správné dýchání. Je dobré zařadit i cviky na zlepšení jemné motoriky ruky. Drobné klouby ruky jsou často postiženy artrózou ve stáří. (Kavanová, 2008)

Při skupinovém cvičení používáme různé pomůcky, např. barevné míče, tyče, kuželky, je možno použít cviky ve dvojicích, nebo v kroužku. U schopnějších a mobilnějších pacientů je velmi vhodné zařazení jednoduchých tanečních kroků, nebo použití jednoduchých tanců jako je např. mazurka. Ukázka skupinové LTV je uvedena v Příloze č. 4.

Na některých pracovištích probíhá skupinové LTV v rámci tzv. aktivizačního programu. Účelem tohoto programu je aktivizace klientů po fyzické i psychické stránce. Tento typ terapie je vhodný zejména, pokud se klient z různých důvodů nechce zapojit do jednostranně zaměřené činnosti (výtvarný kroužek, vaření apod.) a zároveň je dostatečně aktivizován. Náplň programu je udržení klientů v orientaci časem, místem, osobou, hry zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí, hry zaměřené na rozvoj sociálních kontaktů, kondiční cvičení v sedu na židlích, podpora emocí vhodnou četbou či zpěvem. Aktivizační program vede nejčastěji fyzioterapeut.

Měla jsem možnost účastnit se aktivizačního programu v Gerontologickém centru v Praze 8. Popíši zde, jak vypadá takový program.

Pacienti s terapeutem sedí v kruhu. V úvodu se všichni pozdraví a každý zopakuje své jméno. Poté si účastníci společně řeknou, jaký je den v týdnu, jaké je datum, co budou mít k obědu. V průběhu terapie terapeut opakuje tyto informace

a na konci sezení se na ně ptá. Posléze začínají s kondičním cvičením. Je vhodné použít různě barevné pomůcky (míče, kroužky, tyče). Terapeut se pacientů během cvičení může ptát na barvu jejich kroužků. Cvičení je vhodné prokládat zpěvem, aby si pacient odpočinul. Dále do tohoto programu patří i trénink kognitivních funkcí. Terapeut např. čte začátek přísloví a pacienti doplní konec nebo doplňují slova do vět. Též mohou pacienti vyjmenovávat např. všechna zvířata od písmene K. Je důležité během terapie pozorovat jednotlivce, jejich únavu a koncentraci a přizpůsobovat tomu program. Jak již bylo řečeno, není vhodné oslovovat pacienta zdobně a chovat se familiérně. Měli bychom zachovat důstojnost pacienta. Terapeut musí být zkušený, vědět, jak si udržet pozornost po dobu terapie.

Do skupinové terapie na odděleních gerontopsychiatrie patří i další aktivity jako je ergoterapie, muzikoterapie a arteterapie, kognitivní trénink a zooterapie (canisterapie a hippoterapie). Také se zařazují vhodné sporty jako chůze nebo plavání.

2.4.3 FYZIOTERAPIE A REHABILITAČNÍ OŠETŘOVÁNÍ U LEŽÍCÍCH PACIENTŮ

Velkou část pacientů na odděleních gerontopsychiatrie tvoří pacienti ležící. K imobilizaci často dochází v důsledku zhoršení psychického stavu. U imobilních pacientů je třeba velmi časná vertikalizace, aby nedošlo ke změnám svalového tonu a útlumu posturálních funkcí. V době, kdy ještě pacient není schopen vertikalizace, polohujeme pacienta, aby nedocházelo ke kontrakturám svalovým a ke vzniku dekubitů. Pacienta polohujeme tak, aby byly stimulovány proprioreceptory. Polohování pacienta by měla převážně provádět zdravotní sestra po instruování fyzioterapeutem. Provádí se dechová cvičení, aktivní i pasivní cvičení na udržení rozsahu pohybu v kloubu. Rovněž se nacvičují přesuny z lůžka a na lůžko. Stále aktivujeme pacienta ke spolupráci. Pokud pacient začíná spolupracovat, zahájíme vlastní fyzioterapii. Pokud to zdravotní stav dovolí,

začínáme vertikalizací. Ve fázi nácvičku vertikalizace je důležitá opakovaná kontrola krevního tlaku a tepové frekvence, a to jak před, tak po terapii.

Začíná se s nácvikem sedu. V sedu musí být zajištěno správné postavení ve všech kloubech končetin, správná poloha trupu a šíje, musí být zajištěn kontakt plosky nohy s podložkou, aby byly stimulovány proprioreceptory. Délka sedu se postupně prodlužuje. Pacienta je třeba stále povzbuzovat. Rovnováhu v sedu nacvičujeme pomocí senzomotorické stimulace (míče, vychylování různými směry). Když je pacient schopen sedět bez pomoci, nacvičují se pohyby potřebné k sebeobsluze na lůžku. Je stimulována jemná motorika ruky, hlavně úchop. Používají se různé pomůcky, např. kostky, kamínky, míčky, předměty používané v běžných denních činnostech. (Holmerová, 2007)

Pokud je pacient schopen aktivního sedu, začíná se nacvičovat vertikalizace do stoje. Musí být zajištěna správná obuv a oděv. Při nácviku rovnováhy se opět využívá senzomotorická stimulace. „Pokud se nám podaří pacienta vertikalizovat, často si vybaví pohybové stereotypy, které byly dlouhým ležením utlumeny“. (Holmerová, 2007). Při nácviku kroku se nejprve využívají chodítka, poté hole. Chůze s pomocí chodítka zajistí pacientovi větší stabilitu a klade menší nároky na koordinaci. Pokud je i chodítko pro pacienta problém, nacvičuje se chůze s dopomocí druhé osoby. Někdy je opravdu velmi obtížné naučit pacienta chodit s pomůckami. Nejprve je vhodné volit velmi krátké trasy, stále pacienta slovně podporovat, zůstat s ním v kontaktu. Poté se trénuje chůze na delší vzdálenosti a chůze po schodech. „Dbáme na to, aby chůzi pacient procvičoval s pomocí ošetřujícího personálu při denních činnostech na oddělení, při hygieně – cesta na WC, do koupelny, chůze do jídelny, do společenské místnosti atd. podle naší instruktáže“. (Holmerová, 2007)

U imobilních pacientů pracuje fyzioterapeut ve spolupráci s ošetřovatelským personálem. V jeho nepřítomnosti provádějí všechny výše uvedené postupy s pacientem zdravotní sestry. Proto musíme instruovat ošetřovatelský personál tak, aby mohl pokračovat v rehabilitačním ošetřování dle individuálního rehabilitačního plánu.

Rehabilitační ošetřování je součástí komplexní péče o pacienta. Je úkolem zdravotní sestry. Zdravotní sestra se snaží všemi dostupnými prostředky

zamezit vzniku komplikací a sekundárních změn. Zdravotní sestra by měla spolupracovat s fyzioterapeutem a ergoterapeutem, tyto pracovníci by si měli mezi sebou rozdělit práci. Sestra nemůže úplně nahradit fyzioterapeuta, ale může v rámci běžné denní praxe udělat pro pohybově omezeného pacienta mnoho. (Klusoňová, Pitnerová, 2006)

„Rehabilitační ošetřovatelství se dostalo do výuky zdravotních sester a na některých pracovištích i do pracovní náplně již před mnoha lety. Je však málo pracovišť, kde je důsledně uplatňováno. Příčin a důvodů je mnoho, ale především je to nedostatečné uplatňování teoretických znalostí, nedostatek dovedností, nedostatečné technické, materiální a personální vybavení, špatná organizace práce a nedostatečná kontrola vedoucích pracovníků“. (Klusoňová, Pitnerová, 2006)

Autorky v knize uvádějí mnoho důvodů, proč tento druh ošetřování nefunguje. Osobně jsem se setkala hlavně s neochotou zdravotnického personálu. Sestra není ochotna spolupracovat s fyzioterapeutem, podělit se s ním o práci. Stále zůstává v podvědomí striktní rozdělení péče a mnoho zdravotnických pracovníků si neuvědomuje potřebu propojit jednotlivé složky péče, aby byla péče co nejkvalitnější. Na druhou stranu zdravotnického personálu je málo a tento počet nepokryje potřeby všech pacientů. V Gerontologickém centru v Praze 8 tento systém funguje. Příčinou je nejspíše to, že je to malé pracoviště, které má malý počet pacientů a mohou se každému více věnovat. Proto se tu naskytá otázka, zda by na velkých pracovištích nebylo vhodné pracoviště rozdělit do malých úseků, o které by se starala vždy určitá část personálu.

2.5 DALŠÍ MOŽNÉ DRUHY TERAPIE

V této kapitole uvedu příklady dalších druhů terapie, kterých se fyzioterapeut podle potřeby a podmínek účastní. Patří mezi ně ergoterapie, kognitivní trénink, canisterapie, muzikoterapie, arteterapie.

2.5.1 ERGOTERAPIE

Ergoterapie je nedílnou součástí komplexní rehabilitace a ergoterapeut je členem multidisciplinárního týmu pečujícího o pacienta. Ergoterapeut velice úzce spolupracuje s fyzioterapeutem. Na odděleních gerontopsychiatrie tomu není jinak. Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postiženi nebo trpí postižením intelektu omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti klientů a zvýšení kvality jejich života. (Chlumecká, 2005)

Na gerontopsychiatrických odděleních probíhá ergoterapie na dvou úrovních. První je tzv. kondiční ergoterapie (pracovní terapie) a druhá nácvik soběstačnosti. Kondiční terapie probíhá skupinově. Účelem této skupinové ergoterapie je udržení přiměřené fyzické aktivity, duševní čilosti, podpora zájmu o okolní svět, podpora sociálního kontaktu, odklon od zaměření se na chorobu, podpora emocí.

Mezi aktivity skupinové ergoterapie zařazujeme výtvarné činnosti (práce s papírem, textilem, kovem, proutím, dřevem apod.), dále sem můžeme zařadit kulturní činnosti (poslech hudby, zpěv, prvky muzikoterapie, taneční terapie, divadlo, pravidelné sledovací časy televize s výběrem filmu), domácí činnosti (vaření, pečení), také to mohou být různé hry (karetní, deskové). Ukázka kondiční ergoterapie je uvedena v Příloze č. 6.

ADL (activities of daily living) jsou činnosti běžného denního života, které provádíme denně automaticky, opakovaně, používáme vhodné pomůcky. „Snahou většiny lidí je být maximálně v těchto činnostech soběstačný. Jejich výkon si

obvykle neuvědomujeme až do chvíle, kdy dojde k jejich omezení či narušení“.
(Chlumecká, 2005)

Jestliže pacient některou z těchto činností nezvládá, naskytá se zde několik alternativ řešení. Je zde možnost využít kompenzačních pomůcek, které pacientovi nahradí ztracenou funkci, nebo pacienta naučíme provádět tuto činnost jiným způsobem. Také je zde alternativa asistence druhé osoby. U gerontopsychiatricky nemocných nelze většinou použít kompenzační pomůcky. Díky zhoršeným kognitivním funkcím není možné pacienty naučit pracovat s pomůckami. Ergoterapeut se zde spíše uplatní jako instruktor alternativních způsobů provedení činností. (Holmerová, 2007)

2.5.2 KOGNITIVNÍ TRÉNINK

„Kognitivní trénink se skládá z různých cvičení, která pomáhají zlepšit fungování jednotlivých úrovní poznávacích (kognitivních) funkcí – např. soustředění pozornosti, myšlení, paměti (zrakové i sluchové), čtení, psaní apod. Cílem je zlepšit jednotlivé schopnosti a tak omezit či zabránit vzniku problémů, ke kterým v důsledku této poruchy dochází“.
(Holmerová, 2007).

Tato metoda se používá zejména u pacientů s kognitivní poruchou, kterých je na odděleních gerontopsychiatrie mnoho. Klade se zde důraz na procvičování zbylých funkcí pacienta, ale i na zvyšování sebevědomí pacienta a na motivaci k tomuto cvičení. U pacientů s kognitivním deficitem bychom se měli zaměřit na procvičování dlouhodobé paměti, která bývá u pacientů v počátečním stadiu demencí zachována. Nejčastěji používáme jednoduché doplnění říkanek, básniček, přísloví, skládání obrazců, zjednodušené pexeso, puzzle. Na procvičení dlouhodobé paměti můžeme použít cvičení „hlavní města“ nebo cvičení „města-země“. Dají se zde využít i prvky muzikoterapie, kdy se zpívá nějaká píseň, ve které se opakuje určité slovo (hlavní město). Též se používá reminiscenční terapie, kdy nemocný vzpomíná na své mládí, hojně se zde využívají fotografie pacientů z mládí. (Holmerová, 2007)

Osvědčilo se zahájit kognitivní trénink ihned po skončení pohybové terapie. Pohybem se rozproudí krev a mozek je tak lépe zásoben krví a poté může vydat větší výkon. (Holmerová, 2007)

2.5.3 CANISTERAPIE

Canisterapie patří mezi zooterapie. Zooterapie je využití domestikovaných zvířat, v našem případě psa, k léčbě duševně i tělesně nemocných pacientů. Je využívána také jako prostředek komunikace a k sociální stimulaci. (Votava, 2005)

U seniorů je canisterapeutické využití široké. Zejména je kladen důraz na pohyb, na motivaci k pohybu a na radost z pohybu. Zároveň se rozvíjí jemná i hrubá motorika pacientů. Procvičuje se koordinace, cílený, smysluplný a zároveň spontánní pohyb. Můžeme pomocí canisterapie nacvičovat i sebeobsahu. V rámci nácviku jemné motoriky se nacvičuje úchop (nasazení vodítka, piškoty, suché zipy) i hmat – hlazení. Po psychické stránce je kladen důraz na rozvíjení kognitivních funkcí jako je paměť, myšlení, pozornost, vnímání a bdělost. Canisterapie podporuje také chování a emoce seniora (vstřícnost, dobrou náladu, úsměv). Psi mají velký vliv na psychiku a přispívají k duševní rovnováze. Canisterapie má pozitivní vliv na depresivní pacienty a je účinná i při ztrátě sociální interakce u seniorů. Je prokázáno, že při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku a pravidelným stykem se zvířetem se snižuje potřeba léků proti bolesti, nespavosti a psychofarmak. (Pomocné tlapky o.p.s., 2009)

V psychiatrických léčebnách na odděleních gerontopsychiatrie probíhá canisterapie individuálně i skupinově. Pacienti jsou rozděleni do dvou skupin. V první skupině jsou pacienti s těžkou demencí, nekomunikující a většinou imobilní. U těchto pacientů probíhá terapie individuálně. Terapeut dochází za pacientem s jedním psem. Pes vyskočí pacientovi do klína. Pacient psa hladí a jeho teplá jemná srst dokáže pacienta stimulovat k určité reakci. Druhá skupina zahrnuje pacienty se střední až lehkou demencí, se schizofrenií a pacienty s poruchou osobnosti. V terapii jsou přítomni dva psi a jeden terapeut. Pacient řekne jméno psa a předá ho sousedovi s vyslovením sousedova jména. (Cetlová, 2007)

2.6 MOŽNOSTI NÁSLEDNÉ PÉČE O GERONTOPSYCHIATRICKÉ PACIENTY

Tato kapitola je zaměřena na období, kdy se podaří upravit stav pacienta natolik, že je propuštěn z léčebny. V tomto období, pokud se nemůže postarat sama, rodina hledá další možnosti péče o pacienta. Můžeme sem zařadit:

- Denní stacionáře: Poskytují ambulantní péči o seniory. Umožňují kombinaci života ve vlastním prostředí a zajištění péče v době, kdy se o pacienta nemůže starat rodina. Velmi často jsou stacionáře tvořeny pro pacienty trpící demencí a pro seniory ohrožené ztrátou soběstačnosti. Jsou určeny pro pacienty, kteří jsou alespoň částečně mobilní, nejsou agresivní, nesmí být výrazně neklidní, aby nenarušovaly chod stacionáře. Denní stacionář poskytuje tyto služby: **celodenní aktivizační program** - skupinové cvičení, ergoterapie, trénink paměti, procházky, muzikoterapie, reminiscenční terapie, taneční terapie, zooterapie, stravování. Pacienti jsou do stacionáře přiváženi vždy ráno, rodinou, nebo mají stacionáře vlastní „taxislужbu“. (Gerontologické centrum v Praze 8)
- Respitní neboli odlehčovací péče: Slouží seniorům, o které jinak pečuje rodina v domácnosti. Cílem této služby je poskytnout pečující rodině odpočinek. Poskytuje krátkodobé pobyty, při kterých se tým lékařů, sester a fyzioterapeutů snaží, aby se zlepšil celkový zdravotní a funkční stav pacientů, zmírnily či odstranily poruchy chování těchto pacientů a aby se mohli navrátit zpět do svého původního domácího prostředí. (Gerontologické centrum v Praze 8)
- Pečovatelská služba a osobní asistence: Obě ty to služby poskytují péči osobám, jejichž situace vyžaduje péči jiné osoby v domácím prostředí. Zajišťují pomoc při běžných denních činnostech jako je zajišťování stravy, osobní hygieny, obstarávání běžného úklidu, pochůzek, zajišťování doprovodu. Rozdíl mezi těmito službami je v tom, že u osobní asistence si pacient koordinuje služby sám a platí za ně.

3 SPECIÁLNÍ ČÁST

3.1 KAZUISTIKA

Pacient: Š. M.

Pohlaví: žena

Věk: 62 let

NO: Paní Š. M. byla přijata na gerontopsychiatrické oddělení psychiatrické léčebny Bohnice pro dekompenzaci organické úzkostné poruchy. Zhoršení psychického stavu navazovalo na exacerbaci CHOPN (chronická obstrukční pulmonální nemoc). Pacientka byla převezena do léčebny z interní kliniky Fakultní nemocnice na Bulovce. Vstup do léčebny byl dobrovolný. Od roku 2002 byla pacientka opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně, vždy šlo o dekompenzaci schizoafektivní poruchy a úzkostné organické poruchy, nynější pobyt byl jejím desátým pobytem v léčebně.

3.1.1 ANAMNÉZA

RA: Pro výraznou dušnost neodebírána.

OA: Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. Pacientka trpí těžkou CHOPN IV. stupně a cor pulmonale. V lednu 2009 pacientka prodělala respirační selhání s bezvědomím při akutní exacerbaci pneumonie. Téhož měsíce pacientka prožila bilaterální iatrogenní pneumotorax pro obtížnou kanylaci centrálních žil při pokročilém emfyzému, byla jí provedena hrudní drenáž. Dále pacientka trpí ischemickou chorobou srdeční, která je kompenzovaná a hypotyreózou, která je substitučně léčená. V roce 2006 pacientka utrpěla frakturu colli femoris sin. a byla jí implantována TEP (totální endoprotéza) levého kyčelního kloubu. V roce 2008 opět pacientka utrpěla frakturu colli femoris dx. a byla jí implantována TEP pravého kyčelního kloubu.

Psychiatrická anamnéza: Od roku 2001, po smrti manžela, se pacientka léčí pro úzkostnou organickou poruchu a schizoafektivní poruchu depresivního typu.

FA: Triapridal tbl. ½- ½ - 1, Coaxil tbl 1-1-1, Helicid tbl. 20 mg 1-0-0, Euphyllin CRN 300 mg 1-0-0, Euthyrox tbl. 50 mg 1-0-0, Hypnogen tbl. 0-0-0-1 (při vstupu do léčebny).

PA: Vyučila se kadeřnicí, pracovala v pánském kadeřnictví, nyní pobírá starobní důchod.

SA: Od 2001 je vdova, žije se synem v bytě. Řidičský průkaz nevlastní.

GA: 1 porod bez obtíží. V roce 2005 byla pacientce provedena hysterektomie.

Alergie: Pacientka neguje.

Abusus: V mládí kouřila asi 15 cigaret denně, před několika lety přestala kouřit, alkohol nepije.

RHB anamnéza: Po přijetí do léčebny byla pacientce předepsána fyzioterapie. Pacientka chodila ve vysokém chodítku, ale pro velkou dušnost, nebyla schopna ujít delší vzdálenost. Sed provedla s dopomocí. Byla zcela závislá na ošetrovatelském personálu. S pacientkou byla prováděna dechová gymnastika, LTV na lůžku. Dušnost se zlepšila, proto byla s pacientkou zkoušena chůze o dvou FH. Poté se zdravotní stav paní Š. M. opět zhoršil, a proto byla přeložena na interní oddělení. Pro velkou dušnost byla fyzioterapie přerušena. Pacientka měla pouze rehabilitační ošetřování. Po 20 dnech po zlepšení stavu byla pacientka přeložena na psychiatrický pavilon, kde pokračovala přerušovaná fyzioterapie. Pacientka byla nadále dušná. Komunikace s pacientkou byla obtížná pro přetrvávající úzkostně depresivní stav. Sed zvládla s dopomocí. Stoj také s dopomocí. Pro závratě vydržela ve stoji jen krátce.

3.1.2 VSTUPNÍ KINEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Pacientku jsem převzala částečně do péče. Docházela jsem za ní dvakrát týdně. Současně probíhala terapie s fyzioterapeutkou oddělení. Mé první setkání s paní Š. M. bylo problematické. Pro pacientku byla tato změna stresem. Snažila jsem se vést s pacientkou rozhovor o běžných záležitostech, po chvíli se uvolnila a začala se mnou více komunikovat. Při mé první návštěvě jsem tedy

kineziologický rozbor neprovedla, jak jsem měla v plánu. Zpozorovala jsem, že bude obtížné vést s pacientkou terapii, pacientka si bude muset na mě zvyknout.

Při mé druhé návštěvě mě pacientka ihned poznala, ptala se mě jak se mám a byla přátelská. Po chvíli povídání jsem paní Š. M. vysvětlila průběh kineziologického vyšetření a zdůraznila, že se nemusí ničeho obávat. Pacientka je ležící, v sedu vydrží jen krátkou chvíli, proto jsem mohla provést vyšetření jen v omezené formě. Pro velkou únavu paní Š. M. jsem vyšetření dokončila při další návštěvě.

ASPEKCE

Sed s dopomocí, stoj možný pod kontrolou, pacientka nejistá, bojí se. Chůze není možná.

Vleže: Pacientka je dušná, dýchá lapavě – horní hrudní dýchání. Má setřelou řeč, neustálé pohyby hlavou (po 20 minutách se pohyby zklidní). Pacientka má jizvy v místech kyčelních kloubů (2006 st. p. TEP kyčle sin, 2008 st. p. TEP kyčle dx.). Pacientka má zhojený dekubitus v bederní krajině.

Vsedě: Pozoruji chabé držení těla, předsunuté držení hlavy, ramena v protrakci s hyperkyfózou hrudní. Nezvládá vzpřímený sed, rychle se unaví.

PALPACE

Obě jizvy po TEP kyčelních kloubů jsou volné, nepřirostlé, nebolavé. M. trapezius dx. et sin. v hyperonu, zjišťuji trigger pointy.

SVALOVÝ TEST

Vzhledem k omezenému pohybu a rychlé únavě pacientky je svalový test jen orientační. Vyšetření oslabených a zkrácených svalových skupin je uvedeno v tabulkách č. 3 – 5.

GONIOMETRICKÉ VYŠETŘENÍ

Opět je toto vyšetření jen orientační. Na horních končetinách je rozsah pohybu ve všech kloubech neomezen. Na dolních končetinách je omezený rozsah pohybu v levém i pravém kyčelním kloubu, na PDK je omezena dorzální flexe hlezna, jinak bez omezení.

SEBEOBSLUHA

Pro posouzení sebeobsluhy pacientky jsem použila Barthelův test všedních denních činností. Test a jeho hodnocení jsou přiloženy jako Příloha č. 3.

Tab. č. 1. Vstupní Barthelův test

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně inkontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5

	neprovede	0
Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkem		20

Pozn.: Platné hodnoty jsou označeny tučně.

Výsledek: **20** bodů – ADL 4, vysoká závislost

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

KRÁTKODOBÝ REHABILITAČNÍ PLÁN

- Individuální LTV za účelem prevence, obnovení, úpravy a zlepšení funkce organismu. Jsou zde zahrnuty: dechová gymnastika, cévní gymnastika, pasivní protahování svalů horních i dolních končetin, pasivní a aktivní cvičení oslabených svalů horních a hlavně dolních končetin dle svalového testu (analytické metody), protahování zkrácených svalů – dle svalového testu flexory kolenních kloubů, oba trapézové svaly a velké prsní svaly. Následné cvičení s pomůckami. Důraz kladen na dechovou gymnastiku – prodloužený výdech, lokalizované dýchání (podklíčkové, horní hrudní, dolní hrudní, břišní), dynamická dechová gymnastika (cvičení končetin se synchronizací dechu).

- Nácvik přesunů na lůžku. Vertikalizace do sedu, nácvik stability v sedu. Postupně nácvik stoje u pevné opory a následně elementární nácvik udržení stability ve stoje a nácvik kroku. Před a po každém nácviku vertikalizace bude nutné měření krevního tlaku a tepové frekvence.
- Ovlivnění měkkých tkání v dané oblasti včetně ošetření zjištěných trigger pointů v oblasti trapézů za využití postizometrické relaxace (PIR) a techniky měkkých tkání (TMT).
- Fyzioterapeutka při dobré spolupráci s pacientkou využívá metodiku senzomotorické stimulace na stabilizaci sedu a stoje.

DLOUHODOBÝ REHABILITAČNÍ PLÁN

- Nácvik chůze s opěrnými pomůckami (vysoké chodítko, postupně dvě FH). Postupný nácvik chůze v terénu.
- Pokračování v dechovém cvičení vzhledem k chronickému onemocnění pacientky. Dechová gymnastika statická i dynamická, nácvik prodlouženého výdechu dle možností pacientky.
- Zařazení pacientky do aktivit na oddělení (ergoterapie, muzikoterapie, taneční terapie, canisterapie) podle jejího psychického a fyzického stavu.

ZÁVĚR VSTUPNÍHO VYŠETŘENÍ

Pacientka trpí CHOPN a cor pulmonale, s proměnlivým stupněm dušnosti. Mohu tedy předpokládat, že fyzický výkon pacientky nebude moc velký.

Pacientka je po operaci obou kyčelních kloubů (TEP), před zhoršením interního stavu pacientka chodila o dvou FH.

Důvodem překlada z nemocnice na Bulovce byla dekompenzace stavu úzkostná organická porucha, v anamnéze má též schizoafektivní poruchu depresivního typu. U pacientky je přítomna symptomatologie úzkostná, depresivní, psychotická (bludy, halucinace). Pozoruji nápadné mimovolní pohyby hlavou.

Pacientka je výrazně omezena v sebeobsluze v rámci lůžka, bude nutná moje spolupráce s ergoterapeutem.

Úroveň kontaktu a komunikace je velice proměnlivá. Bude vhodné, abych s pacientkou navázala určitý vztah.

Cílem terapie je dosažení hybnosti stejné jako před zhoršením CHOPN. Budu se držet rehabilitačního plánu a přizpůsobovat ho stavu pacientky.

3.1.3 PRŮBĚH TERAPIE

LISTOPAD 2009

Spolupráce pacientky jednoznačně souvisela s psychickým stavem, podle toho jsem musela měnit průběh fyzioterapie. Pacientka prováděla mimovolní pohyby. Konzultovala jsem tento jev s lékařem. Po úpravě medikace (psychofarmaka) došlo ke zmírnění těchto projevů.

V listopadu jsem každou terapii s pacientkou prováděla pasivní cvičení a následně jsme postupně začaly cvičit aktivně. Každý pohyb dolními končetinami pacientka provedla 2x, po třetí již nereagovala na moje výzvy. Cvičení s horními končetinami šlo pacientce snáze, velice jí pomáhalo, když mohla pohyb končetiny sledovat očima. Pohyb končetinami jsme synchronizovaly s dýcháním. V průběhu každé terapie jsem po chvilce odpočinku pacientce pomohla do sedu. Zpočátku se paní Š. M. zvedla přes „hrazdičku“ nad postelí. Ale postupným nácvikem se naučila přetočit se na bok a poté se posadit. Musela jsem pacientce pomáhat s dolními končetinami. V první polovině listopadu pacientka v sedu vydržela asi 1 minutu, poté se sama položila do postele. V druhé polovině listopadu pacientka

vydržela v sedu až 5 minut. V průběhu celé terapie při každé vertikalizaci jsem pacientce měřila krevní tlak a puls.

Na konci měsíce jsme s pacientkou nacvičovala přesuny v rámci lůžka. Pacientce dělalo problém nadzvednout pánev a přesunout ji. Zařadila jsem do terapie cviky na posílení trupového svalstva. Přinesla jsem také overball, abych pacientce cvičení zpestřila. Nejdříve se paní Š. M. overball nelíbil, nechtěla s ním cvičit, ale pak si zvykla. Paní Š. M. začala lépe komunikovat, snažila se více cvičit, každý cvik opakovala až pětkrát. V závěru každé terapie se ptala, kdy přijdu příště a těšila se na mě.

Celý měsíc na začátku terapie jsem s pacientkou prováděla také dechová cvičení.

PROSINEC 2009

V úvodu prosince se pacientka cítila celkově lépe, stěžovala si pouze na zácpu. Mimovolní pohyby hlavou byly výrazně zlepšeny. V prosinci pacientka dostala propustku domů.

V prosinci jsem opět začínala terapii s dechovou gymnastikou. Učila jsem pacientku dýchat do břicha, aby zaktivovala břišní stěnu, která byla oslabená. Postupně v průběhu prosince jsem pacientce přidala při výdechu zvednutí hlavy. Pokračovaly jsme v nácvičování přesunů na lůžku. Pacientka byla postupně zdatnější a zvládala již zvednutí pánve. Opět jsem pacientce pomáhala do sedu. Pacientka vydržela v sedu cca 5 minut. V sedu jsem prováděla měkké techniky na oblast šíje a zkoušely jsme přenášení váhy z jedné poloviny těla na druhou. Nejdříve měla z přenášení váhy obavy, ale s mojí pomocí cvik zvládla.

V polovině měsíce se kondice pacientky zhoršila, uváděla větší únavu, problémy se spaním, objevil se kašel. Pohyby hlavou byly výraznější než v úvodu prosince. Před LTV jsem uvolnila klouby DKK a provedla jsem PIR abduktorů kyčelních kloubů a flexorů kolenních kloubů. Poté jsme cvičily cévní gymnastiku DKK. Poté jsme prováděly kondiční cvičení. Opět pacientka udělala každý cvik dvakrát, po třetí už nereagovala na moje výzvy. Pacientka během posledních terapií neustále opakovala, že se bojí. Ptala jsem se, čeho se bojí, ale

neodpovídala. Opět jsem tedy konzultovala tento stav s lékařem, mohlo by jít o nedostatečnou kompenzaci psychiatrického onemocnění.

Ve třetí dekádě prosince jsem pokračovala v FT dle plánu. Subjektivně se pacientka cítila lépe, ale stále měla strach a cítila úzkost. Pohyby hlavou byly minimální, nebyla tolik dušná. S pacientkou jsme postupně nacvičovaly stoj. U postele si pacientka stoupla jen krátce, poté si opět sedala a pokládala se do postele. Skoro vždy se jí točila hlava. Vždy na začátku terapie jsem pacientce provedla PIR na oba trapézové svaly, levátory lopatek a na prsní svaly. Opět jsme přistoupily k dechové gymnastice. Pacientka šla na Vánoce domů, proto jsem dala instrukce rodině, jak má s pacientkou doma cvičit.

LEDEN 2010

V průběhu vánočních svátků jsem za pacientkou nedocházela, ale fyzioterapie u ní dále pokračovala. Díky delší odmlce v terapii, musím s pacientkou navazovat znovu kontakt.

V první dekádě byla pacientka unavená, opět nebyla na stolici, měla mírné bolesti břicha. Začala jsem s pasivním protažením DKK a PIR abduktorů kyčle, poté jsme přešly k aktivnímu cvičení, posilovaly jsme svaly dolních, horních končetin a trupové svalstvo. Pacientka během terapií spolupracovala, komunikovala. Součástí terapie opět byla dechová gymnastika s aktivací břišní stěny. Paní Š. M. si stěžovala na bolesti v krční a bederní oblasti páteře, provedla jsem tedy PIR na trapézové svaly a na levátory lopatek, měkké techniky a míčkování na oblast bederní páteře. Pacientka se opět postavila s mojí pomocí. Ale cítí se velice nejistá. V sedu pacientka opět přenášela váhu z jedné poloviny těla na druhou. Po domluvě s ošetřovatelským personálem jsme přesunuli pacientce do pokoje křeslo, kde by měla asi hodinu denně sedět. Několik následných terapií probíhalo v sedu v křesle. Cvičily jsme hlavně aktivně s dolními i horními končetinami se synchronizací dechu.

Po třech měsících byla moje terapie ukončena. Pacientka byla přeložena na oddělení následné péče, kde se více zaměřují na další terapie v rámci rehabilitace a pacienti jsou zapojováni do kolektivních aktivit.

3.1.4 ZÁVĚREČNÉ VYŠETŘENÍ

Pacientka je nadále dušná z důvodu chronického plicního onemocnění, mimovolní pohyby hlavou jsou mírnější (nová medikace). Při práci s pacientkou jsem využila všech dostupných a možných metod, využívaných na gerontopsychiatrii. Došlo ke zlepšení soběstačnosti, podle Barthelova testu (Tab č. 2.) z výrazné závislosti na středně těžkou závislost. Pacientka se posadí bez pomoci, cítí větší jistotu, vydrží v sedu déle. Zvládá stoj s přidržením u lůžka. Přetrvává chabé kyfotické držení těla, ale je schopna udržet vzpřímené držení v sedu. Předsunuté držení hlavy je mírnější, ramena jsou stále v protrakci. Svalová síla na HKK je zlepšena. Na DKK je svalová síla výrazně lepší. Vyšetření jednotlivých svalů je uvedeno v Tabulkách č. 3 a č. 4 pod textem. Po svalové stránce je pacientka schopna chůze. Rozsahy pohybů v jednotlivých kloubech jsou nezměněny. Nadále lehce omezena dorzální flexe hlezenního kloubu. V rámci sebeobsluhy pacientka vydrží v sedu déle, jinak se nic výrazně nezměnilo. Můj plán byl splněn jen částečně, na konci terapie nebyla paní Š. M. schopná chůze.

Fyzický stav paní Š. M. se odvíjí od jejího psychického stavu. Některé mé terapeutické hodiny byly dobré a jiné horší. Kontakt, komunikace a spolupráce s pacientkou byly proměnlivé. Když v některých hodinách říkala, že se bojí, mohlo to souviset s kompenzací jejího psychiatrického onemocnění. Celkově je však stav pacientky lepší. Je více mobilní v rámci lůžka. Při další péči bude pacientka schopna chůze alespoň ve vysokém chodítku.

Tab. č. 2. Výstupní Barthelův test

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5

	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně inkontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkem		45

Pozn.: Platné hodnoty jsou označené tučně.

Výsledek: **45** bodů – ADL 3 závislost středního stupně

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Tab. č. 3. Svalová síla - horní končetiny

		Vstupní vyšetření		Výstupní vyšetření	
		LHK	PHK	LHK	PHK
Ramenní kloub	Svaly				
Flexe	m. deltoideus, m. coracobrachialis	2+	3-	3	3-
Abdukce	m. deltoideus, m. supraspinatus	3-	3-	3	3
Zevní rotace	m. infraspinatus, m. teres minor	2	2+	2+	2+
Vnitřní rotace	m. subscapularis, m. pectoralis major, m. latissimus dorsi, m. teres major	2+	2	2+	2+
Loketní kloub					
Flexe	m. biceps brachii, m. brachialis, m. brachioradialis	3	3-	3	3
Extenze	m. triceps brachii, m. anconeus	3	3	3	3
Supinace	m. biceps brachii, m. supinator	2+	3-	2+	3
Pronace	m. pronator teres, m. pronator quadratus	2+	2+	2+	2+

Zápěstí					
Flexe s addukcí	m. flexor carpi ulnaris	2+	2+	3-	3-
Flexe s abdukcí	m. flexor carpi radialis	3	3	3	3
Extenze s addukcí	m. extensor carpi ulnaris	2+	2+	2+	2+
Extenze s abdukcí	m. extensor carpi radialis brevis et latus	3	2+	3	2+

Tab. č. 4. Svalová síla - dolní končetiny

		Vstupní vyšetření		Výstupní vyšetření	
		LDK	PDK	LDK	PDK
Kyčelní kloub	Svaly				
Flexe	m. iliopsoas	2-	2	2+	3
Abdukce	m. gluteus medius, m. tensor fasciae latae, m. gluteus minimus	2-	2-	3-	3-
Zevní rotace	m. quadratus femoris, m. piriformis, m. gluteus maximus, m. gemellus superior et inferior, m. obturatorius extendus et internus	2	2	2+	2+

Vnitřní rotace	m. gluteus minimus, m. tensor fasciae latae,	2+	2	3	3-
Kolenní kloub					
Extenze	m. quadriceps femoris	2	2+	3-	3-
Hlezenní kloub					
Plantární flexe	m. triceps surae	2	2	3	3
Supinace s dorzální flexí	m. tibialis anterior	2	2-	3-	3

Tab. č. 5. Zkrácené svaly

Sval	Vstupní vyšetření		Závěrečné vyšetření	
	L	P	L	P
Flexory kolenního kloubu	2	2	1	1
Adduktory kyčelního kloubu	1	1	1	1
m. piriformis	1	1	1	1
m. pectoralis major	2	2	1	1
m. trapezius	2	2	2	1
m. levator scapulae	2	1	1	1

4 ZÁVĚREČNÁ ČÁST

4.1 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se chtěla seznámit s prací fyzioterapeuta na gerontopsychiatrickém oddělení a s tím, jaké možnosti má fyzioterapie u gerontopsychiatrických pacientů.

Během praxe jsem se setkala s geriatrickými pacienty s různě těžkým pohybovým omezením, omezením daným psychickou poruchou a intelektovými poruchami. Cílem péče o pacienta bylo vždy dosažení co největšího stupně pohybové aktivity, mentální aktivity a tak zachování co největší soběstačnosti v rámci běžných denních činností.

Většina pacientů, se kterými jsem se setkala, byli upoutáni na lůžko. U takových pacientů je největším problémem hrozba imobilizačního syndromu. V takovém případě je cílem fyzioterapie zachovat pacienta mobilního. Zde je důležité aktivní i pasivní cvičení, protahování svalů a velmi důležitá je včasná vertikalizace pacienta. Ze speciálních metodik je zde využitelná hlavně senzomotorická stimulace při nácviu stabilního sedu a stoje, další metodiky jsou využitelné spíše u pacientů se specifickým pohybovým postižením např. po cévních mozkových příhodách nebo totálních endoprotézách.

Rozvojem imobilizačního syndromu byla ohrožená také paní Š. M., se kterou jsem prováděla individuální fyzioterapii. U ní jsem si v praxi ověřila, čeho lze individuální fyzioterapií dosáhnout. Terapie vedla ke zlepšení celkového stavu. Pacientka se zlepšila v rámci sebeobsluhy z výrazné závislosti na středně těžkou závislost hodnoceno dle Barthelova testu všedních denních činností. Také svalová síla hlavně na dolních končetinách se výrazně zlepšila. Nepodařilo se však dosáhnout zlepšení hybnosti na úroveň před exacerbací CHOPN. V době, kdy jsem s pacientkou práci ukončila, byla schopná samostatného sedu a krátkého stoje u lůžka, nebyla schopná chůze.

Kontakt s pacientkou a její spolupráce při fyzioterapii byly hodně proměnlivé v závislosti na kompenzovanosti psychického onemocnění. Po úpravě medikace se spolupráce s paní Š. M. dosti zlepšila.

U mobilních pacientů se využívá hlavně skupinová LTV a další formy terapií. Pacienti se aktivizují v největší možné míře v závislosti na jejich aktuálním stavu.

Na gerontopsychiatrii působí fyzioterapeut částečně i jako psychoterapeut. Fyzioterapeut musí respektovat pacientův aktuální stav, musí pacienta neustále podporovat a přiměřeně chválit. Při skupinové LTV musí respektovat tempo jednotlivých pacientů a přizpůsobit tomu terapii. Také je dobré, aby předpokládal, že pracuje s pacientem, který jako v případě paní Š. M., nemusí být kompenzován po stránce psychiatrického onemocnění.

Výhodou je také spolupráce fyzioterapeuta s ošetrovatelským personálem. Zdravotní sestra má rovněž velký význam v pohybové terapii pacientů. Bohužel, jak jsem zjistila, ošetrovatelský personál ani po domluvě s fyzioterapeutem základní prvky rehabilitačního ošetřování neprovádí. Hlavní důvodem, podle slov sester, je nedostatek času a zdravotnického personálu.

4.2 SOUHRN

Práce se zabývá fyzioterapií u gerontopsychiatrických pacientů, obrazem péče o gerontopsychiatrického pacienta v lůžkovém psychiatrickém zařízení a v zařízení následní péče (zařízení, zajišťující respitní péči a denní stacionáře). Formou kazuistiky popisuje průběh a výsledky individuální fyzioterapie u polymorbidní pacientky s organickou úzkostnou poruchou a schizoafektivní poruchou depresivního typu, u které došlo ke zhoršení hybnosti během exacerbace CHOPN, pro kterou musela být hospitalizována na interním oddělení.

Práce stručně charakterizuje náplň oborů gerontologie, geriatrie a gerontopsychiatrie, které se zabývají problematikou seniorů. Zmiňuje se o teoriích stárnutí a o fyziologických změnách ve stáří. Zabývá se nejčastějšími geriatrickými syndromy, kterými jsou instabilita, imobilita, problémy inkontinence, poruchy intelektu a iatrogení poškození pacienta. Uvádí nejčastější psychické poruchy ve stáří, kterými jsou kognitivní poruchy včetně demence, deliria a rovněž deprese.

Dále se práce věnuje účinkům pohybu na organizmus a možnostem fyzioterapie u gerontopsychiatrických pacientů. Především možnostem individuální pohybové terapie a skupinové léčebné výchovy. Zabývá se také dalšími druhy terapie, jako jsou ergoterapie, kognitivní trénink a canisterapie. Jsou zde uvedeny charakteristiky jednotlivých terapií s ohledem na jejich využití u starších lidí, pozornost je také věnována způsobu chování fyzioterapeuta ke gerontopsychiatrickým pacientům. Fyzioterapie je pojata jako součást komplexní péče o pacienta. Fyzioterapeut komunikuje a spolupracuje s ostatními členy týmu pečujícího o pacienta. Významná je spolupráce s ošetrovatelským personálem ve smyslu rehabilitačního ošetřování. Fyzioterapeut by měl být také schopen zodpovědět časté otázky pacientů ve smyslu „co se mnou bude dál“, této problematiky se týká kapitola o následné péči.

Práce přináší rovněž vlastní zkušenosti, které jsem získala na stáži v Psychiatrické léčebně Bohnice a v Gerontologickém centru v Praze 8. V Psychiatrické léčebně Bohnice jsem se účastnila skupinové LTV a individuální

fyzioterapie. V Gerontologickém centru v Praze 8 jsem viděla aktivizační program pacientů s kognitivní poruchou a nahlédla jsem do chodu denního stacionáře.

V průběhu stáže jsem se setkala s pacienty s různě těžkými poruchami pohybového aparátu, intelektovými poruchami a s poruchami psychického stavu. Vždy bylo hlavním cílem péče zachovat mobilitu a soběstačnost pacienta.

V případě pacientů upoutaných dlouhodobou nemocí na lůžko je největším problémem imobilizační syndrom. Fyzioterapie u takových pacientů spočívá hlavně ve včasné vertikalizaci, v pasivním a aktivním cvičení, aby bylo dosaženo, co možná největší míry soběstačnosti pacienta. Což je potvrzeno ve speciální části práce, kde popisuji průběh fyzioterapie u pacientky. Pohybová terapie vedla u pacientky ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Pacientka se zlepšila v sebeobsluze na lůžku, výrazně se zlepšila u pacientky svalová síla hlavně dolních končetin. Pacientka byla na konci terapie schopná sedu a krátkého stoje u lůžka. Chůze zatím nebyla možná.

S mobilními pacienty se pracuje spíše v rámci skupinové pohybové terapie a dalších druhů terapie.

Fyzioterapeut musí brát vždy v potaz aktuální stav pacienta a přizpůsobit tomu terapii. Musí respektovat pacienta, neustále ho povzbuzovat, chválit. Nesmí mít přehnané nároky na pacienta, ale nesmíme nedostatečnou aktivitou způsobit pacientovu pasivitu.

4.3 SUMMARY

The subject of this work is application of physiotherapy at gerothopsychiatric patients, the image of care of geronthopsychiatric patient on inpatient department and at after-care facilities (facilities, that are providing respite care and day care). In form of casuistry it is describing process and results of individual physiotherapy of polymorbidity patient with organic anxious disorder and schizoaffective disorder of depressive type, of which during exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease had occurred deterioration of motivity, for which she has to be hospitalized on internal ward.

The work briefly characterizes fields of gerontology, geriatrics and gerothopsychiatry that deal with problems of seniors. It refers to theory of aging and physiological changes in the old age. It is concerning the most common geriatric problems like instability, imobility, problems with urinary incontinence, intellect disorders and iatrogenic harm of the patient. It indicates the most common mental disorders in the old age, which are cognitive disorders including dementia, delirium and depression also.

Furthermore the work is devoted to effects of locomotion on organism and to possibilities of physiotherapy at gerothopsychiatric patients, to possibilities of individual locomotion therapy and group therapeutic exercising especially. It is concerning with another kinds of therapy also, like occupational therapy, cognitive training and canistherapy. There are given individual characteristics of therapies with respect to their use on older people, attention is also paid to manner of behavior of physiotherapist to geronthopsychiatric patients. Physiotherapy is concieved like component of complex care of patient. Significant is the cooperation with nursing staff in the mean of rehabilitational care. Physiotherapist should be able to answer common questions like "*What will be with me?*", chapter about subsequent care is devoted to problems regarding this subject.

The work bring also own experiences, which I have been acquiring during my short-term attachment in Psychiatric Asylum Bohnice and in Geronthologic Center in Prague 8. In Psychiatric Asylum Bohnice I have attended to group exercising and individual physiotherapy. In Geronthologic Center in Prague 8 I

saw activating program for patients with cognitive disorder and I also took a look into operation of day care facility.

During my short-term attachment I have met with patients with differently sever motion disorder, intellect and mental state disorder. The main aim has always been care of concervation of mobility and self-sufficiency of patient.

In the case of patients confined to bed due long-term illness, the biggest problem is immobilization syndrome. Physiotherapy at such patients consists mainly in timely verticalization, passive and active exercising, in order that utmost self- sufficiency of patient is achieved. This is confirmed in special part of work, where I am describing the process of physiotherapy at patient. Locomotion therapy at patient led to significant improvement of self-sufficiency on the bed, muscle force improved significantly, mainly muscle force of legs. At the end of therapy, the patient was able to sit and to shortly stand by the bed. Walking was not possible.

Working with mobile patients is done rather in group exercising therapy.

Physiotherapist must take patient's current state of health into consideration and adjust therapy to it. He must respect him, constantly encourage him, and praise him. He must not have exaggerated requirements on patient, but he must not with lack of activity inflict patient's passivity. He must activate patient at the utmost according to his abilities.

5 SEZNAM LITERATURY

5.1 BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Panorama, 1991. 407 s. ISBN 978-80-247-2490-4

HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0

HOLMEROVÁ, I. Deprese ve stáří. *Lékařské listy, příloha zdravotnických novin*, 2007, č. 12, s. 6 – 8.

HOLMEROVÁ, I. et. al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. Vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4

HONZÁK, R. Tělesné cvičení pomáhá léčit depresi. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, roč. 1, č. 3, s. 138 – 140.

HROMÁDKOVÁ, J., BABKOVÁ, A. *Fyzioterapie*. Dotisk 1. vyd. Jinočany: HaH Vyšehradská, 2002, s. 430. ISBN 80-86022-45-5

CHLUMECKÁ, J. Hodnocení soběstačnosti v ergoterapii. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, roč. 1, č. 3, s. 122 – 125.

KALVACH, Z. et. al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

KAVANOVÁ, J. Skupinové léčebné tělesné výchovy v gerontopsychiatrii. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č. 8.

KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8

PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scienta medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8

5.2 BIBLIOGRAFIE

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4

BOLELOUCKÝ, Z., PLEVOVÁ, J. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. Praha: Grada, 2000. 164 s. ISBN 80-7169-959-4

BUREŠ, I. Prevence a léčba dekubitů. *Lékařské listy, příloha zdravotnických novin*, 2003, č. 23, s. 18 – 21.

CETLOVÁ, L. Canisterapie v psychiatrické léčebně. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2007, roč. 3., č. 1, s. 27.

HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0

HOLMEROVÁ, I. Proč je třeba pátrat po včasných příznacích demence. *Lékařské listy, příloha zdravotnických novin*, 2007, č. 20, s. 20 – 21.

KAJNAROVÁ, L. Pohybová léčba v geriiatrii. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2005, roč. 1, č. 3, s. 115 – 117.

KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

KAVANOVÁ, J. Skupinové léčebné tělesné výchovy v gerontopsychiatrii. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č. 8.

KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 55 s. ISBN 80-7040-829-4

PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scienta medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8

PRAŠKO, J. et al. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 624 s. ISBN 978-80-7262-498-0

RABOCH, J., ZVOLSKÝ P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8

RŮŽIČKA, E. et al.. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X

TOPINKOVÁ, E. Inkontinence moči u žen vyššího věku. *Lékařské listy, příloha zdravotnických novin*, 2007, č. 12, s. 12 – 17.

TOPINKOVÁ, E. Závrať jako projev vertebrobazilární insuficience ve vyšším věku. *Lékařské listy, příloha zdravotnických novin*, 2003, č. 8, s. 11 – 14.

TROJAN, S. et al. *Lékařská fyziologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5

VOTAVA, J. et. al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X

5.3 INTERNETOVÉ ZDROJE

Pomocné tlapy o. p. s.. *Léčebné účinky canisterapie* [online]. 8. 8. 2009 [cit.2010-02-05]. Dostupné z www: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/lecebne-ucinky-canisterapie-9.html>.

Anonym. *Možnosti léčby inkontinence* [online]. [cit.2010-02-05]. Dostupné z www: <http://www.ordinace.cz/clanek/moznosti-lecby-inkontinence-unik-moci/>.

Česká gerontologická a geriatrická společnost. *Koncepce oboru geriatric* [online]. [cit.2009-11-05]. Dostupné z www: <http://www.cggs.cz/cz/KoncepceGeriatric/>.

Gerontologické centrum v Praze 8. *Denní stacionář* [online]. [cit.2010-03-04]. Dostupné z www: <http://www.gerontocentrum.cz/denni.php>.

Gerontologické centrum v Praze 8. *Lůžková část* [online]. [cit.2010-03-04]. Dostupné z www: <http://www.gerontocentrum.cz/luzka.php>.

Kongregace milosrdných sester III. řádu svatého Františka. *Ergoterapie02* [online]. 18. 8. 2009 [cit.2010-03-10]. Dostupné z www: <http://www.frantiskanky.cz/zernuvka/album/slides/ergoterapie02.html>.

Kongregace milosrdných sester III. řádu svatého Františka. *Zer024* [online]. 18. 8. 2009 [cit.2010-03-10]. Dostupné z [www: http://www.frantiskanky.cz/zernuvka/album/slides/zer024.html](http://www.frantiskanky.cz/zernuvka/album/slides/zer024.html).

Kongregace milosrdných sester III. řádu svatého Františka. *Ergoterapie07* [online]. 18. 8. 2009 [cit.2010-03-10]. Dostupné z [www: http://www.frantiskanky.cz/zernuvka/album/slides/ergoterapie07.html](http://www.frantiskanky.cz/zernuvka/album/slides/ergoterapie07.html).

Světlava Koukalová. *Ošetřovatelství – Barhtelův test všedních denních činností*. [online]. 29. 3. 2006. [cit.2010-04-04]. Dostupné z [www: http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php](http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php).

Anonym. *Typy inkontinence*. [online]. [cit.2010-04-12]. Dostupné z [www: http://www.mocova-inkontinence.cz/typy_inkontinence_urg.html](http://www.mocova-inkontinence.cz/typy_inkontinence_urg.html)

6 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1. ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY (YESAVAGE A SPOL. ZKRÁCENÁ VERZE – TOPINKOVÁ, E.), (PACOVSKÝ, 1994)

Na každou otázku vyberte odpověď ano nebo ne:

1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?
2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?
4. Cítíte se často sklíčený a melancholický?
5. Máte většinou dobrou náladu?
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?
7. Cítíte se převážně šťastný?
8. Cítíte se často bezmocný?
9. Vysedáváte raději doma, než abyste šel/šla mezi lidi?
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?
11. Myslíte si, že je krásné být ještě naživu?
12. Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?
13. Cítíte se plný elánu a energie?
14. Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?

Hodnocení:

Hodnotí se jeden bod za tzv. depresivní odpověď, tedy za odpověď ano u otázek 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 a za odpověď ne u zbývajících otázek, tj. 1, 5, 7, 11, 13.

Celkové bodové skóre: 0 až 5 bodů – norma, 6 až 10 bodů – mírná deprese, nad 10 bodů – manifestní deprese.

PŘÍLOHA Č. 2. FOLSTAINŮV TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ. MMS – TEST (MINI-MENTAL-STATE)
(MODIFIKACE TOPINKOVÁ, E., MELLANOVÁ, A., 1993), (PACOVSKÝ, 1994)

A. Orientace *maximální počet bodů*

Jaký je teď (rok), (období), (měsíc), (den v týdnu), datum **5**

Kde nyní jste (země), (oblast), (město), (ulice event. nemocnice), (číslo domu, event. podlaží nebo číslo pokoje v nemocnici) **5**

Za každou správnou odpověď nemocný získá po jednom bodu.

B. Paměť

Vyšetřující jmenuje tři předměty během tří sekund, (strom), (okno), (kniha) a vyzve nemocného, aby je opakoval. **3**

Správná odpověď každý předmět po jednom bodu.

C. Pozornost a počítání

Odečítejte sedmičku od čísla 100. Ukončí se po 5 odpovědích,

každá správná odpověď po jednom bodu. **5**

D. Krátkodobá paměť

Vybavte a jmenujte tři dříve uvedené předměty. **3**

Správná odpověď každý předmět po jednom bodu.

E. Jazyk

Vyšetřující ukáže dva předměty (tužka), (hodinky) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval. **2**

Opakujte následující: „Ale, avšak, a přece“ **1**

Proveďte po sobě tyto úkony: (vezměte papír do pravé ruky),

(přeložte jej na půl) a (položte na stůl).

3

Přečtete a proveďte tento příkaz: (nemocný dostane lístek s výzvou)

„Zavřete oči“.

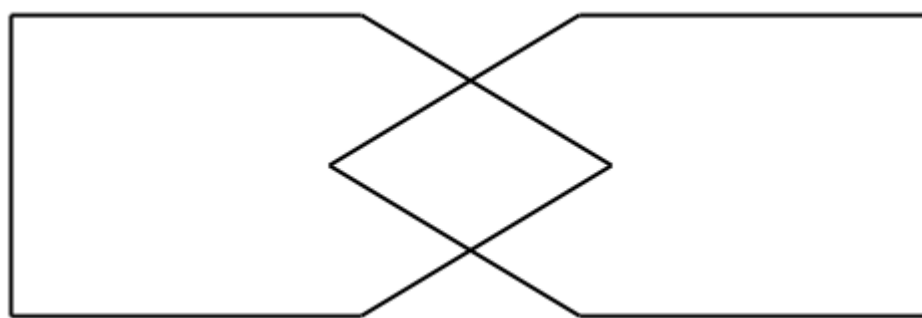
1

„Napište větu obsahující podmět a přísudek“.

1

„Namalujte podle předlohy tento obrázek“.

1



max. 30

Hodnocení:

0 až 10 bodů: těžká kognitivní porucha;

11 až 20 bodů: kognitivní porucha středního stupně;

21 až 23 bodů: lehká porucha;

24 a více: norma.

PŘÍLOHA Č. 3. KLINICKÉ HODNOCENÍ DEMENCE

(RŮŽIČKA, 2003)

	Porucha		
	Nepřítomna 0	Sporná 0,5	Mírná 1
Paměť	Nepřítomnost poruchy paměti nebo mírná občasná zapomnětlivost	Soustavná mírná zapomnětlivost, vybavování událostí je částečné, „benigní zapomnětlivost“	Střední porucha paměti, výraznější pro nedávné události, porucha negativně ovlivňuje každodenní činnosti
Orientace	Plně orientován	Plně orientován s výjimkou mírných obtíží při orientaci v čase	Střední obtíže při orientaci v čase, orientován místem, někde může být dezorientován místem
Úsudek a řešení problémů	Vyřeší každodenní problémy, zvládá dobře pracovní a finanční záležitosti; úsudek v porovnání s minulostí dobrý	Mírné obtíže při řešení problémů, určování podobnosti a rozdílů	Střední obtíže při řešení problémů, určování podobností a rozdílů, sociální úsudek je obvykle zachován
Společenský život	Je soběstačný na běžné úrovni, pokud jde o práci a nakupování, zájmové a společenské aktivity	Tyto aktivity jsou mírně narušeny	Tyto aktivity není schopen vykonávat samostatně, i když se některých z nich účastnit; na první pohled vypadá normálně
Domov a koníčky	Život doma, zájmová činnost a intelektuální zájmy jsou dobře zachovány	Život doma, zájmová činnost a intelektuální zájmy jsou mírně narušeny	Mírné, ale nepochybné zhoršení funkcí doma, náročnější domácí práce nevykonává; opouští náročnější koníčky a zájmy
Péče o sebe	Plně soběstačný	Plně soběstačný	Potřebuje poradit

Klinické hodnocení demence – pokračování

	Porucha	
	Střední 2	Závažná 3
Paměť	Závažná porucha paměti, uchovává pouze dobře naučený materiál, nový materiál rychle zapomíná	Závažná porucha paměti, zachovány pouze fragmenty
Orientace	Závažné potíže při orientaci v čase, většinou je dezorientován časem, často místem	Pouze orientován osobou
Úsudek a řešení problémů	Závažné obtíže při řešení problémů, určování podobností a rozdílů; sociální úsudek je obvykle narušen	Neschopen tvořit úsudek nebo řešit problémy
Společenský život	Vypadá natolik zdravě, že jej lze zapojit do činností mimo domov	Mimo domov nedokáže být soběstačný; působí příliš nemocně, takže jej nelze zapojit do činnosti mimo domov
Domov a koníčky	Je schopen vykonávat pouze jednoduché domácí práce; zájmy jsou velmi omezené, nedostatečně zachovaný	Nevykonává žádné domácí práce
Péče o sebe	Potřebuje pomoc při oblékání, hygieně, udržování osobních věcí	Vyžaduje značnou pomoc při péči o sebe; častá inkontinence

Pozn.: Hodnoťte pouze pokles od obvyklé předchozí úrovně způsobený úbytkem kognitivních funkcí, nikoli postižení způsoben jinými faktory.

PŘÍLOHA Č. 4. OBRAZOVÁ UKÁZKA SKUPINOVÉ LÉČEBNÉ TĚLESNÉ VÝCHOVY

Obr. č. 1. Cvičení s míči



Zdroj: vlastní

Obr. č. 2. Cvičení s míči



Zdroj: vlastní

Obr. č. 3. Cvičení s míči



Zdroj: vlastní

Obr. č. 4. Cvičení s míči



Zdroj: vlastní

Obr. č. 5. Cvičení s míči



Zdroj: vlastní

Obr. č. 6. Cvičení s míči



Zdroj: vlastní

Obr. č. 7. Kondiční cvičení HKK



Zdroj: vlastní

Obr. č. 8. Kondiční cvičení trupu



Zdroj: vlastní

Obr. č. 9. Kondiční cvičení HKK



Zdroj: vlastní

Obr. č. 10. Protážení trupu a HKK



Zdroj: vlastní

Obr. č. 11. Protažení šíjových svalů



Zdroj: vlastní

Obr. č. 12. Protažení HKK a trupu



Zdroj: vlastní

Obr. č. 13. Cvičení s míči a tyčemi



Zdroj: vlastní

Obr. č. 14. Cvičení HKK a trupu



Zdroj: vlastní

Obr. č. 15. Protahování trupu



Zdroj: vlastní

Obr. č. 16. Kondiční cvičení HKK



Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA Č. 5. BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL – ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

Pacient

Jméno:.....

Datum narození (věk):.....

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně inkontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10

	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkem		

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

PŘÍLOHA Č. 6. OBRAZOVÁ UKÁZKA KONDIČNÍ ERGOTERAPIE

Obr. č. 18. Kondiční ergoterapie



Zdroj: archiv PLB

Obr. č. 19. Kondiční ergoterapie



Zdroj: archiv PLB

Obr. č. 20 kondiční ergoterapie



Zdroj: Archiv PLB

Obr č. 21 ukázka tvorby



Zdroj: <http://www.frantiskanky.cz...>

Obr. č 22. Kondiční ergoterapie



Zdroj: <http://www.frantiskanky.cz...>

Obr. č. 23. Pracovní terapie



Zdroj: <http://www.frantiskanky.cz...>