

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Eliška M. Chlapcová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

Využití prvků bazální stimulace

v ergoterapii

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Nová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2012

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji paní Mgr. Štěpánce Nové za odborné vedení práce a poskytnutí cenných rad při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji paní Haně Mudrové DiS. za poskytnutí materiálů.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Bazální stimulace.....	12
1.1 Desatero bazální stimulace dle Friedlové (Friedlová, 2007)	13
1.2 Dělení prvků bazální stimulace	13
1.2.1 Somatická stimulace.....	14
1.2.1.1 Iniciální dotek.....	14
1.2.1.2 Typy somatické stimulace	15
1.2.1.2.1 Polohování.....	16
1.2.1.2.2 Povzbuzující somatická stimulace.....	17
1.2.1.2.3 Zklidňující somatická stimulace.....	19
1.2.1.2.4 Diametrální stimulace.....	20
1.2.1.2.5 Neurofyziologická stimulace.....	22
1.2.1.2.6 Masáž stimulující dýchání.....	23
1.2.1.2.7 Kontaktní dýchání	24
1.2.1.2.8 Symetrická stimulace	24
1.2.1.2.9 Rozvíjející stimulace	25
1.2.2 Vestibulární stimulace	26
1.2.3 Vibrační stimulace.....	29
1.2.4 Trilogie	31
1.2.5 Optická stimulace	32
1.2.6 Olfaktorická stimulace	35
1.2.7 Orální stimulace	37
1.2.8 Taktilně-haptická stimulace	40
1.2.9 Auditivní stimulace	42
2 Dětská mozková obrna	45
2.1 Rizikové faktory (Kraus, 2005, s. 36-45).....	45
2.1.1 Prenatální období.....	45
2.1.2 Perinatální období.....	46
2.1.3 Postnatální období	46
2.2 Formy dětské mozkové obrny	47
2.2.1 Spastické.....	48

2.2.2	Nespastické.....	50
2.2.2.1	Dyskinetická forma	50
2.2.2.2	Ataktická forma.....	50
2.2.2.3	Hypotonická forma.....	50
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	51
3	CÍLE	51
4	HYPOTÉZY	51
5	Kazuistika 1	52
6	Kazuistika 2	63
7	Kazuistika 3	72
8	Kazuistika 4.....	79
9	Kazuistika 5	91
10	DISKUZE	102
10.1	Hypotéza 1	102
10.2	Hypotéza 2	103
10.3	Hypotéza 3.....	105
	ZÁVĚR	107
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	108
	SEZNAM PŘÍLOH.....	110

Anotace

Příjmení a jméno: Chlapcová Eliška M.

Katedra: Fyzioterapie a Ergoterapie

Název práce: Využití prvků bazální stimulace v ergoterapii

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Nová

Počet stran: číslované 110, nečíslované 2

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: bazální stimulace, dětská mozková obrna

Souhrn:

Tato bakalářská práce na téma Využití prvků bazální stimulace v ergoterapii je zaměřena na působení základních prvků bazální stimulace na klienty s dětskou mozkovou obrnou. Prvky stimulace byly, v rámci výzkumné části, aplikovány na klienty, kteří docházejí do denního stacionáře.

Annotation

Surname and name: Chlapcová Eliška M.

Department: Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of thesis: Usage of Elements of Basal Stimulation in Occupational Therapy

Consultant: Mgr. Štěpánka Nová

Number of pages: numbered 110, unnumbered 2

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 24

Key words: basal stimulation, infantile cerebral palsy

Summary:

This thesis, on the topic Use of basal stimulation in occupational therapy, is focused on effect of the basic elements of basal stimulation on clients with infantile cerebral palsy. In the frame of research part were the elements of basal stimulation applied on the clients who attend day care.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – Activity of Daily Living (činnosti všedního dne)

BS – bazální stimulace

DMO – Děstká mozková obrna

g – gram

HHE – hemikonvulzní – hemiplegie

m. – musculus (sval)

n. – nervus (nerv)

tzn. – to znamená

tzv. – tak zvaný/á/ě

ÚVOD

Když jsem ve škole poprvé slyšela o konceptu bazální stimulace, bylo to v souvislosti převážně s klienty ve vigilním kómatu. Poté, co jsem se začala o tuto problematiku hlouběji zajímat, jsem se dozvěděla, že autor konceptu, Dr. Andreas Fröhlich, jej původně vytvořil jako metodu pro rozvoj schopností a možnost učení dětí s těžkým tělesným i mentálním postižením. Začala jsem se tedy o bazální stimulaci v souvislosti s touto cílovou skupinou více zajímat. V praxi jsem se s ní poprvé setkala v 1. ročníku na ergoterapii v Arpidě v Českých Budějovicích, kde jsem 4 týdny absolvovala souvislou odbornou praxi, a musím říci, že jsem jejími účinky byla velmi příjemně překvapena.

Když jsem pak ve druhém ročníku měla za úkol zvolit si téma bakalářské práce, měla jsem jasno.

Ve své bakalářské práci s názvem Využití prvků bazální stimulace v ergoterapii jsem se zaměřila na děti s kvadruparetickou formou dětské mozkové obrny, konkrétně na uvolnění zvýšeného svalového tonu, zklidnění a navázání komunikace s těmito klienty.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretický segment vysvětluje obecně jednotlivé prvky bazální stimulace, jejich indikace a způsob provedení. Dále popisuje diagnózu, na níž je práce orientována, dětskou mozkovou obrnu.

Praktická část ukazuje kazuistiky pěti klientů. Přestože mají všichni totožnou diagnózu, přesto je každý z nich velmi individuální. Na těchto klientech jsem aplikovala základní prvky bazální stimulace, což je podrobně popsáno právě v kazuistikách. V závěru praktické části jsou porovnány hypotézy se skutečnými poznatky z praxe a informacemi uvedenými v literatuře.

Tato bakalářská práce má za úkol ukázat, jak důležitou funkci zastává bazální stimulace v celkové péči o klienty s omezenými pohybovými i intelektuálními možnostmi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Bazální stimulace

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidského vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání.

Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení“ (Friedlová, 2007, s. 19).

Bazální stimulace tedy vychází z faktu, že veškeré činnosti či vjemy, s nimiž se člověk v životě setká, jsou uloženy v hlubokých paměťových stopách a je možné je vyvolat pomocí vhodně zvolené stimulace (Friedlová, 2007).

Hlavními faktory, na jejichž základě je tento ošetrovatelský koncept postaven, je individuální přístup na základě klientovi biografické anamnézy a zúčastnění blízké osoby při péči o klienta. Bazální stimulace poskytuje takové stimuly, které si klient, vzhledem ke svému postižení, není schopen sám obstarat. Zároveň na klienta pohlíží, jako na rovnocenného partnera (Friedlová, 2007).

Využití konceptu bazální stimulace je vhodné prakticky u každého klienta jakéhokoli věku a postižení, u něhož byly zjištěny patologické změny vnímání, nebo jehož tyto změny ohrožují, například dlouhodobě imobilní (Friedlová, 2007).

Tento koncept byl v 80. letech vytvořen profesorem Andreasem Fröhlichem, speciálním pedagogem, jako účinný způsob pro rozvoj schopností klientů s postižením tělesné a intelektové stránky. Poté navázal spolupráci se zdravotní sestrou Christel Bienstein, která koncept bazální stimulace úspěšně aplikovala do ošetrovatelské péče. Oba vytvořili speciální školící plán pro, na jehož základě jsou adekvátně vzděláváni certifikovaní lektori (Friedlová, 2007). První certifikovanou lektorkou BS v České republice je PhDr. Karolína Friedlová.

1.1 Desatero bazální stimulace dle Friedlové (Friedlová, 2007)

1. Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
7. Nepoužívejte v řeči zdvořilky.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova

1.2 Dělení prvků bazální stimulace

Všechny prvky bazální stimulace jsou vzájemně propojené a úzce spolu souvisí. Friedlová (Friedlová, 2007) je dělí na základní (somatická, vibrační a vestibulární) a nastavbové (optická, olfaktorická, orální, taktilně-haptická, auditivní).

1.2.1 Somatická stimulace

„Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Senzibilita svalů a kloubů je nazývána propriorepcí a úzce souvisí se somatickým a kinestetickým vnímáním. Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Vnímání vlastního těla je předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat“ (Friedlová, 2010).

Člověk je schopen vnímat podněty na svém těle již od 8. týdne intrauterinního vývoje. Jako první embryo vnímá tlak dělohy na vlastní tělo. Jestliže je plod jemně podrážděn, je schopen reagovat a povrch jeho těla je prakticky nepřetržitě stimulován vířivými pohyby plodové vody. V 9. týdnu intrauterinního vývoje plod cucá svůj palec a tím nabývá nových zkušeností ze svého těla a stimuluje dutinu ústní (Friedlová, 2007).

Základem somatické stimulace je dotyk. Základní podmínkou efektivního doteku je klid, přiměřený tlak, příjemná atmosféra, sled, opakování a význam doteku. Pokud je dotek aplikován nevhodně, může být efekt kontraproduktivní, klient je rozrušen, nabyde nejistoty a jeho svalový tonus se zvýší (Friedlová, 2007).

1.2.1.1 Iniciální dotek

Iniciální dotek využíváme při začátku a konci každého úkonu, který s klientem provádíme. Klient s omezenou schopností vnímání a komunikace obvykle neočekávané doteky přijímá jako lehký šok. Vyvolávají v něm pocit nejistoty a obav z toho, co přijde. Místo iniciálního doteku není v žádném případě u každého klienta stejné a jeho lokalizace není otázkou náhodného výběru. Je nezbytné u klienta prověřit biografickou anamnézu, místo iniciálního doteku probrat s rodinou a blízkými, kteří mohou ošetrovatelskému personálu značně usnadnit volbu správného místa. Dotek na vybraném místě musí být klientovi příjemný a nesmí narušovat jeho osobní zónu, jinak by se efekt snadno mohl stát zcela opačným. Obvyklým místem pro iniciální dotek je rameno nebo ruka. Dotek by měl být citlivý, optimálního tlaku, aby nepůsobil nepříjemné pocity, ale měl by být dostatečně důrazný, aby klientovi dal jasnou informaci o nastávající situaci. Iniciální dotek je také provázen slovně, pozdravem, představením sebe a plánu terapie. Aby bylo dosaženo co nejlepších výsledků, je důležité, aby tuto formu stimulace využíval veškerý zdravotnický personál i klientovi

blízcí. Z tohoto důvodu je o lokalizaci iniciálního doteku záznam v klientově dokumentaci a v neposlední řadě je ideální také umístění informativní cedulky například ke klientovu lůžku. (Friedlová, 2007)

1.2.1.2 Typy somatické stimulace

1. Povzbuzující
2. Zklidňující
3. Neurofyzilogická
4. Diametrální
5. Polohování „hnízdo“ a „mumie“
6. Symetrická
7. Kontaktní dýchání
8. Rozvíjející
9. Masáž stimulující dýchání (Friedlová, 2007, s. 74)

„Při všech zmíněných technikách stimulujeme kožní percepční orgán klienta a také vnímání pohybu vykonávaného během stimulací. V kůži a podkoží jsou receptory reagující na mechanické, termické a bolestivé podněty. Leží kolem citlivých bodů o hustotě 2 tepelné, 13 chladových, 25 dotekových a 200 bolestivých na 1 cm². Vnímání doteku, vibrací a lechtání patří do mechanorecepce. Termorecepce umožňuje vnímání teplotních změn a behaviorální a autonomní reakce, které se podílejí na regulaci tělesné teploty“ (Friedlová, 2007, s. 75)

1.2.1.2.1 Polohování

K deformaci vnímání hranic vlastního těla dochází již po půl hodině ležení v jedné poloze. Tento problém je o to více zvýšen, pokud klient leží na měkkých matracích. Proto je pravidelné polohování tolik důležité pro klientovu jistotu ve vnímání svého těla. Během polohování probíhá kromě somatické stimulace také vestibulární, neboť dochází k pohybu a změně polohy, a optická, pokud je klient schopen pozorovat dění v okolí z různých poloh těla. Klientův osobní pocit pohodlí a bezpečí je během polohování prvořadý. Z tohoto důvodu je opět nutné důkladné prostudování biografické anamnézy, popřípadě rozhovor s rodinou a blízkými za účelem získání co nejvíce informací o klientových zvycích při usínání a odpočinku (Friedlová, 2007).

1.2.1.2.1.1 Poloha mumie

Tato poloha se využívá za účelem přimět klienta uvědomit si vlastní tělesné schéma a získat kvalitní vjemy z vlastního těla (Friedlová, 2007).

Polohu „mumie“ indikujeme u neklidných klientů, u klientů s poruchou vnímání vlastních tělesných hranic, s hlubokou mentální retardací, u těch, kteří jsou ve vigilním kómatu nebo se z něho postupně probouzejí, nebo u novorozenců matek závislých na toxických látkách. Naopak kontraindikací se stává klaustrofobie, skutečnost, že jí klient trpí, by měla být zaznamenána v biografické anamnéze (Friedlová, 2007).

Princip uložení klienta do polohy „mumie“ je stejný, jako když je malé dítě baleno do „zavinovačky“. Nejprve oznámíme klientovi zamýšlenou činnost, abychom ho připravili a nezpůsobili mu šok. Ideální je před polohováním zařadit celkovou zklidňující koupel, ale není to podmínkou. Potom je klient položen diagonálně na rozprostřenou deku a spodní cíp je mu přeložen přes nohy. Oba boční cípy jsou přeloženy přes tělo klienta tak, aby ho pevně obepínaly, a cíp, který je přeložen jako druhý, je za účelem zpevnění celé polohy zafixován pod klientovým tělem. Klientovy horní končetiny při zavinování nejsou podél těla, nýbrž jsou položeny na hrudi, aby klient, v případě nejistoty nebo jiných nelibých pocitů, měl okamžitou možnost se z „mumie“ uvolnit. Polohování v rámci somatické stimulace lze kombinovat s vestibulární stimulací a to tak, že klient je po zabalení do „mumie“ uložen například do bezpečné houpací sítě. Po zapolohování je nutné klienta nějakou dobu pozorovat, a v případě negativních reakcí polohu adekvátně přizpůsobit (Friedlová, 2007).

1.2.1.2.1.2 Poloha hnízdo

Smyslem této polohy je, stejně jako u polohy „mumie“, stimulace vjemů z vlastního těla a jeho hranic a ovlivnění svalového tonu. Pro mnoho klientů vyvolává tato pozice více pozitivní pocity a komfortu než předchozí. Využívá se pro zklidnění klienta během odpočinku, u novorozenců, klientů se spastickými končetinami, v terminálním stadiu, po zklidňující somatické stimulaci a také po masáži stimulující dýchání (Friedlová, 2007).

Polohu „hnízdo“ je možné aplikovat prakticky v jakékoli poloze po předchozím upozornění a přípravě klienta. Klient je uveden do vybrané polohy a následně je jeho tělo obkládáno polohovacími hady, srolovanými dekami, polštáři, popřípadě i plyšovými či látkovými hračkami. A to tak, aby byly postupně modulovány části jeho těla a došlo tak ke zvýraznění hranic těla. Klientovi je možné dát do rukou například jeho oblíbený předmět, hračku apod. k navození taktilně-haptické stimulace. Je-li klientovi chladněji, může být přikryt dekou. Při každém polohování není nezbytné striktně dodržet všechna pravidla, zásadním kritériem musí být příjemné pocity klienta a eliminace faktorů způsobujících neklid (Friedlová, 2007).

Kromě výše zmíněných dvou poloh je možná i aplikace jejich kombinace. V tomto případě je klientovo tělo buď obloženo v „hnízdě“ srolovanými dekami a jinými polohovacími pomůckami a následně zabaleno dekou do polohy „mumie“, nebo je naopak zavinité tělo obloženo polohovacími polštáři do „hnízda“. Tento prvek se užívá ke zvýšení efektu obou poloh (Friedlová, 2007).

1.2.1.2.2 Povzbuzující somatická stimulace

Tuto stimulaci využíváme, pokud chceme zvýšit klientův krevní tlak, zlepšit pozornost a celkovou aktivitu, pozitivně ovlivnit hypotonus a zlepšit krevní oběh. Povzbuzující somatickou stimulaci je možné aplikovat během koupele, částečné nebo celkové. Při této koupeli využíváme vodu chladnější než je tělesná teplota, tzn. okolo 23-28°C. Pokud aplikujeme povzbuzující stimulaci mimo koupel, používáme ke stimulaci například masážní rukavice, mycí žínky nebo jiné stimulační materiály (Friedlová, 2007).

Povzbuzující stimulaci indikujeme dle Friedlové (Friedlová, 2007) klientů s: depresemi, apatií, poruchami krevního oběhu, hlubokou mentální retardací, hypotonií, poruchami vědomí, diabetem, bradykardií

Naproti tomu povzbuzující stimulace nesmí být dle Friedlové (Friedlová, 2007) aplikována klientům: s akutní cévní, mozkovou příhodou, neklidným, zmateným, se zvýšenou nitrolební tenzí.

Na začátku stimulace klienta informujeme o záměru verbálně a s pomocí iniciálního doteku. Slovní komentář je vhodný i během celé stimulace. Povzbuzující stimulace spočívá v jemných dotycích, hlazení proti směru růstu chlupů, neboť „každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletením, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci dále do mozku“ (Friedlová, 2010). Každý pohyb provedeme alespoň 3x-5x. Podle toho, jak to situace dovozuje, stimulaci začínáme nebo končíme na obličeji. Obličej stimulujeme také proti růstu chlupů, po obvodu na obou stranách, od brady směrem k čelu. Ne každému klientovi jsou doteky na obličeji těla příjemné, v tomto případě tuto část vynecháme. Další stimulovanou částí je hrudník. Zde začínáme po obou stranách hrudníku a pohyb provádíme do středu trupu. Po obou stranách lehce stiskneme, abychom ještě více zvýraznili hranice těla. Při opakování pohybu nikdy nesundáme z těla klienta obě ruce najednou, nýbrž přehmátneme, aby jedna ruka byla stále v kontaktu s klientem. Dále pokračujeme na horních končetinách, kde modulujeme oběma rukama po obvodu horní končetiny směrem od konečků prstů k rameni. Stejně tak pohyb provádíme na dolních končetinách od prstů směrem k tělu. Záda jsou stimulována od stran směrem k páteři. Opět přidáme lehký tlak na hranicích těla. Povzbuzující somatickou stimulaci můžeme provádět i přes oděv. Pokud je aplikována v rámci koupele, není nutné mýt genitál, aby nebyla narušena klientova intimní zóna. Klienta poté osušíme ručníkem také proti směru růstu chlupů. Klientovy reakce bychom měli po celou dobu stimulace bedlivě pozorovat a dbát na případné zvýšení potivosti, teploty, apod. (Friedlová, 2007). „Dáváme pozor na hodnoty krevního tlaku, neboť povzbuzující stimulace může zvýšit hodnoty systolického tlaku o 10-20 mm Hg“ (Friedlová, 2007, s. 82). Pokud klient reaguje negativně, stimulaci ukončíme. Tento typ stimulace může provádět zdravotnický personál nebo může být zaučen člen rodiny či jiná blízká osoba (Friedlová, 2007).

1.2.1.2.3 Zklidňující somatická stimulace

Zklidňující somatická stimulace je dle Friedlové (Friedlová, 2007) indikována klientům: neklidným, úzkostným, hyperaktivním, v terminálním stadiu nemoci, klientům s poruchou vnímání tělesných hranic, s poruchou spánku, se zvýšeným svalovým napětím, s demencí, s bolestmi, s hlubokou, mentální retardací, s poruchou vědomí, s tachykardií

Zklidňující stimulace je prováděna s cílem navození klidu a celkového uvolnění, stimulace vnímání tělesných hranic, redukce hypertonu, navázání komunikace (Friedlová, 2007).

Rovněž je možno ji aplikovat formou částečné nebo celkové koupele. V takovémto případě zvolíme teplotu vody vyšší než je teplota těla, tedy zhruba 37-40°C. Ke stimulaci užíváme mycí žínky, masážní rukavice nebo jiné stimulační materiály (Friedlová, 2007).

Před zahájením stimulace klientovi sdělíme plán činnosti, spojený s iniciálním dotekem. Neopomíjíme komentář během modulace každé části těla. Provádíme jemný, plynulý pohyb ve směru růstu chlupů alespoň 3x-5x. Podle okolností buď začínáme, nebo končíme na obličeji. Obličej stimulujeme po obvodu od čela směrem k bradě po obou stranách. Při hygieně obličeje je možné využít také tzv. asistovanou koupel, při níž vedeme svou rukou dominantní klientovu končetinu ve směru stimulace. Pokud to v klientovi vzbuzuje neklid, tuto oblast vynecháme. Pokračujeme na hrudníku, kde provádíme pohyb oběma rukama souměrně od středu trupu k jeho hranicím. Na obou stranách hrudníku provedeme lehký tlak, abychom tak hranice zvýraznili. Následují horní končetiny, které jsou modulovány jemným, „hladivým“ pohybem od ramene k zápěstí, každý prst stimulujeme zvlášť. Na dolních končetinách probíhá stimulace stejným způsobem. Průběh stimulace zad je pak totožný se stimulací hrudníku. Pohyb směřuje od páteře ke stranám trupu, kde opět lehce stlačíme. Genitál omýváme v jinou denní dobu, aby zásahem do intimní zóny nebyl narušen klientův klid. Pokud to situace dovoluje, k somatické stimulaci přiřadíme i jiné prvky bazální stimulace. Například budeme-li chtít stimulovat klientův zrak, uvedeme jej do polohy, která mu umožňuje celou somatickou stimulaci vizuálně vnímat.

Pokud stimulujeme v rámci celkové koupele, počet využitelných prvků bazální stimulace se úměrně zvyšuje. Pokud během mytí vložíme klientovi do ruky mycí žínku a jeho ruku ponoříme do umyvadla s vodou, jedná se taktilně-haptickou stimulaci, spojenou s auditivní stimulací, pokud je klient schopen sluchem vnímat zvuk „čvachtající“ vody. Stimulace čichového orgánu je možné docílit například využitím klientových oblíbených toaletních potřeb (Friedlová, 2007).

Během stimulace sledujeme klienta a jeho reakcím se přiměřeně přizpůsobujeme. Pokud jsou reakce negativní, stimulaci buď přerušíme, nebo podle potřeby upravíme její průběh (Friedlová, 2007).

Byla-li stimulace aplikována formou koupele během hygieny, klienta je osušován také po směru růstu chlupů, v opačném případě bychom účinek stimulace neutralizovali a u klienta bychom mohli probudit pocit zmatenosti a neklidu. Po stimulaci, obzvláště probíhá-li formou koupele, klienta přikryjeme a necháme odpočívat. Popřípadě je možné využít polohování „mumie“ a „hnízdo“

„Možné způsoby klientovi reakce, které můžeme přehlédnout:

1. Změny hemodynamiky (změna tepové frekvence, změna hodnoty krevního tlaku, změny na periférii, aj.)
2. Změny sekrece (zvýšená salivace během uvolnění, slyšitelná střevní peristaltika, kašel z důvodu zvýšené tracheální sekrece při strachu a úzkosti, změna sekrece potu, aj.)“ (Friedlová, 2007, s. 77)

1.2.1.2.4 Diametrální stimulace

Diametrální stimulaci aplikujeme u klientů s hypertonem. Hypertonus je příčinou mnoha dalších obtíží, neboť omezuje pohyblivost klienta a v důsledku dlouhodobější nečinnosti jednotlivých pohybů mohou vzniknout svalové kontraktury a nevratné změny v kloubech, tzv. ankylózy. Další možnou příčinou svalových kontraktur je bolest, neboť v případě bolesti klient hledá antalgickou polohu, která ovšem nemusí být z hlediska prevence kontraktur, optimální. V jiném případě klient, cítí-li bolest, ztrácí chuť a motivaci k pohybu, což se také často stává zásadní příčinou svalových kontraktur. Pokud již kontraktur vznikne, je nutné začít s ní urychleně pracovat, abychom zamezili dalšímu postupu a vzniklou situaci pokud možno napravili. Platí zde pravidlo, že čím déle kontraktura trvá, tím hůře ji lze uvolnit (Friedlová, 2007).

Svalový tonus zvýšený v důsledku centrální poruch se nazývá spasticita. „Spasticitou rozumíme vysoké svalové napětí, které se týká mnoha svalů a znemožňuje tak postiženému plynulý pohyb. Pokud se ji postižený snaží potlačit, nedojde k její redukci, nýbrž k prohloubení. Většinou je tento stav doprovázen bolestí. Spasticita se vytváří od prvního dne postižení, a to také díky špatnému polohování či špatným a nefyziologickým pohybovým vzorům. Je proto důležité zacházet s klienty s hemiplegií od prvního dne tak, abychom co nejvíce zabránili jejímu vzniku“ (Friedlová, 2007, s. 89).

Optimální svalový tonus umožňuje jedinci navzdory gravitaci udržet tělo vzpřímené, ale i bez obtíží pohybovat se (Friedlová, 2007).

Mezi negativní vlivy způsobující hypertonus řadí Friedlová (Friedlová, 2007) bolest, chlad, únavu, negativní pocity z nových, stresových situací, neočekávané a necílené doteky, nepohodlí bez možnosti úpravy, porucha citlivosti nebo rozčilení.

Diametrální stimulace by měla být, ostatně jako každá jiná, pro klienta příjemná, probíhat v poklidu a teple. Může být aplikována jako koupel o teplotě 38-40°C, nejen jako celková, ale jen na potřebnou část těla. „Touto stimulací je redukován stav napětí extrafuzálních svalových vláken a tím normalizován stav napětí interfuzálních vláken. Ve většině případů je možné po určité době uvolnit vzniklou kontrakturu o 5-7°“ (Friedlová, 2007, s. 90).

Diametrální stimulace má svůj neodmyslitelný význam jako prevence kontraktur a spasticity v péči o klienty, u nichž lze, vzhledem k diagnóze, vznik těchto obtíží předpokládat. Zahajujeme ji iniciálním dotekem a slovním komentářem. Stimulujeme současně oběma rukama (Friedlová, 2007).

1.2.1.2.5 Neurofyziologická stimulace

„Cílem neurofyziologické stimulace je umožnit klientům s poruchami hybnosti na jedné polovině těla znovu vnímat tuto stranu. Stimulace vnímání této tělesné části předchází její aktivizaci“ (Friedlová, 2007, s. 83). Základní podmínkou úspěšnosti této stimulace je, aby byl klient schopen vnímat zdravou polovinu svého těla. Bez této schopnosti totiž není možné, aby si uvědomil změny pocitů na straně postižené (Fröhlich, Bienstein, 2003). Důležitá je i zraková kontrola klienta, proto je stimulaci vhodné provádět v polosedu a pokud možno s přítomností zrcadla, aby měl klient možnost vizuálně vnímat oblasti, na něž si normálně nevidí, například obličej (Friedlová, 2007).

Tuto stimulaci indikujeme dle Friedlové (Friedlová, 2007) u klientů: s hemiplegií či hemiparézou po cévních mozkových příhodách, s hemiplegií po kraniotraumatech, s onemocněním postihujícím pohybový aparát, po operacích mozku

Aby byla stimulace co nejúčinnější, musí být klient v bezpečné pozici, v níž necítí obavy ani napětí. „Terapeut somatickou stimulací nejprve stimuluje zdravou polovinu těla a poté přenáší vjem na polovinu postiženou. Pracuje symetricky a zvýrazňuje střed těla“ (Friedlová, 2007, s. 85). Obličejovou část stimuluje jako poslední.

Neurofyziologickou stimulaci je rovněž možné aplikovat asistovaně. V tomto případě vede terapeut během stimulace klientovu ruku. Pokud je toho klient schopen, zdravou polovinu těla si stimuluje sám dle pokynů. Stimulace rovněž může být celková nebo částečná (Friedlová, 2007).

Je-li neurofyziologická stimulace aplikována formou koupele, využíváme vodu o teplotě zhruba 30°. Poté klienta ručníkem pomalu otíráme směrem od zdravé poloviny těla k postižené. Snažíme se opět klientovi umožnit celou stimulaci vizuálně vnímat (Friedlová, 2007).

1.2.1.2.6 Masáž stimulující dýchání

Dýchání je nejzákladnější potřeba, díky níž si člověk uvědomuje svou vlastní existenci. Pokud nastane v dýchání změna, je to znamením psychické nebo tělesné poruchy. Obzvláště se klientovo duševní rozpoložení s rytmem a hloubkou jeho dechu od sebe vzájemně odráží. Je-li klient vystrašený a neklidný, jeho dech bývá nepravidelný a mělký. Naproti tomu, pokud se klientovi špatně dýchá, uvádí ho to do panických stavů a propadá pocitům bezdeší. Každá z těchto situací vede ke zhoršené plicní ventilaci a tím ke snížení síly a množství energie k uspokojení vlastních potřeb (Friedlová, 2007).

Masáž stimulující dýchání je neopomenutelným prvkem dechové gymnastiky a její cílovou skupinou jsou právě klienti s povrchním, mělkým a přerývaným dýcháním. Smyslem této stimulace je dosažení u klienta klidného, pravidelného a hlubokého dechu a s tím spojené lepší vnitřní rovnováhy. Klient tak bude schopen většího soustředění a jeho reakce na vjemy z okolí se zlepší (Friedlová, 2007).

„Masáž stimulující dýchání je v rytmu a s dostatečným kontinuálním tlakem našich rukou provedená masáž v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. Masáž má vysokou komunikační hodnotu. Vede k ustálenému rytmu dýchání na stejné frekvenci u pacienta i ošetřujícího a tím mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a vyjádřit empatii. Tato technika vyžaduje kontinuální trénink a musí být především správně provedena, abychom dosáhli terapeutického cíle“ (Friedlová, 2010, s. 23).

K aplikaci masáže je ideální použít například tělové mléko s klientovou oblíbenou vůní nebo dětský olej (Friedlová, 2007).

Před zahájením masáže stimulující dýchání provedeme iniciální dotek a verbálně klienta informujeme o celém průběhu. Optimální částí těla pro masáž jsou záda, výjimkou jsou klienti napojení na umělou plicní ventilaci, kteří jsou v přípravě na samostatné dýchání. Klienta, pokud to situace dovoluje, posadíme do pohodlné pozice s oporou o horní končetiny. V rukách zahřejeme tělové mléko nebo olej. Na klientův zátylek přiložíme dlaně a symetricky, s lehkým tlakem pokračujeme ke křížové oblasti. Možností provedení masáže je více, volba vhodné techniky závisí na stavu klienta a terapeutovu potenciálu. Jedním z nejčastějších je pohyb ve směru tří symetrických kruhů po obou stranách páteře.

Masáž provádíme zhruba 3-5 minut, přitom nesnímáme dlaně z klientova těla. Je-li technika pro obě strany vyhovující, její efektivita se zvyšuje. Pokud terapeut cítí, že masáž nemá dostatečný účinek, může pozměnit techniku nebo rytmus. Jestliže se klient během masáže rozkašle, uděláme krátkou pauzu, popřípadě můžeme jemnými vibračními pohyby klientovi dopomoci ke snazšímu vykašlávání sekretu (Friedlová, 2007).

1.2.1.2.7 Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání stimuluje klienta k tomu, náležitě uvědomil vlastní dýchání a zároveň svůj dech zklidnil, prohloubil a tím došlo k uvolnění napětí v jeho těle (Friedlová, 2007).

Kontaktní dýchání lze provádět několika způsoby. Terapeut může přiložit své ruce na klientův hrudník a zdůrazňovat výdech lehkým tlakem a nádech uvolněním. Pro podporu vykašlávání sekretu lze při výdechu připojit jemný vibrační pohyb. Další alternativou je přiložení klientovy vlastní dlaně na hrudník, čímž klient svůj dech ještě více procítí. Kontaktní dýchání lze provádět také těsnou blízkostí klientova a terapeutova hrudníku (Friedlová, 2007).

1.2.1.2.8 Symetrická stimulace

„Cílem je podpora obnovení vnímání tělesného schématu u klientů s poruchami rovnováhy, a to na základě fixace tělesné symetrie (Bienstein, 2003, s. 154). Terapeut pracuje synchronně na obou polovinách těla. Například synchronně stimuluje obě horní končetiny a následně pak obě dolní končetiny. Důležitá je pozice terapeuta, kterou zaujme u klienta. Pozice terapeuta je faktorem, aby mohl synchronně pracovat na obou stranách klientova těla. Před symetrickou stimulací se doporučuje zklidňující stimulace“ (Friedlová, 2007, s. 88).

1.2.1.2.9 Rozvíjející stimulace

„Rozvíjející stimulaci poskytujeme klientům, jejichž tělesné schéma není stabilizováno nebo je nutno ještě ho rozvíjet. Při této koupelové stimulaci dochází ke zdůraznění symetrie a středu těla. Koupel aplikujeme u předčasně narozených novorozenců, u malých dětí – především do věku 4 let, které nemají ještě vyvinuto vnímání tělesného schématu. Aplikujeme ji také u klientů ve vigilním kómatu, u kvadruplegiků a klientů, kteří jsou dlouhodobě imobilní, a jejich tělesné schéma je narušeno. Stimulace se provádí se zřetelem na střed těla proto, že u malého dítěte i u dlouhodobě imobilního klienta se vnímání těla soustřeďuje právě tam“ (Friedlová, 2007, s. 88).

1.2.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární aparát informuje člověka o jeho poloze v prostoru, poloze končetin, zrychlení pohybu, ale také ovlivňuje svalový tonus a koordinuje pohyb očí. Tato informace není volně ovlivnitelná, nýbrž se nese přímo k příčně pruhovanému svalstvu. Funkce vestibulárního aparátu je u člověka znatelná okamžitě po narození, na rozdíl od mozečku, jehož funkce jsou sice podobné, avšak mohou se projevit až po dokončení vývoje mozečku, tedy zhruba v období mladšího školního věku.

„Funkce vestibulárního aparátu vychází z vnímání statolitových ústrojí. Na čtyřech makulách v utrikulech a sakulech jsou na membráně makul přilepeny elastickou želatinózní hmotou vápencové krystalky, které pod tlakem nebo tahem (podle gravitace) ovlivňují pod nimi umístěné senzitivní vláskové buňky. Čtyři šikmo umístěné makuly umožňují přesné prostorové vnímání, které se přenáší na kosterní svalstvo. Polokruhovitě kanálky postavené přibližně ve třech prostorových rovinách informují o zrychlení nebo zpomalení pohybu hlavy a přenášejí se na celé tělo“ (Pfeiffer, 2006, s. 129-130). Ve výše zmíněných polokruhovitých kanálcích protéká endolymfa, která se při každém pohybu, změně polohy nebo zrychlení přelije a tím podráždí vláskové buňky, receptory, z nichž je podnět veden vestibulárním nervem. Tento nerv se po vstupu do prodloužené míchy dostává k vestibulárním jádrům (Schwalbeho, Bechtěrevovo, Deitersovo), odkud vycházejí ascendentní a descendentní dráhy (Pfeiffer, 2006).

Jedním z příznaků porušení vestibulárního aparátu je vertigo. Tímto pojmem se rozumí pocit nestability, nejistoty, nedokonalé orientace v prostoru a rovnováhy. Není to však pravidlem, vertigo může mít i jiné podoby, například jen zastřené vidění nebo celková slabost. Vertigo může být buď rotační, nebo poziční. Pokud člověk trpí rotační závratí, má pocit, „že se s ním točí svět“, naproti tomu poziční závrat' se vyznačuje nejistou houpavou chůzí, jako při mozečkovém syndromu nebo v opilosti (Ambler, 1999).

Vestibulární stimuly je jedinec schopen vnímat již od 16. týdne intrauterinního vývoje. Je to důležité pro jeho informovanost o poloze těla matky i svého vlastního (Friedlová, 2007). „Během dalšího prenatálního vývoje se v úzké souvislosti s vnímáním somatickým vyvíjí vnímání taktilně-haptické a orální. Vývoj proprioceptivního vnímání souvisí s vývojem vnímání somatického a vestibulárního, úzké propojení je v oblasti vestibulárního vnímání také s vývojem vnímání optického“ (Friedlová, 2007, s. 63-64). Jakékoli podněty z prenatálního období se člověku ukládají a pomocí bazální stimulace je možné tyto „vzpomínky“ částečně vyvolat a nabudit tím novou formu komunikace s klientem (Friedlová, 2007).

Jedinec s omezenou možností pohybu nemá na rozdíl od zdravého jedince vestibulární aparát pravidelně stimulován, proto u něho dochází k problémům v oblasti vnímání vlastního těla v prostoru. Neuvědomuje si, v jaké pozici je jeho tělo a končetiny. Proto je takřka nezbytné v rámci bazální stimulace vestibulární aparát pozitivně ovlivňovat a pomoci nemocnému k znovuzískání vjemů a poloze a orientaci v prostoru (Friedlová, 2007).

Vestibulární stimulaci aplikujeme v těchto případech (Friedlová, 2007):

1. Klient je imobilní déle než tři dny
2. Klient má omezenou možnost pohybu
3. Klient trpí depresemi
4. Klient je apatický
5. Klient, jehož komunikační schopnosti jsou omezené
6. Klient s narůstající spasticitou
7. Klient je zmatený, neklidný nebo úzkostlivý
8. Klient s mentální retardací

Pokud je klient dlouhodobě imobilní, může u něho vzniknout řada obtíží vyvolaných náhlou změnou polohy. Tyto obtíže mohou být například vergito, nauzea, zvýšený svalový tonus, bolest hlavy, zmatenost v prostoru. Pravidelná vestibulární stimulace poskytuje účinnou prevenci proti těmto stavům (Friedlová, 2007).

Vestibulární stimulaci lze provádět mnoha způsoby. Jedním z nich je například již zmíněná trilogie bazální stimulace. U imobilních ležících klientů je ideální technikou stimulace jen pomalé a mírné otáčení hlavy střídavě doprava a doleva. Klient má přitom stále hlavu položenou a fixovanou terapeutem. Během fixace musí terapeut dbát na to, aby dlaněmi nepřekrýval obličej klienta a nenarušoval mu tím intimní zónu, ani možnost vnímat okolí i dalšími smysly. Tuto stimulaci není třeba provádět více než pětkrát. Také by ji členové zdravotnického týmu měli aplikovat před každou změnou polohy těla, přičemž hlavu klienta zlehka otáčíme vždy ve směru plánované změny polohy těla (Friedlová, 2007). „Vhodné je také klientovi poskytnout spirální vzorce pohybů dle konceptu kinestetiky, abychom mu umožnili uvědomit si trojrozměrnost svého těla v prostoru a zpracovat vykonávaný pohyb“ (Friedlová, 2007, s. 106).

Dalším ze způsobů aplikace vestibulární stimulace je tzv. „pohyb ovesného klasu v ovesném poli“. Terapeut sedí těsně za klientem a fixuje jej. Klientova hlava je opřena o terapeutův hrudník a terapeut se velmi zvolna a plynule pohybuje ze strany na stranu ve tvaru „ležaté osmičky“ (Friedlová, 2007).

Pokud provádíme vestibulární stimulaci vsedě (v případech posazování klienta na lůžku), klient sedí, chodidla má opřena o zem, dlaně má lehce položené na lůžku a pomalu přenáší váhu těla z jedné strany na druhou. Tento typ stimulace má tu výhodu, že klient se aktivně zapojuje. Terapeut je nápomocen, pokud není v klientových možnostech provádět pohyb samostatně (Friedlová, 2007).

Aktivní formou vestibulární stimulace je klientův samostatný pohyb například na trampolíně, houpačce nebo houpacím křesle. Toto je obvyklé u klientů s kombinovanými zrakovými nebo sluchovými poruchami, ať u dospělých, nebo u dětí. Výhodou stimulace na trampolíně je i skutečnost, že k jejímu rozpohybování stačí vyvinout pouze minimální pohyb, což ulehčuje situaci klientům s omezenými možnostmi pohybu (Friedlová, 2007).

1.2.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace se řadí mezi základní prvky bazální stimulace. Důvodem je, že vibrace, společně s cítěním podnětů na povrchu těla a změnou polohy vnímá nenarozený plod jako první vjemy během intrauterinního vývoje. Jsou to v podstatě první podoby komunikace s okolním prostředím. Vibrace, nepřetržitě přicházející k embryu vznikají rozechvíváním děložní stěny v důsledku pohybů uvnitř těla matky, jako je například tlukot srdce, peristaltika střev a žaludku (tyto zvuky mají uvnitř dělohy intenzitu okolo 60-70 dB), ale také zvuky, přicházející k plodu z vnějšího prostředí a nesoucí se plodovou vodou. Schopnost vnímat vibrace se vyvíjí již v 9. týdnu intrauterinního vývoje a během prenatálního období se ukládá do hlubokých paměťových stop (Friedlová, 2007).

Za vnímání vibrací jsou v těle odpovědné kožní receptory, tzv. Vaterova-Paciniho tělíska a proprioreceptory umístěné ve šlachách, svalech a vazivovém aparátu kloubů a kostí (Friedlová, 2007). „Vlákna propriocepce vstupují do ipsilaterálních zadních provazců míšních společně s částí vláken dotykového cití. První neuron končí v jádrech zadních provazců v prodloužené míše (laterální nucleus cutaneus Burdachi, mediální nukleus gracilis Golli). V zadních provazcích míšních jsou vždy mediálně uložena vlákna z nejkaudálnějších segmentů, tj. sakrálních a lumbálních a postupně kraniálně se k tomuto svazku přidávají z vnější strany další vlákna. Vlákna z dolních končetin jsou uložena mediálně, z horních laterálně. Z jader zadních provazců vychází druhý neuron, vlákna se v této úrovni kříží a pokračují dále jako lemniscus medialis do thalamu“ (Ambler, 1999, s. 24). Prostřednictvím těchto receptorů je prováděna vibrační stimulace. Jejím účelem je umožnění klientovi pocítit silný vjem z vlastního těla a vybavit uložené vjemy z matčiny dělohy (Friedlová, 2007).

Vibrační stimulaci je dle Friedlové (Friedlové, 2007) vhodná zejména: pro klienty s hlubokou mentální retardací, ve vigilním kómatu, také jako přípravu klienta na vertikalizaci

Kontraindikacemi vibrační stimulace jsou dle Friedlové (Friedlová, 2007): krvácivé stavy, křečové žíly, poranění kůže

Ke stimulaci pomocí vibrací lze využít jednak mnoho vynálezů techniky (k lokální aplikaci například vibrátory, vibrující hračky, elektrické zubní kartáčky, k celkové pak vibrační masážní lůžka) a jednak vlastního těla (Friedlová, 2007).

„Vibrátory přikládáme do okolí kloubů na horních a dolních končetinách klienta, můžeme je vkládat i do jeho dlaně. Vibrátory lze použít i k celotělové vibrační stimulaci, a to tak, že vibrátor necháme působit na matraci, na které klient leží, abychom mu umožnili pocítit celé tělo. Celotělové vibrace umožňují vibrační lehátka a křesla. Pracujeme-li s manuální vibrační stimulací, pokládáme své teplé ruce na kloub klienta tak, že kloub držíme po celém jeho obvodu a s přiměřeným tlakem vibrujeme velmi jemnými pohyby našich rukou. Na hrudníku aplikujeme kontaktní vibrační dýchání“ (Friedlová, 2007, s. 107).

U geriatrických klientů je vhodné aplikovat pouze manuální vibrační stimulace, za účelem předejití případné mikrotraumatizace v oblasti kůže, podloží nebo vazivového aparátu kloubů (Friedlová, 2007).

Vibrační stimulaci je také možné začlenit do muzikoterapie, při níž je využíváno hudebních nástrojů, které způsobují vibrace, nebo lidského hlasu. „Pokud člověk hovoří nebo zpívá, jeho hrudník se jemně chvěje. Toho lze využít a položit ruku klienta na jeho vlastní hrudník (pokud klient vydává zvuky) nebo na hrudník terapeuta nebo příbuzného. Během této stimulace by oba měli být v pohodlné pozici“ (Friedlová, 2007, s. 107).

1.2.4 Trilogie

Výraz trilogie bazální stimulace označuje kombinaci všech základních prvků BS v rámci jedné stimulace. Klient se posadí do vhodné polohy, terapeut si sedne za něho, horními končetinami „obejme“ jeho trup, fixuje jej za sternum, čímž moduluje hranice jeho těla. Začne se s klientem pomalu pohybovat, přitom se verbálně projevuje, což vyvolává vibrace v oblasti jeho hrudníku. Tím působí na klienta třemi nejvýznamnějšími typy stimulace (Friedlová, 2007).

1.2.5 Optická stimulace

Zrak slouží k poznávání světa, navazování komunikace a lidmi je společně se sluchem nejvíce využíván (Friedlová, 2007).

„Optický systém oka, který vytváří na sítnici obrácený a zmenšený obraz vnějšího světa, je tvořen rohovkou, komorovou vodou, čočkou a sklivcem. Světelný paprsek vstupující do oka se nejprve láme na rohovce, pak znovu na přední (konkávní) ploše čočky a dále na její zadní (konvexní) ploše; poté prochází sklivcem a dopadá na sítnici. Elastická, průhledná tkáň čočky je obklopena pouzdrem a zavěšena na ciliárním kruhovém svalu (hladký sval inervovaný parasymptikem). Kontrakce m.ciliaris vyklenuje čočku dopředu, a tím umožňuje zaostření blízkých předmětů“ (Rokyta, 2000, s.299).

Pomocí zraku je možné orientovat se v prostoru, učit se novým věcem, poznávat lidi a prostředí a nabuzuje pocit jistoty (Friedlová, 2007).

Cílem optické stimulace je klientovo znovuzískání orientace v prostředí, uvědomění si denní doby, povzbuzení optického vnímání. Aplikujeme ji u klientů s poškozením zraku, poruchami vědomí a u klientů s demencemi (Friedlová, 2007).

Pokud je klient ve zdravotnickém zařízení upoután na lůžko, bývají možnosti pro jeho optickou stimulaci velmi omezené. Prostředí je zpravidla jednotvárné, holé a na klienta působí depresivně. V rámci bazální stimulace bychom tedy měli prostředí upravit tak, abychom eliminovali klientův strach z neznámého a stimulovali jeho vnímání (Friedlová, 2007).

„Změny zrakového vnímání se mohou projevit různými způsoby:

1. Člověk nedokáže vnímat jednotlivé prostory v okolí, proto je nutno stimuly situovat do těch míst, která vnímá
2. Poruchy vidění celistvosti předmětů, osob, klient nevidí detaily
3. Porucha vidění prostorových vztahů, klient si neumí dát do souvislosti předměty v okolí
4. Porucha konstantnosti barev, předměty vnímá klient různě (např. jejich délku, formu, velikost,...)
5. Porucha vizomotoriky – vypadává koordinace mezi zrakovým vjemem a motorikou
6. Poruchy vnímání lokalizace v prostoru, poloha předmětů v prostoru není vnímána ve vztahu ke klientovu tělu“ (Friedlová, 2007, s. 112)

Za účelem stimulace paměťových stop při optické stimulaci využíváme klientovu biografickou anamnézu. Na jejím základě upravujeme prostředí, v němž se klient vyskytuje. Je rovněž důležité, aby prostředí bylo co nejvíce variabilní, aby nedocházelo k habituaci. Okolo klientova lůžka můžeme umístit známé předměty z domova či zaměstnání, o nichž víme, že se k nim neváže negativní vzpomínka. Na stěny je možné umístit fotografie členů rodiny, přátel, zvířat a známého prostředí nebo kresby dětí. Tyto stimuly by měly být dostatečně velké, aby klient se zhoršeným zrakem jednotlivé předměty rozeznal, a zároveň optimálně barevné, aby se klientovi předměty na obraze neslivaly v jeden, v některých případech jsou však vhodnější černobílé obrazy. Předměty zrakové stimulace rovnoměrně rozkládáme po celé místnosti, abychom klientovi umožnili je vnímat při každé změně polohy hlavy. Klient by také měl mít možnost z lůžka vidět na hodiny, což mu, společně s možností, být minimálního, výhledu z okna pomůže lépe si uvědomovat aktuální denní dobu. Dovoluje-li to klientův stav, je možné umístit do jeho pokoje televizi a pouštět klientovy oblíbené pořady. Vždy musíme zohlednit klientovu únavu a rozpoložení (Friedlová, 2007).

U geriatrických klientů není výjimkou, že je optická stimulace pomocí známých předmětů aktivizuje k vyprávění o vlastním životě. Toto vzpomínání podporujeme, abychom v klientovi posílili pocit jistoty a podpořili vzájemnou důvěru (Friedlová, 2007).

Po celou dobu sledujeme klientovy reakce a v případě zpozorování negativních postojů změníme postup stimulace (Friedlová, 2007).

1.2.6 Olfaktorická stimulace

„Čichové receptory jsou v nosní sliznici. Přiměřeným podnětem jsou chemické látky ve vzduchu, které se rozpouštějí v hleny nosní sliznice. Receptorem je buňka, která vybíhá do sliznice dendritem, v tomto případě zvaném čichová tyčinka zanořená do hlenové vrstvy sliznice. Vzniká biochemický děj, který vyvolává bioelektrický potenciál v čichové buňce, který pokračuje axonem, zvaným fila olfactoria. Čichové informace se pak přenášejí do čichového centra „mozku“ (rinencefala)“ (Pfeiffer, 2006, s. 25)

Pro aplikaci olfaktorické stimulace je obzvláště důležitá klientova biografická anamnéza. Důvodem je velmi silná spojitost mezi vůněmi a klientovými vzpomínkami. Většina známých vůní je spojena s konkrétní situací z klientova života. Bylo-li by tedy klientovi nabídnuto jemu nepříjemné či neznámé aroma, vyvolalo by to destimulaci a snaha o navázání smysluplného kontaktu s klientem by nepřinesla výsledky. Proto je nezbytné stimulovat vůněmi a pachy, o nichž víme, že je klient upřednostňuje (Friedlová, 2007). „Olfaktorické stimuly nenabízíme kontinuálně, neboť by si na ně klient zvykl stejně, jako na zvukovou kulisu okolí či stále stejně vypadající okolí“ (Friedlová, 2007, s. 126)

Berme rovněž v úvahu, že schopnost olfaktorického vnímání klesá ve stáří a u klientů s některými diagnózami, například Morbus Alzheimer a Morbus Parkinson. Těmto klientům nabízíme vůně zřetelné a jednoznačné (Friedlová, 2007).

Mezi velmi účinné stimuly tedy patří například potřeby osobní hygieny, parfém, vůně oblíbeného jídla nebo předměty spojené s klientovým povoláním. Naproti tomu vonné svíčky vyvolávají u většiny klientů negativní reakce, nejsou proto doporučovány (Friedlová, 2007).

U klientů s poruchou orientace (demence, vigilní kóma, apod.) můžeme olfaktorickou stimulaci aplikovat v rámci získání pocitu bezpečí a snazší orientace v jednotlivých situacích během dne. V důsledku toho využijeme při osobní hygieně vůně klientových toaletních potřeb a během sycení nabízíme olfaktorické vjemy z pokrmu (Friedlová, 2007).

„Zvláště výrazná pro stimulaci paměťové stopy a aktivizaci asociačních funkcí mozku je čichová stimulace u klientů po úrazech mozku, zejména ve vegetativních stavech. Propojení čichových drah s limbickým systémem má velmi úzký vztah k citovému zabarvení stimulace a hluboké paměťové stopě“ (Friedlová, 2007, s. 126)

Rovněž lze olfaktorickou stimulaci kombinovat s jinými prvky bazální stimulace, zejména optickou, taktilně-haptickou a somatickou v rámci koupele (Friedlová, 2007).

1.2.7 Orální stimulace

Již v 9. týdnu embryonálního vývinu cucá plod svůj palec a získává tím vjemy ze svého těla. Ústa jsou u plodu využívána k poznávání všeho nového. Novorozenec vše, co mu přijde do ruky, strká do úst a nabývá tím větších zkušeností z okolí, když ostatní smysly nejsou ještě tak vyvinuty. Zároveň svá ústa stimuluje ke zvýšení citlivosti a zlepšení sacího reflexu. U jedinců, kteří se narodí s poruchou, je nutné právě z těchto důvodů stimulovat (Friedlová, 2007).

„Chuťové receptory umístěné v chuťových pohárcích jazyka, tvrdém, měkkém patře a v hltanu jsou stimulovány látkami obsaženými v potravě. Přitom každý pohárek, ať je lokalizován v kterékoliv části jazyka, je citlivý na základní chuťové kvality (slano, sladko, hořko, kyselo). Citlivost chuťových pohárků je malá. Pro prahové dráždění je potřeba 10^6 molekul/ml roztoku. Rovněž chuť, stejně jako čich, má výraznou adaptaci“ (Rokyta, 2000, s. 277-278)

K udržení přirozené mikroflóry ústní dutiny a čistící funkci slouží sliny, které jsou neustále produkovány. Vysychání brání zavřená ústa. Pokud je klientovo vnímání narušeno, dochází se snížení svalového tonu, což vede k otevření úst a vytékání slin. Sliny jsou produkovány malými a velkými slinnými žlázami. Malé slinné žlázy stále produkují sliny, k udržení vlhkosti dutiny ústní, velké slinné žlázy fungují na základě podnětu, například při dotyku potravy na ústní sliznici, při ucítění vůně jídla nebo při samotném pomyšlení na jídlo (Friedlová, 2007).

Ústa mají u člověka řadu funkcí. Jejich stěžejní funkcí je schopnost přijímat potravu, a to nejen ve smyslu nutričním, nýbrž i za účelem chuťového prožitku. Další funkcí úst je schopnost komunikace, dýchání, vnímání hutnosti potravy či vyjádření pocitů (Friedlová, 2007).

„Cílem orální stimulace je zprostředkovávat klientovi vjemy ze svých úst a stimulovat jeho vnímání. Zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní je známkou stimulace vnímání u klienta. Orální stimulaci můžeme provádět izolovaně, anebo jako přípravu na orální přívod potravy“ (Friedlová, 2004, s. 12)

Orální stimulaci indikujeme u klientů s poruchou vědomí, vnímání, s hlubokou mentální retardací a u klientů se sníženým svalovým tonem v oblasti úst (Friedlová, 2007).

Zásady orální stimulace dle Friedlové (Friedlová, 2007)

1. Kontraindikací orální stimulace je klientova zjevná únava
2. Umožnění vhodné polohy klienta pro lepší vnímání prožitků
3. Dle autobiografické anamnézy zvolit vhodné stimuly
4. Sledování klientových reakcí

„Abychom nepůsobili na klienta invazivně a nevzbuzovali v něm pocit strachu, který by stimuloval zvýšení svalového napětí v oblasti dutiny ústní, přistupujeme k jeho ústům ze strany. Vhodné je také informovat klienta o zahájení naší činnosti iniciálním dotykem. Před vstupem do dutiny ústní dáme nejprve somatickou stimulaci v oblasti obličeje klientovi najevo, na které části těla budeme nyní provádět péči. Pokud působením somatické stimulace nedochází k uvolnění a snížení svalového napětí, přidáme orofaciální stimulaci. Někdy je vhodné začít před somatickou stimulací vestibulární stimulací, která taktéž podporuje snížení svalového napětí“ (Friedlová, 2007, s. 121)

Jako pomůcky během orální stimulace můžeme používat molitanové štětičky, které jsou vhodné jak pro čištění dutiny ústní, tak pro „nasátí chutí“ a silnějšího klientova prožitku. Gustační prostředky je vhodné kombinovat chladem, za účelem zvýšení hybnosti jazyka. Ochucené štětičky můžeme vkládat na chvíli do lednice. Další možnou pomůckou jsou tzv. cucací váčky. Cucací váček je kousek potravin, zvolené podle biografické anamnézy, zabalený v kousku látky a namočený do minerální vody. Váček se klientovi vloží do úst a klientovy chuťové buňky jsou stimulovány. Důležitý je dostatek času, trpělivosti a opatrnosti, kvůli zabránění případnému uvíznutí váčku v dýchacích cestách (Friedlová, 2007).

Příjem potravy se rozděluje na dvě fáze, perorální, která zahrnuje vjemy olfaktorické, chuťové a taktilně-haptické, a orální. Pro podávání jídla je důležité navodit pozitivní atmosféru. Pokud podáváme stravu na lžici, podáváme ji ze strany, aby klient měl možnost olfaktorických a vizuálních prožitků. Po nasycení je optimální, aby klient setrval ještě půl hodiny v poloze vhodné pro příjem potravy. Vhodná poloha je taková, kdy hlava není v záklonu, ramena jsou lehce nahnuta dopředu, váha je rovnoměrně rozložena na obě hýždě, dolní končetiny jsou v lehké abdukci a v kolenním a kyčelním kloubu je 90° a ruce jsou položeny na stole (Friedlová, 2007).

Neopomíjíme fakt, že ústa patří k nejintimnějším místům na klientově těle. Je proto nutné postupovat opatrně a citlivě, abychom klientovi umožnili co nejpříjemnější prožitky ze stimulace a nevyvolali negativní reakce (Friedlová, 2007).

1.2.8 Taktilně-haptická stimulace

„Somestetický systém umožňuje vnímání doteku, tlaku, napětí, netažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací. V různých vrstvách kůže se nacházejí mechanoreceptory. Na dotyk a tlak reaguje většina hmatových mechanoreceptorů, na vibrace rychlejší Paciniho, na lechtání pomalejší Meissnerova tělíška“ (Friedlová, 2007, s. 127)

Hmatové mechanoreceptory mají na těle nerovnoměrně rozložení. Nejméně se jich nachází na zádech a nejvíce na rtech, hrotu jazyka, dlaních a bříšcích prstů. S přibývajícím věkem se funkce hmatových tělísek postupně mění v důsledku přirozených změn, ale také například centrálních poruch, diabetu, kardiovaskulárních onemocnění apod. (Friedlová, 2007).

Již během posledních třech měsíců intrauterinního vývoje získává plod schopnost vnímat hmatem. Tato schopnost se během následujícího života ještě více prohlubuje. Získané a zpracované vjemy jsou následně uchovány v hlubokých paměťových stopách. Lidská ruka má možnost trojrozměrného pohybu, což její poznávací funkci činí dokonalejší. Neklidní klienti mají většinou neustálou potřebu dosažitelné předměty hmatem zkoumat a rozpoznávat. Proto je taktilně-haptická stimulace důležitou součástí péče o tyto klienty, neboť nebudou-li dostatečně stimulováni, odrazí se jejich neutuchající aktivita na nežádoucích činnostech, mezi něž Friedlová (Friedlová, 2007) řadí:

1. Vysvlékání se
2. Trhání a odnímání plen
3. Manipulace s vlastními výkaly
4. Odstraňování močového katetru, ...
5. Shrnování ložního prádla

Pro klienty je důležité neznámé předměty identifikovat a pokud možno zbavit se nepříjemného pocitu z neznámého (Friedlová, 2007).

V rámci taktilně-haptické stimulace je nutné zohlednit klientovu biografickou anamnézu.

Dle Friedlové (Friedlová, 2007) je možné pracovat s takovýmito předměty:

1. Oblíbené hračky
2. Předměty využívané při práci (volant, kalkulačka, mobilní telefon apod.)
3. Předměty využívané během zájmových činností (fotoaparát, tenisový míček, apod.)
4. Předměty používané při osobní hygieně (hřeben, zubní kartáček, ručník, apod.)
5. Oblíbené oblečení
6. Jakýkoli předmět, k němuž měl klient vazbu (hrnek, šperky, apod.)

Tato stimulace tím umožňuje klientovi důležité a výrazné vjemy ze známých předmětů a materiálů. Pokud klient není, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, schopen podávané předměty samostatně uchopit či se jich jen dotýkat, stimulace probíhá asistovaně, při čemž terapeut drží klientovu ruku a podle potřeby s ní pohybuje (Friedlová, 2007). „Zmíněné předměty mohou také velmi výrazně stimulovat paměťovou stopu (např. u klientů ve vigilním kómatu po úrazech mozku nebo u gerontologických klientů s demencí), ale také aktivizovat ruku k činnosti, a tím aktivizovat projekční korovou oblast pro sensoriku a motoriku ruky. Projekční korové oblasti jsou plastické a jejich velikost se může měnit v závislosti na aktivitě. Protože ruka a oblast úst zaujímá největší projekční oblast, je potřeba jí věnovat zvýšenou pozornost a stimulovat ji. Stimulovat ruku a oblast dutiny ústní můžeme také masáží. Při intenzivní stimulaci ruky a oblasti úst hovoříme o homonculus terapii“ (Friedlová, 2007, s. 129)

Taktilně-haptickou stimulaci je možné aplikovat v kombinaci s dalšími prvky bazální stimulace, především olfaktorickou, kdy například klient v ruce drží své mýdlo a cítí jeho vůni, nebo optickou, během níž klient ohmatávaný předmět pozoruje také vizuálně (Friedlová, 2007).

1.2.9 Auditivní stimulace

Sluch je pro člověka velmi významným prostředkem pro komunikaci a nabuzení sociálních interakcí. Zároveň člověku umožňuje důležitou ochranu před nebezpečím. Sluchové vnímání je podstatou vývoje řeči, pokud se tedy dítě narodí neslyšící, jeho schopnost naučit se mluvit je prakticky nulová (Friedlová, 2007).

„Sluchové receptory uložené v Cortiho orgánu vnitřního ucha registrují zvukové vlny, které vznikají podélným kolísáním tlaku vzduchu. Rychlost šíření těchto vln je 340m/s. Oblast slyšitelnosti se u člověka nachází v rozmezí 16Hz-20kHz. Rozsah řeči je v oblasti 250Hz-4kHz. Sluchový systém je tvořen zevním, středním a vnitřním uchem. Zvuková tlaková vlna je přijímána boltcem, soustředována zevním zvukovodem na bubínek středního ucha, přenášena sluchovými kůstkami (kladívko, kovadlinka, třmínek) do vnitřního ucha“ (Rokyta, 2000, s. 289-290)

Cílem auditivní stimulace je (Friedlová, 2007):

1. navázání bližšího vztahu s klientem
2. stimulovat hluboké paměťové stopy a tím klientovo vnímání
3. navodit pocit klidu a jistoty
4. stimulovat schopnost klienta rozlišit a zařadit jednotlivé zvuky
5. stimulovat klientovy řečové schopnosti

Auditivní stimulaci indikujeme u klientů se sluchovými vadami, poruchou vědomí a u geriatrických klientů s omezeným vnímáním. Stimulace je započata verbálně a iniciálním dotekem. Pro auditivní stimulaci je podstatná biografická anamnéza. Optimální je konzultace s blízkými kvůli zodpovězení otázek ohledně klienta (Friedlová, 2007).

Friedlová (Friedlová, 2007) považuje za nezbytné zjistit:

1. zda klient dobře slyší, popřípadě na které ucho slyší lépe
2. používá-li sluchové kompenzační pomůcky
3. které hudební nástroje patří mezi klientovi oblíbené
4. či hlas je klientovi příjemný
5. jakou hudbu klient rád poslouchá
6. které zvuky klientovi nejsou příjemné
7. zda jsou některé části dne, kdy je klientovi poslech hudby přijde vhod a kdy ne

Při použití auditivní stimulace je možné využít buď lidského hlasu, reprodukováné hudby nebo hry na hudební nástroje (Friedlová, 2007).

1.2.9.1 Lidský hlas

Jednou z možností je vyprávění. Pro tuto situaci je ideální zapojení rodiny či přátel. Mohou klientovi vyprávět, za účelem stimulace hlubokých paměťových stop, například informace z domova či blízkého okolí. Dětem mohou rodiče předčítat třeba oblíbené pohádky. Další alternativou je zpěv, což je spíše doménou muzikoterapeutů, rodina se však může zapojit zpěvem oblíbených písní. Během této stimulace lze aplikovat také trilogii bazální stimulace (Friedlová, 2007).

1.2.9.2 Reprodukovaná hudba

Nabízíme klientovi jeho oblíbenou hudbu nebo nahrávku hlasu jeho rodiny, přátel, kolegů, apod. (Friedlová, 2007).

„Pokud nabízíme klientovi hudbu reprodukovanou ze sluchátek, pokládáme je do vzdálenosti 20 cm od ucha klienta; umožníme mu tak vnímat přirozenou zvukovou kulisu okolního světa a odblokovat poslouchané. Jestliže ale z biografie klienta víme, že si dával sluchátka do uší, nasadíme mu je. Zde se nejedná o fiktivní situaci pro klienta, ale situaci vycházející z předchozí zkušenosti, tedy situaci pro klienta reálnou“ (Friedlová, 2007, s. 116)

1.2.9.3 Hra na hudební nástroje

Do auditivní stimulace pomocí hudebních nástrojů je možné zapojit klientovi blízké, popřípadě klient může, pokud to jeho stav umožňuje, hrát na hudební nástroj sám. Hra se tím stává formou komunikace a navozuje klid. Pokud tuto stimulaci aplikují muzikoterapeuti, bývá užíváno speciálních nástrojů, které kromě sluchové stimulace současně přidávají vibrační, vestibulární a somatickou (Friedlová, 2007).

2 Dětská mozková obrna

„Dětská mozková obrna bývá definována jako neprogresivní neurovývojový syndrom způsobený poškozením nezralého mozku“ (Kraus, 2005, s. 35). Základním projevem je porucha hybnosti. Výjimečné však nejsou ani poruchy kognitivních funkcí, které jsou přítomny téměř v polovině případů dětské mozkové obrny. Obvyklé jsou i přidružené defekty v oblasti zraku, řeči či sluchu. V posledních letech došlo podle výzkumu k nárůstu případů dětské mozkové obrny v důsledku vyššího počtu zachráněných novorozenců s nízkou porodní hmotností.

2.1 Rizikové faktory (Kraus, 2005, s. 36-45)

2.1.1 Prenatální období

- V tomto období může DMO vzniknout následkem infekce matky v časném stadiu těhotenství. Těmito infekcemi může být rubeola, cytomegalovirus, virus HIV či toxoplazmóza. Významným rizikem může být bakteriální infekce streptokokem skupiny B. Prevence a včasná léčba infekcí je důležitým prvkem ke snížení pravděpodobnosti postižení plodu. Pokud je však matka nakažena, je nutné této skutečnosti přizpůsobit průběh porodu, například upřednostnit císařský řez před přirozeným porodem.
- Jedním z dalších rizik může být i nesprávná životospráva. Poškození mozku během intrauterinního vývoje je častým důsledkem nedostatku jódu. Velkým nebezpečím pro gravidní ženu je alkohol. Již 40 g alkoholu denně zvyšuje pravděpodobnost neurologického onemocnění. Ačkoli poslední dobou vycházejí do světa mnohé teorie o tom, že konzumace menšího množství alkoholu nemá na plod destruktivní vliv, tato informace však nemá vědecký podklad.
- Neopominutelným faktorem je mechanické poškození plodu následkem úrazu matky či kongenitální anomálie dělohy.
- Hypertenze během gravidity je z hlediska vzniku dětské mozkové obrny nebezpečná pro plod narozený po 32. týdnu těhotenství. U novorozenců narozených dříve se riziko naopak snižuje. Přesná příčina tohoto jevu není známá, existuje pouze teorie, že „stres indukovaný krátkodobou placentární insuficiencí zlepšuje maturaci plic a představuje určité zvýhodnění pro nedonošence s vysokým rizikem dětské mozkové obrny spojenou s plicní

chorobou. Naproti tomu dlouhodobá placentární insuficience představuje hrozbu pro donošené novorozence“ (Kraus, 2005, s. 37)

2.1.2 Perinatální období

- Předčasný porod je dle studie v několika evropských zemích nejčastější pravděpodobnou příčinou vzniku dětské mozkové obrny. Procentuelní zastoupení předčasně narozených dětí trpících tímto onemocněním je zhruba 10-20 %. K zabránění předčasného porodu se užívají například betamimetika. Aplikace musí být podána intravenózně, perorální podání nemá potvrzené účinky. Tato látka má pouze krátkodobý efekt, dávají však čas na podání kortikoidů, jejichž účinek je silnější.
- Rizikovým faktorem je i komplikovaný porod, pokud například plod prochází porodními cestami koncem pánevním či krvácení do mozku při klešťovém porodu.
- Porodní hypoxicko-ischemická encefalopatie představuje téměř 30% případů dětské mozkové obrny a to jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích světa. „Po působení hypoxicko-ischemického děje dojde k poškození buněk se zpožděním, které se pohybuje v rozmezí 8-24 hodin. Jako prevence poškození plodu je užíváno fetální monitorování, touto metodou může být zabráněno pouze některým defektům novorozence, účinek monitorování jako prevence vzniku dětské mozkové obrny však není jednoznačně dokázaný.

2.1.3 Postnatální období

- Hyperbilirubemie je podstatným rizikovým faktorem zejména u předčasně narozených dětí, u nichž je hladina bilirubinu přímo úměrná pravděpodobnosti vzniku dětské mozkové obrny.
- Dalším rizikem vzniku dětské mozkové obrny je pro dítě jakékoli infekční onemocnění prodělané do jednoho roku života. Mezi nejnebezpečnější patří bakteriální meningitida nebo encefalitida.

2.2 Formy dětské mozkové obrny

Konkrétní formu DMO určují klinické příznaky. Ty se projevují během prvního roku života.

Ambler (Ambler, 1999) dělí formy DMO na 2 základní typy – spastický a nespastický

Spastické

- Diparetická forma
- Hemiparetická forma
- Kvadruparetická forma

Nespastické

- Athetoidní forma
- Ataktická forma
- Hypotonická

2.2.1 Spastické

2.2.1.1 Diparetická forma

„Diparetická forma se objevuje u 4/5 dětí s DMO a prematuritou a u 5-10% dětí s porodní hmotností pod 1500 g. Přibližně 1/3 dětí s diparézou se rodí do 32. týdne gestace, 1/3 mezi 32. – 36. týdnem a jen 1/3 se rodí v termínu“ (Kraus, 2005, s. 74)

Jejím klinickým obrazem je heterolaterální postižení poloviny těla, nejčastěji dolních končetin, konkrétně adduktorů stehen, flexory lýtek a chodidla. Klienti s diparézou chodí s abdukovanými kyčelními klouby, mírně flektovanými kolenními klouby a flektovanou plantou (Vítková, 1998). Na postižené straně je svalový tonus zvýšen, na nepostižené snížen.

2.2.1.2 Hemiparetická forma

„Hemiparéza je jednostranná porucha hybnosti, nejčastěji spastického typu“ (Kraus, 2005, s. 69). Je to druhý nejrozšířenější typ. Postižena je polovina těla s homolaterální manifestací. Porucha je tedy na horní a dolní končetině téže strany, přičemž výraznější bývá na horní končetině. „Na horní končetině nacházíme zvýšený svalový tonus ve flexorech paže a hypotonii ruky. Ruka bývá výrazně paretická až prakticky plegická“ (Pfeiffer, 2006, s. 253). Hemiparéza může být buď kongenitální, nebo získaná. „Kongenitální hemiparéza je definována centrální hemiparézou při lézi, která vznikla před koncem neonatálního období (do 28. dne věku). Tvoří 70-90% případů hemiparetické formy DMO“ (Kraus, 2005, s. 69).

Vrozenou hemiparézu doprovází v 27-44% klientů epilepsie. 18-50% klientů je postiženo poruchou intelektu (Kraus, 2005).

„Příčiny získané hemiparézy jsou rozmanité. Příčiny s akutním začátkem mohou mít zánětlivou etiologii nebo mohou být projevem demyelinizace, migrény, traumatu, cévního onemocnění unilaterálního status epilepticus, syndromu HHE, akutní postparoxysmální hemiparézy nebo relapsu při metabolickém onemocnění, vzácně Rasmussenovy encefalitidy“ (Kraus, 2005, s. 73).

Akutní forma získané hemiparézy se může projevit v jakémkoli věku, nejčastěji je to v prvních třech týdnech. V jejích počátcích jsou příznaky křeče, bezvědomí, v neposlední řadě se může objevit centrální paréza n. facialis. U velkého počtu klientů se poté projeví spasticita. Ne vždy je možná kompletní úprava (Kraus, 2005).

2.2.1.3 Kvadraparetická forma

„Jde o nejtěžší formu DMO s nepříznivou prognózou. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Téměř vždy se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Tvoří kolem 5 % případů a znamená závažný problém, neboť postižené děti jsou zcela závislé na pomoci, péče o ně je pracná, jsou obtíže s výživou a kontrakturami. Předpokládá se, že 1/3 má prenatální etiologii, pre- a perinatální je u 16%, u 18% je postnatální a u 12% dětí není etiologie zjištěná“ (Kraus, 2005, s. 79)

„Vlání ve větru“ – postavení dolních končetin typické pro kvadraparézu, kdy jedna kyčel je abdukována a rotována zevně, druhá kyčel naopak addukována a rotována vnitřně. Typické pro kvadraparetickou formu DMO jsou rovněž flektované či semiflektované kolenní klouby (Kaňovský, 2004).

Kontraktury se u této formy DMO vytvářejí převážně v oblasti loketních, zápěstních, kolenních a hlezenních kloubů a Achillových šlach (Kaňovský, 2004).

2.2.2 Nespastické

2.2.2.1 Dyskinetická forma

Zhruba 10% případů DMO je postiženo právě dyskinetickou formou. Cca ze 2/3 jde o perinatální etiologii, z 1/5 prenatalní, pouze u zanedbatelné části se jedná o postnatální nebo neznámý faktor (Kraus, 2005)

Kyllerman (Kyllerman, 1983) rozděluje dyskinetickou formu na 2 typy – hyperkinetickou a dystonickou. Každý z těchto typů má jinou prognózu. U obou typů mimovolní pohyby narůstají s emocionálním vypětím, naopak nejslabší projev mají ve spánku.

„U hyperkinetické podskupiny v hybnosti dominují masivní, nápadně neúčelné, mimovolní pohyby. Mohou mít několik typů: atetóza postihuje akra končetin, chorea postihuje proximální svaly. Všechny tyto abnormální pohyby jsou vyvolané pokusem k volní pohyb nebo úsilím udržet posturu“ (Kraus, 2005, s. 81).

„V dystonické podskupině hybnou poruchu charakterizují náhle abnormální změny svalového tonu. Jsou to zejména zvýšení svalového tonu v extenzorech trupu při emočních podnětech nebo změny postury svalstva šíje vyvolané zamýšleným pohybem. V těchto případech vždy převáží primitivní reflexní aktivita, která potlačuje volní hybné úsilí“ (Kraus, 2005, s. 81).

2.2.2.2 Ataktická forma

Tato forma postihuje cca 7-15% klientů s DMO a klíčovou roli v ní zastávají prenatalní faktory. Začíná se projevovat mezi 1. a 2. rokem. Počátečními příznaky jsou snížený svalový tonus, ataxie, intenční tremor, porucha artikulace a koordinace, charakteristické plazení o široké bázi. Ataktickou formu DMO provázejí obtíže s udržením rovnováhy ve stoji či mikrocefalie a těžká porucha intelektu (Kraus, 2005).

2.2.2.3 Hypotonická forma

Klinickým obrazem této formy DMO je výrazně snížené svalové napětí, obvykle znatelnější na dolních končetinách. Pokud přetrvává i do vyššího věku, bývá provázena těžkými poruchami intelektu, ve většině případů se však okolo 3. roku transformuje buď do dyskinetické nebo spastické formy (Kapounek, 1989).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Cíle

Hlavním cílem této práce je metodou pozorování zhodnotit vliv základních prvků bazální stimulace na psychickou a somatickou stránku klientů s kvadruparetickou formou dětské mozkové obrny.

Díličními cíli je důkaz o pozitivním účinku polohování v rámci BS na zvýšený svalový tonus klientů s kvadraparézou, zhodnocení působení vibrační a vestibulární stimulace na klientovu psychickou stránku a v neposlední řadě také efektivita vestibulární stimulace při použití za účelem navázání kontaktu s klientem.

4 Hypotézy

1. Somatickou stimulací je možné pozitivně ovlivnit spasticitu.
2. Vibrační stimulace je pro děti s dětskou mozkovou obrnou méně uklidňující než vestibulární stimulace
3. Vestibulární stimulace je účinná pro navázání kontaktu s dítětem s dětskou mozkovou obrnou

5 Kazuistika 1

Klient: XY

Pohlaví: muž

Věk: 13 let

Hlavní diagnóza: dětská mozková obrna kvadruparetického typu s levostrannou převahou

Vedlejší diagnózy: centrální zraková vada, kompenzovaná sekundární epilepsie, hluboká mentální retardace, mikrocefalie

Anamnéza:

Osobní anamnéza:

- Dítě z první gravidity
- Porod císařským řezem ve 42. týdnu
- Plod byl nepostupující, plodová voda zakalená, sepse
- Psychomotorická retardace – odpovídá věku cca 6. měsíců
- V roce 1999 vyšetření MR s nálezem výrazné korové a periventrikulární atrofie na podkladě perinatální asfyxie

Rodinná anamnéza:

- Úplná rodina
- 3 sourozenci
- Všichni v rodině prodělali pouze běžné nemoci

Sociální anamnéza:

- Žije s rodinou v dvougeneračním rodinném domě
- Používá nevhodný zdravotní kočárek, rodina není ochotna, přes důrazná doporučení, zajistit vhodnější.

Školní anamnéza:

- Navštěvuje 6. ročník ve speciální škole
- Výuka je individuální
- Výuka u XY probíhá formou opakování reakcí na pokyny a pomocí předmětů výrazných barev.

Vstupní vyšetření

Datum: 28. 11. 2011

Vyšetření pohledem

- XY trpí vysokou spasticitou na horních i dolních končetinách. V oblasti kolenních a loketních kloubů se mu již vytvořily výrazné flekční kontraktury.
- XY výrazně sliní a často si vkládá ruce do úst, což způsobuje neustále mokré ruce i části oděvu. Pokožku na ruce má tím pádem vysušenou a rozpraskanou.
- Během pozorování ostatních pracovníků denního stacionáře při práci bylo rovněž možné zjistit, že XY velmi těžce snáší vodu, během koupele prakticky nepřetržitě křičí. Totéž platí také pro cvičení během fyzioterapie.
- Trpí výraznou progresivní kyfoslózou
- XY, kvůli centrální zrakové vadě, prakticky není schopen vizuálně vnímat barevně a světelně nevýrazné předměty a předměty, které se nepohybují. Pokud tedy chce sledovat své okolí, provádí sám nepřetržité houpavé pohyby tělem a neustále „šermuje“ horními končetinami.
- Kvůli vadě zraku má XY rovněž potřebu okolí vnímat auditivně a tím získat potřebné informace. Proto se snaží každým předmětem, který se mu dostane do rukou, vyluzovat zvuky. Pokud se nejedná například o zvukové hračky nebo jiné předměty, vydávající zvuk, tluče s nimi o stěnu či podlahu a naslouchá. V případě, že nemá v ruce nic, bouchá se pěstí do spodní čelisti a poslouchá, jak mu cvakají zuby.
- Není schopen udržet oční kontakt

Hodnocení soběstačnosti

Sebesycení

- XY není v sebesycení soběstačný
- Jí pouze kašovitou stravu kojeneckou lahví a většinou velmi nedobrovolně

Oblékání

- Vyžaduje plnou asistenci
- Zvýšený svalový tonus a nepřetržitý pohyb oblékání velmi stěžují

Hygiena

- Zvládne jen s plnou asistencí
- Hygiena je velmi obtížná, ve XY voda vzbuzuje nelibost

Kontinence

- Plně inkontinentní

Přesuny

- Nezbytná plná asistence

Hrubá motorika

Sed

- Z lehu na zádech se do sedu dostane samostatně
- Sed nestabilní, ale zvládá bez opory
- Zvládne turecký sed a sed se semiflektovanými a abdukovanými dolními končetinami
- Není vyhledávanou polohou

Mobilita na lůžku

- Samostatně se přetočí z polohy na břicho do polohy na zádech a z boku na bok
- Vleže na zádech zvedá flektované dolní končetiny
- Preferovanou polohu nelze určit, vzhledem k soustavnému pohybu

Lokomoce

- Samostatně se houpavými pohyby s odrazem dolních končetin sune po podlaze, pokud je podlahová krytina hladká. Tímto způsobem je schopen se přesunout i o pět metrů.

Hodnocení kognitivních funkcí

Komunikace

- XY verbálně komunikuje pouze na úrovni křiku a neurčitých zvuků
- Je schopen reagovat na několik pokynů. Na pokyn „vezmi“ uchopí podávaný předmět, na pokyn „dej“ uchopený předmět vrátí. Při pozdravu „ahoj XY“ a natažení dlaně směrem k němu, o nabízenou dlaň plácne svou dlaní. Většinou je nutné pokyny i několikrát opakovat.

Pozornost

- XY udrží pozornost prakticky jen na několik vteřin, dokud je pro něho podnět zajímavý (např. pokud výrazně bliká)

Paměť

- Pamatuje si naučené pokyny, známé lidi

Funkční hodnocení horních končetin

- Z jemné motoriky občas zvládne nedokonalý laterální úchop
- Manipuluje s předměty, ne vždy je dokáže samostatně uchopit
- Schopen uchopit předměty velikosti cca tenisového míčku a měkčího materiálu
- V loketním kloubu a v oblasti ruky výrazné kontraktury

Kompenzační pomůcky

- Ortopedická obuv
- Zdravotní kočárek – nevhodný, vzhledem k jeho výšce a nekontrolovatelným pohybům poměrně nebezpečný
- Abdukční klín
- Inkontinenční pleny

Problémové oblasti

- Vysoká spasticita + flekční kontraktury
- Nesoběstačnost v ADL
- Nízká míra komunikace

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Polohování „mumie+hnízdo“ v rámci somatické bazální stimulace
- Vibrační stimulace pomocí vibračního lůžka a vibračních hraček
- Vestibulární stimulace „pohyb ovesného klasu v ovesném poli“ a za pomoci trampolíny
- Prvky Bobath konceptu – handling, facilitace, inhibice

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Pokračování v krátkodobém ergoterapeutickém plánu
- Postupné prodlužování intervalů
- Zařazení více prvků bazální stimulace - optická, auditivní, orální, taktilně-haptická, olfaktorická
- Nácvik dalších jednoduchých pokynů
- Prevence kontraktur

Referenční rámec - neurovývojový

Přístup – senzorický
- humanistický

Terapeutická jednotka 1

Datum: 30. 11. 2011

Pomůcky využitě při terapii: polohovací hady, deky, polštáře

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Když jsem přišla do pokoje denního stacionáře, XY seděl na zemi a houpal se. Přišla jsem k němu a pozdravila ho. Nereagoval, tak jsem ho vzala za ruku a řekla, že teď spolu půjdeme do jiné místnosti, kde bude mít klid a bude moci odpočívat. XY si zabušil pěstí do dolní čelisti. S pomocí jednoho z pracovníků stacionáře jsem jej přenesla do zdravotního kočárku a převezla do určené místnosti. Každou činnost jsem komentovala, reakce XY však zůstala neměnná. Na matraci na zemi jsem rozložila velkou deku a XY na ni položila. V lehu nevydržel, posadil se a začal se opět houpat. Znovu jsem jej položila a hlavu mu podložila nízkým polštářkem. Vydržel ležet, ale neustále pohyboval horními i dolními končetinami. Vzala jsem polohovací hada a se slovním doprovodem jím obložila XY hlavu. Poté jsem postupně pokračovala dalšími částmi těla. XY jevil neklid a bylo nutné polohu několikrát opravit. Když se podařilo jej zapolohovat do „hnízda“, vzala jsem spodní cíp deky, na níž XY ležel, a přeložila mu jej přes nohy. Oba postranní cípy jsem přeložila přes tělo i s polohovacími polštáři.

Bylo nutné pracovat rychle, aby XY nestihl kýženou polohu opustit. XY byl stále v pohybu a neklidný, za nějakou dobu si z polohy „mumie“ uvolnil horní končetiny. Polohu jsem tedy opravila. Poté se XY ještě několikrát horní končetinami probíjoval z deky ven. Nechala jsem mu je tedy volné a do „mumie“ jej zapoložovala pouze od pasu dolů. XY a sice ještě nějakou chvíli „šermoval“ rukama před obličejem, ale po několika minutách se částečně zklidnil, horními končetinami sice stále pohyboval, ale v menší míře a ne tak neklidně. Zároveň přestal s trhavými pohyby hlavy, jen se rozhlížel. Byla to v celém dni jediná situace, která XY přiměla ke klidu. V této poloze vydržel celkově zhruba 20 minut bez trhavých a houpavých pohybů, netloukl se do spodní čelisti, ani nevkládá ruce do úst. Při porovnávání běžného svalového tonu a se sníženým jsem dospěla ke změně cca 15° v kolenních kloubech a o cca 5° extenze v hlezenním kloubu. Klouby horních končetin, ač ty nebyly v „mumii“ zapoložovány, byly znatelně uvolněné při XY pohybech. Nicméně výrazné kontraktury přílišné uvolnění nedovolovaly. Poté ale do místnosti vběhl jeden z hyperaktivních klientů stacionáře a XY vyrušil z klidu. XY začal se svými obvyklými houpavými pohyby, zvedal dolní končetiny nad podložku, trhal hlavou a tloukl se do spodní čelisti. Snažila jsem se jej ještě uklidnit, ale nedařilo se. Terapii jsem proto raději ukončila. XY jsem vysvětlila, že nyní odstráním všechny polohovací pomůcky a začala jej pomalu zbavovat dek a polohovacích hadů. Pokaždé jsem jej upozornila, kterou část těla právě uvolňuji, nezdálo se však, že by mě ještě nějak bral na vědomí, upadl do svého stereotypu a okolní svět nebral na vědomí. Spastické svaly uvolněné během stimulace opět nabyly původního tonu. Slíbila jsem XY, že při příští terapii to zkusíme znovu, ale dnes ho již odvezu zpět na pokoj.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 2. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: polohovací hady, deky, polštáře

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Následující terapie byla prováděna opačným postupem.

Za XY jsem přišla na pokoj, pozdravila ho a vzala za ruku. Řekla jsem mu, že spolu půjdeme opět pracovat a odvezla jsem jej určené místnosti. Vysvětlila jsem mu průběh terapie a položila jej opět na rozloženou deku. Chvíli jsem jej nechala volně ležet a pak jej upozornila na začátek stimulace. Popisovala jsem mu každý krok polohování. Zapolohovala jsem jej pomocí deky do „mumie“, přičemž bylo nutné respektovat vzniklé flekční kontraktury.

Vzhledem k předchozím neúspěšným pokusům o zapolohování horních končetin, jsem XY polohovala do „mumie“ pouze od pasu dolů. XY se neustále rychle a nekontrolovaně pohyboval, bylo potřeba použít trochu síly. Podložila jsem XY hlavu nízkým polštářem a polohovacími hady jej začala polohovat do „hnízda“. XY neustále zvedal dolní končetiny a přetáčel se na bok a posazoval se. Pokaždé jsem ho znovu položila a polohovací pomůcky kolem něho upravila. Stále jsem se jej snažila uklidnit, po pěti minutách se částečně zklidnil, a ačkoli poměrně neklidně pohyboval hlavou, zůstal ležet. Nesetřval v této poloze ale víc, než 5 minut, proto je efekt v podstatě neměřitelný, pro nedostatek času. Další den jsem pokus opakovala, výsledek se opět nedostavil. Denní doba, teplota i množství světla byly stejné, tyto vlivy tudíž neberu v potaz. Dle pracovníků denního stacionáře byl XY stejně naladěný jako v jiné dny a byl zdravý.

Terapeutická jednotka 3

Datum: 7. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: vibrační lůžko

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Při další terapeutické jednotce jsem se rozhodla aplikovat vibrační stimulaci. K tomuto účelu jsem využila vibrační lůžko. Za XY jsem přišla na pokoj, pozdravila jej podáním ruky, pozvala na terapii a zjednodušeně mu vysvětlila celý průběh. Odvezla jsem XY do určené místnosti s vibračním lůžkem. S pomocí pracovníka stacionáře jsem na něj XY položila na záda a zajistila jej, aby nespadl. Vibrační lůžko jsem zapnula na dobu 15 minut s nižší intenzitou vibrací. XY chvíli prováděl své obvyklé stereotypní houpavé pohyby a tloukl se do spodní čelisti. Položila jsem jej na bok, abych těmto pohybům alespoň trochu zabránila. XY měl poté položeno ucho na lůžku, uvolnil se a naslouchal zvukům zevnitř. To jej nejspíše zklidnilo podstatně více, než samotné vibrace. Vydržel takto ležet po celou dobu činnosti vibračního lůžka, po jeho vypnutí však ztratil auditivní stimuly a během dvou minut opět nastaly jeho obvyklé stereotypní pohyby.

Terapeutická jednotka 4

Datum: 8. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: omyvatelná vibrační hračka, polohovací vak

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Následující den jsem jako zdroj vibrací zvolila vibrační hračku. Opět jsem pro XY přišla do pokoje denního stacionáře a jako obvykle jsem jej pozdravila, vzala za ruku a nabídla mu „vyzkoušení něčeho nového“. Poté jsem jej vzala do určené místnosti a za pomoci pracovníka denního stacionáře jsem jej uvedla do polosedu na velkém polohovacím vaku. Tento vak mu alespoň umožnil jeho nejčastější polohu a částečně zabránil houpavým pohybům. Vzala jsem vibrační hračku a zjednodušeně vysvětlila XY, co bude následovat a nabídla mu, aby si vzal hračku do ruky a vyzkoušel ji. Vzal ji a přitiskl si ji k uchu. Na několik vteřin se na hračku zaměřil tolik, že upustil od veškerých svých stereotypních činností. Po chvíli jsem jej požádala slovy: „XY, dej“, aby mi hračku opět vrátil. Pokud bylo nutné několikrát opakovat.

Poté, co jsem měla hračku již opět u sebe, se slovním doprovodem jsem ji začala XY při kládat na oblast kloubů a sterna. XY se ze začátku snažil hračku mi vzít, potom ale přestal a po chvíli se začal při každém přiložení hračky na tělo usmívat a jeho výraz naznačovat soustředění (jakoby se zahleděl). Koncentrován sice vydržel souvisle pouze několik vteřin, pozitivní reakce však přetrvávaly cca 10 minut. Na XY je i tento časový úsek poměrně velký.

Terapeutická jednotka 5

Datum: 12. 12. 2011

Pomůcky využité při terapii: zrcadlo

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Následující dvě terapeutické jednotky jsou zaměřeny na vestibulární stimulaci, první z nich je aplikována formou „ovesného klasu v ovesném poli“.

S XY jsme se opět sešli v pokoji denního stacionáře a pozdravili se podáním ruky a odebrali se do místnosti, kde jsem měla možnost provádět prvky bazální stimulace.

Posadila jsem XY na zem naproti zrcadlu a obkročmo si sedla za něj. Jeho tělo jsem opřela o své a rukama fixovala jeho hrudník. XY jsem upozornila na to, co bude následovat a pomalu se začala pohybovat v horizontální rovině ve tvaru ležaté osmičky. XY byl naprosto uvolněný, horní končetiny měl volně svěšené podél těla a vedený pohyb jeho trupu byla naprosto plynulý. Usmíval se, zářily mu oči a vše sledoval v zrcadle. Tento pohyb jsme prováděli nepřetržitě 10 minut a XY reakce byla stále pozitivní.

Poté jsem jej odvezla na pokoj denního stacionáře a rozloučili jsme se podáním ruky.

Terapeutická jednotka 6

Datum: 13. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: trampolína

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato vestibulární stimulace probíhala pomocí široké trampolíny.

XY jsem vyzvedla na pokoji a pozdravili jsme se podáním ruky. Odvezla jsem jej do jiného pokoje, v němž byla již připravena trampolína. XY tento způsob stimulace již znal a dle pracovníků stacionáře patřil mezi jeho oblíbené. To bylo evidentní i podle jeho reakce. Jen při pohledu na připravenou trampolínu se začal hlasitě smát a tleskat. Se slovním doprovodem jsem jej na trampolínu položila, posadila se vedle a dlaní ji lehce rozhýbala, aby měl XY možnost si na nezvyklý pohyb zvyknout. Vzhledem k výrazně pozitivní reakci, jsem zvýšila intenzitu houpání a jistila jej proti spadnutí. Na trampolíně se XY houpal s krátkými přestávkami cca 20 minut a po celou dobu byla jeho reakce na houpání jásavá, pokud byla přestávka delší, zřejmě to vnímal jako konec a křičel. Konec terapie tedy probíhal pozvolna, aby byl pro XY co nejméně násilný, poté jsem jej upozornila, že se již musíme vrátit na pokoj, že ho čeká škola, a odvezla jen zpět. Rozloučili jsme se opět podáním ruky.

Silné stránky klienta

- Schopnost manipulovat s předměty
- Schopnost reagovat na jednoduché pokyny

Slabé stránky klienta

- Hluboká mentální retardace
- Neudržení pozornosti
- Zvýšená salivace
- Zraková vada

Výstupní vyšetření

Datum: 14. 12. 2011

Během mé práce s XY nedošlo k žádným dlouhodobějším změnám, výsledky výstupního vyšetření tedy odpovídají výsledkům vstupního vyšetření. Za úspěch terapii považuji nadšenou reakci XY během vestibulární stimulace na trampolíně.

Doporučení

Doporučuji pokračovat v aplikaci prvků bazální stimulace a to dlouhodobě, má-li dojít vlivem stimulace k výraznějším změnám. V rámci nastavbových prvků BS doporučuji zaměřit se hlavně na optickou a auditivní stimulaci. Zároveň doporučuji postupně prodlužovat intervaly stimulací.

6 Kazuistika 2

Klient: XX

Pohlaví: žena

Věk: 12 let

Hlavní diagnóza: kvadraparetická forma DMO

Vedlejší diagnóza: zraková porucha, vrozená luxace kyčlí, těžká mentální retardace

Anamnéza

Osobní anamnéza:

- Dítě z první gravidity
- Přirozený porod v termínu
- Stp.operaci hemangiomu srdce a defektu síňokomorového septa
- Psychomotorická retardace – odpovídá dítěti cca 1 roku věku

Rodinná anamnéza:

- Úplná rodina, matka dlouho dceřinu diagnózu odmítala
- Bratr – 5 let

Sociální anamnéza:

- Žije s rodinou v rodinném domě, jehož přízemí je částečně bezbariérově upraveno

Školní anamnéza:

- Navštěvuje 5. ročník speciální školy
- Individuální výuka

Vstupní vyšetření

Datum: 28. 11. 2011

Vyšetření pohledem

- Výrazně snížený svalový tonus
- Dyskinéza
- Během terapií někdy reaguje nepřiměřeně, často se rozpláče, není k utišení, pomáhá pouze autoritativní přístup nebo ignorace
- Sliní, vkládá si ruce do úst
- Často bývá zahleněná, sama nevykašlává, potřebuje podporu například formou speciálním masáží
- Ráda upoutává pozornost ostatních, pokud se nevěnují jen jí
- Oční kontakt dokáže udržet pouze cca 30 sekund

Hodnocení soběstačnosti

Sebesycení

- Částečně soběstačná
- Částečně zvládne manipulaci se lžící, potíže činí „nabírání“ potravy
- Neoblíbenou stravu odmítá, zbavuje se jí „pliváním“
- Při pití nutná dopomoc

Osobní hygiena

- Nutná dopomoc
- Pomáhá s nastavením končetin

Oblékání

- Nutná dopomoc
- Pomáhá s nastavením končetin

Kontinence

- Celodenně nosí pleny
- Vysazována na WC, ale pouze jako „pokus-omyl“
- Sama neřekne, když potřebuje na WC

Přesuny

- Pouze s asistencí

Hrubá motorika

Lokomoce

- Občas „rotuje“ v sedu na podlaze
- Jakákoli jiná lokomoce pouze s dopomocí

Mobilita na lůžku

- Přetočí se z polohy na břicho na záda a z jednoho boku na druhý
- Hlavu zvedne nad podložku s oporou o lokty - neoblíbená poloha
- Bridging
- V lehu na zádech zvedne extendované dolní končetiny

Sed

- Posazení s dopomocí
- Výdrž v sedu záleží na poloze
- Sed je relativně stabilní, ale kyfotizovaný

Hodnocení kognitivních funkcí

Komunikace

- XX verbální komunikaci rozumí, reaguje na pokyny
- Verbální forma komunikace omezena pouze na 3 výrazy (hu= ano, ece = ještě, tss=ne)

Pozornost

- XX je schopna udržet pozornost i několik minut, pokud se v okolí nevyskytnou rušivé faktory, například zvonění telefonu, příchod další osoby, apod.)

Paměť

- Pamatuje si naučené pokyny a reakce (například při pozdravu občas podá ruku, někdy je to nutné připomínat)
- Pamatuje si funkci některých předmětů využívaných během úkonů ADL (například použití lžice)
- Poznává známé tváře a jména známých lidí
- Ví, že v prostorách denního stacionáře si nesmí vkládat ruce do úst
- Pamatuje si pohyby doprovázející dětské říkanky

Funkční hodnocení horních končetin

- Konfigurace v rovině (drobné flekční kontraktury na prstech)
- Hypotonie, snížená svalová síla
- Jemná motorika nedokonalá, zvládne pouze statické úchopy (hlavně sférický)
- Čítí nelze, vzhledem k omezené spolupráci, plnohodnotně vyšetřit, zdá se však být v pořádku
- Při držení předmětu v ruce nastává ataxie, pokud nemá v ruce nic, takže je lepší
- Manipuluje s předměty

Kompenzační pomůcky

- Brýle
- Polohovací židle
- Zdravotní kočárek
- Protiskluzová podložka
- Ortopedická obuv – doma ji nenosí, vzhledem k narůstajícím kontrakturám lze již obout jen ztěžka
- Odlehčená lžice
- Inkontinenční pleny

Problémové oblasti

- Vysoká spasticita + flekční kontraktury
- Nesoběstačnost v ADL
- Nízká míra komunikace

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Vibrační stimulace pomocí vibračního lůžka a vibrační hračky
- Vestibulární stimulace „pohyb ovesného klasu v ovesném poli“ a za pomoci trampolíny
- Prvky Bobath konceptu – handling, facilitace

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Pokračování v krátkodobém ergoterapeutickém plánu
- Zařazení více prvků bazální stimulace – orální, olfaktorická, optická, taktilně-haptická, masáž stimulující dýchání
- Postupné prodlužování intervalů
- Nácvik dalších pokynů a získání vyšší soběstačnosti v ADL

Referenční rámec - neurovývojový

Přístup – senzorický
- humanistický

Terapeutická jednotka 1

Datum: 29. 11. 2011

Pomůcky využití při terapii: vibrační lůžko

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Vibrační stimulace probíhala pomocí vibračního lůžka.

XX jsem vyzvedla v pokoji denního stacionáře. Představila jsem se a podaly jsme si ruku. Na otázku: „ty jsi XX., že ano?“, odpověděla: „hu“, značící souhlas. Zjednodušeně jí vysvětlila průběh terapie a odvezla ji do předem určené místnosti. Když jsem ji položila na vibrační lůžko, zajistila proti spadnutí a snažila se ji verbálně motivovat, XX se náhle rozplakala. Chvíli jsem se neúspěšně snažila ji utišit, poté jsem ji, na předchozí radu personálu, nechala o samotě. Za několik minut se utišila a bylo možné pokračovat v terapii. Upozornila jsem XX, že nyní zapnu vibrační lůžko a že „ji to bude asi trochu šimrat“. Zapnula jsem lůžko na 15 minut a nižší intenzitu vibrací. XX se cca 2 minuty neklidně pohybovala, poté zřejmě začala vibrace intenzivněji pociťovat a relativně klidně ležela. Během následujících 10 minut se přetočila z polohy na zádech do polohy na břiše a zpět, nicméně nevykazovala známky neklidu. Její dech se stal pravidelnějším a prohloubil se. Protože kompletní zklidnění XX nastoupilo v podstatě jen několik minut před nastaveným vypnutím vibračního lůžka, časový interval jsme ještě o deset minut prodloužila, aby XX měla možnost delší doby uvolnění a odpočinku v situaci pro ni příjemné.

Po vypnutí vibračního lůžka byla XX ještě několik minut uvolněná, zhluboka dýchala, několikrát je jí podařilo efektivně vykašlávat sekret. Po uplynutí určené doby, bylo nutné terapii ukončit, XX však nebyla příliš vytržena z odpočinku, neboť se brzy vrátila ke svému stereotypu. Sdělila jsem XX, že dnes se již musíme vrátit do pokoje, ale že se brzy znovu setkáme. Rozloučily jsme se opět podáním ruky.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 1. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: omyvatelná vibrační hračka, polohovací vak

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato vibrační stimulace probíhala za pomoci vibrační hračky.

XX jsem vyzvedla na pokoji denního stacionáře a pozdravily jsme se podáním ruky. Odvezla jsem ji do jiného pokoje, bez rušivých faktorů. Uložila jsem ji do polosedu na polohovacím vaku a zajistila proti spadnutí. Zjednodušeně jsem jí vysvětlila průběh terapie. Nejprve jsem jí dala do ruky vypnutou vibrační hračku, po chvíli jsem ji zapnula, aby si ji XX mohla sama vyzkoušet. Protože nejevila velký zájem, vzala jsem hračku a s pokusem o verbální motivaci jsem jí XX začala přikládat na tělo, na oblast kloubů a sterna. XX jevila známky neklidu a na blížící se hračku reagovala defenzivně. Po několika minutách marných pokusů jsem tedy hračku vypnula a odložila. XX však téměř okamžitě začala volat: „ece“. Znovu jsem hračku zapnula, reakce byly však stejné. Bylo ovšem evidentní, že takto jedná pouze z rozmaru a vibrace jí nejsou nepříjemné. Na radu pracovníků stacionáře jsem ji tedy upozornila, že pokud bude „zlobit“, odvezu ji zpátky na pokoj. Tomuto varování XX velmi dobře rozumí, v denním stacionáři to bývá to jediné, co na ni platí. XX přestala a bylo možné pokračovat. Když jsem jí přikládala vibrující hračku na tělo, začala se usmívat a vesele mávala horními končetinami. Po několika minutách se pokoušela hračku mi vzít. Vložila jsem jí ji tedy do ruky a čekala, co bude následovat. XX si hračku nejprve přeložila do druhé ruky a poté si ji přitiskla k tváři. Uvolněně se položila do polohovacího vaku. Vibrační hračku jsem jí nechala, abych si nevyrušila z prožívání vibrací, a čekala jsem, zda mi ji sama vrátí. To se skutečně po několika minutách stalo. XX se sice zklidnila, ale střídavé přikládání vibrační hračky na různá místa těla, udrželo její pozornost víceméně napjatou.

Po 15 minutách byl, vzhledem k počínajícímu neklidu XX, čas terapie ukončit. Sdělila jsem to XX, na jejíž reakci „ece“ jsem jí musela slíbit, že následující den budeme pokračovat v něčem novém. Poté jsem ji odvezla na pokoj denního stacionáře a rozloučily jsme se podáním ruky.

Terapeutická jednotka 3

Datum: 5. 12. 2011

Pomůcky využité při terapii: zrcadlo

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Vestibulární stimulace probíhala formou pohybu „ovesného klasu v ovesném poli“.

XX jsem vyzvedla na pokoji denního stacionáře a pozdravily jsme se podáním ruky. Se sdělením, že nyní budeme spolu „pracovat“, jsem XX odvezla do určené místnosti, kde jsem ji posadila na měkký koberec naproti zrcadlu. Zjednodušeně jsem jí vysvětlila průběh terapie a sedla si obkročmo za ni. Opřela jsem její trup o svůj a fixovala za sternum. Začala jsem pomalu pohybovat trupem do tvaru ležaté osmičky. Kvůli sníženému svalovému tonu se nechala snadno vést. Její chování naznačovalo spíše lhostejnost. Po cca 5 minutách začala dávat najevo nelibost. Na chvíli jsem se tedy přestala pohybovat a snažila se XX více motivovat například pozorováním vlastního obrazu v zrcadle. Po několika minutách jsem opět začala s pohybem „ovesného klasu“, aby však byla terapie zajímavější, přidala jsem zpět dětské písničky. To bylo zřejmě důvodem vyššího zájmu XX, neboť poté, co jsem skončila, začala říkat: „ece“. Pokračovaly jsme takto dalších 10 minut. Poté byla na XX již vidět únava, proto jsem terapii ukončila. Odvezla jsem XX zpět na pokoj denního stacionáře a rozloučily jsme se podáním ruky.

Terapeutická jednotka 4

Datum: 7. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: trampolína

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato vestibulární stimulace probíhala pomocí široké trampolíny. Na pokoji denního stacionáře jsem se setkala XX a pozdravily jsme se podáním ruky. XX na můj příchod reagovala pozitivně, zřejmě si pamatovala, že během terapie od ní není vyžadováno nic náročného a péče je věnována jen jí. Odvezla jsem ji do určeného pokoje a zjednodušeně jí vysvětlila průběh terapie. Nejprve jsem se s ní posadila na koberec k trampolíně, aby měla možnost vyzkoušet její funkci „z dálky“. Položila jsem jí na trampolínu ruku a lehce rozhýbala plátno. XX jej se zaujetím pozorovala. Po chvíli jsem ji s upozorněním na trampolínu položila a zajistila, aby nespadla. Chvíli jsem ji nechala, aby si zvykla, a poté jsem dlaní pomalu rozhoupala plátno trampolíny. Usmívala se a rozhlížela po okolí. Pokaždé, když se trampolína zastavila, začala volat „ece“, chtěla být opět v pohybu. Přidala jsem na intenzitě houpání, to už ale nebylo pro XX vhodné, napjala se a působila dojmem, že má strach z prudkého pohybu a pocitu nestability. Zadržela dech a v obličeji se jí objevil lehce strnulý výraz. Ihned jsem intenzitu opět snížila, cca 2 minuty však nejistá reakce XX přetrvávala. Poté se znovu „naladila“ na pomalý pohyb a zklidnila se. Začala sama do plátna trampolíny plácet, zjevně pochopila, na jakém principu pohyb vzniká. To ji velmi zaujalo a její pozornost na to byla zaměřena po celou dobu terapie. S pohybem trampolíny jsem chvíli postupně ustávala, abych zjistila, zda XX přijde na jiný způsob, jak sama plátno rozhýbat. Síla její dlaně však nestačila a na jiný způsob nepřišla. Netrvalo to více než 1 minutu, ale než jsem stačila opět trampolínu rozhýbat, začala plakat. Její pláč bohužel neustal, ani když byla opět v pohybu. Pokusila jsem se ji uklidnit, její pláč však nabýval na intenzitě. Po několika minutách přišla jedna z pracovnic denního stacionáře a velmi autoritativně XX utišila. Vzhledem k vypjaté situaci jsem terapii raději ukončila. Zjednodušeně jsem to XX vysvětlila, nepůsobila však, že by ji to příliš zajímalo. Odvezla jsem ji tedy zpět na pokoj denního stacionáře a rozloučily se podáním ruky.

Slabé stránky klienta

- Hypotonie
- Pasivita
- Vyžaduje pozornost okolí

Silné stránky klienta

- Částečně zachovalé kognitivní funkce – komunikace, paměť, udržení pozornosti
- Schopnost manipulace s předměty
- Schopnost vyjádřit nelibost
- Částečně aktivní - asistuje při výkonu ADL – hygiena, oblékání

Výstupní vyšetření

Datum: 8. 12. 2011

Během mé práce s XX nenastala žádná změna, výsledky výstupního vyšetření se tedy shodují s výsledky vstupního vyšetření.

Doporučení

Doporučuji pokračovat v aplikaci základních a nastavbových prvků bazální stimulace, obzvláště za účelem zklidnění XX. Z nastavbových prvků považuji za vhodnou zvláště stimulaci olfaktorickou a orální, během nichž XX poměrně ochotně spolupracuje. Důležité zastoupení u XX má rovněž masáž stimulující dýchání. Také doporučuji postupně prodlužovat intervaly stimulace.

7 Kazuistika 3

Klient: XX

Pohlaví: žena

Věk: 12 let

Hlavní diagnóza: kvadraparetická forma DMO

Vedlejší diagnóza: epilepsie, středně těžká mentální retardace, vada zraku

Anamnéza

Osobní anamnéza:

- Dítě z první gravidity, matka otěhotněla po umělém oplodnění
- Komplikovaný porod v 38. Týdnu kvůli předčasnému odtoku plodové vody
- Má levou dolní končetinu o 4 cm kratší
- Výrazná skolióza
- Psychomotorická retardace – odpovídá věku cca 7 let

Rodinná anamnéza:

- Matka 30 let
- Otec 42 let
- Rodiče spolu nežijí

Sociální anamnéza:

- Žije s matkou v domě na venkově, přízemí, dům je částečně bezbariérově upraven, doprava do větších měst není problémem, matka vlastní automobil
- Každé ráno je matkou umístěna do denního stacionáře, víkendy tráví většinou doma nebo u prarodičů

Školní anamnéza:

- Navštěvuje 7. ročník speciální školy
- Skupinová výuka
- Ve škole je aktivní, schopna zvládnout učivo 1. třídy základní školy
- Je schopna samostatně číst krátký text, pokud jsou písmena dostatečně velká a kontrastně zbarvená
- Musí být upozorňována, aby se soustředila na práci
- Dokáže počítat bez problému do cca 50, dále jsou počty provázeny drobnými problémy

Vstupní vyšetření

Datum: 1. 12.2011

Vyšetření pohledem

- Flekční spasticita na dolních končetinách, horní končetiny méně postižené
- Narůstající kontraktury v oblasti kyčelních a kolenních kloubů
- Pro prevenci flekčních kontraktur v oblasti zápěstí nosí polohovací ortézu
- Pokud je soustředěná, ataxie téměř mizí
- Při terapiích je využíván vertikalizační stojan, vzhledem k narůstajícím kontrakturám je možnost užití slabší.
- Udrží oční kontakt několik minut

Hodnocení soběstačnosti

Sebesycení

- V sebesycení je částečně soběstačná
- Sama uchopuje lžici, nabírá stravu a vkládá si ji do úst. Kvůli apraxii občas potřebuje vedení pohybu.

Oblékání

- Nutná dopomoc
- Snaží se pomáhat, samostatně se neobleče kvůli malému rozsahu ramenních kloubů horních končetin
- Je schopna samostatně zapínat a rozepínat suchý zip na oděvu, pokud jej má v dosahu

Hygiena

- Je schopna si sama umýt ruce, pokud je páková baterie a toaletní potřeby v dosahu
- V koupání plně soběstačná není, snaží se výrazně pomáhat.

Kontinence

- Dokáže sama informovat o své potřebě
- Je vysazována na speciálně upravené WC

Přesuny

- Při přesunech pomáhá, samostatně je však nezvládá

Hrubá motorika

Sed

- I s oporou nestabilní, přepadává do lateroflexe, dokáže se na upozornění sama srovnat
- Sed bez opory možný pouze v předklonu s oporou o lokty, abdukovanými kyčelními a flektovanými kolenními klouby
- Do sedu se dostane samostatně

Mobilita na lůžku

- Je schopna se přetočit z polohy na břicho do polohy na zádech a obráceně
- Je schopna se samostatně z lehu posadit
- V lehu na zádech dokáže bridging
- V lehu na zádech zvedá flektované dolní končetiny

Lokomoce

- Sama leze, avšak jen na krátké vzdálenosti
- Je schopna sama ovládat elektrický invalidní vozík, ale pouze v známých a bezpečných prostorech. Na samostatnou cestu do terénu, například do města, nemá dostatečné kognitivní možnosti.

Hodnocení kognitivních funkcí

Komunikace

- Verbální komunikace na relativně vysoké úrovni, slovní zásoba odpovídá věku 7-9 let
- Užívá rozvinuté věty
- Řeč je skandovaná, částečně srozumitelná
- Své potřeby je schopna vyjádřit

Paměť

- Paměť má na úrovni šestiletého dítěte

Pozornost

- Ve škole se schopna se zhruba 30 minut soustředit, pokud jsou pro ni podněty dostatečně zajímavé. Pokud ne, musí být často upozorňována

Funkční hodnocení horních končetin

- Z jemné motoriky zvládá nedokonale pinzetový, sférický a válcový, tužkový
- Lehké flekční kontraktury v loketním kloubu a v oblasti ruky
- Při slabé koncentraci ataxie
- Je schopna manipulovat s předměty a joystickem (obaleným tenisovým míčkem) elektrického vozíku

Kompenzační pomůcky

- Dioptrické brýle
- Elektrický invalidní vozík
- Ortopedická obuv
- Protiskluzové podložky
- Odlehčená lžice
- Nástavec na tužku

Problémové oblasti

- Spasticita
- Narůstající kontraktury
- Nedokonalá soběstačnost v pADL

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Polohování „mumie+hnízdo“ v rámci somatické bazální stimulace
- Prvky Bobath konceptu – handling, facilitace, inhibice
- Nácvik činností ADL

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Pokračování v krátkodobém plánu
- Zařazení více prvků bazální stimulace – olfaktorická, orální, auditivní, taktilně haptická
- Prodlužování doby stimulace
- Nácvik činností ADL v domácím prostředí

Referenční rámec – neurovývojový

Přístup – sensorický

- humanistický

Terapeutická jednotka 1

Datum: 6. 12. 2011

Pomůcky využité při terapii: polohovací hady, polštáře, deky

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Přišla jsem za XX do pokoje denního stacionáře, pozdravila ji, podaly jsme si ruku a já se jí zeptala, zda by byla ochotná mi pomoci s „jedním úkolem do školy“. Souhlasila a dodala, že potom musí do školy. Podle rozvrhu jsme zjistily přesnou hodinu, kdy musíme být zpět. XX byla po cestě do určené místnosti velmi zvědavá a aktivně se zajímala o celý průběh. Vše potřebné jsem jí vysvětlila. Poté, co jsme dorazily na místo, jsem XX, s její aktivní účastí, položila na matraci, na rozloženou velkou deku. Spolupráce s XX byla velmi kvalitní, vzhledem k jejímu stupni mentální retardace, pokynům evidentně rozuměla a řídila se jimi. Podložila jsem XX hlavu malým polštářkem a pomocí polohovacích hadů a srolovaných dek jsem začala pomalu modulovat její tělo. Každý provedený krok jsem komentovala. XX reagovala pozitivně, jako na něco nového, co v ní zároveň nevyvolává obavy.

Neustále se rozhlížela po místnosti a ke všemu měla otázky a komentáře. Po aplikaci polohy „hnízdo“ jsem přistoupila k poloze „mumie“. Spodní cíp deky jsem přeložila XX přes dolní končetiny, oba boční cípy jí přeložila přes tělo a zafixovala. XX vnímala terapii spíše jako zábavu a i po 20 minutách se ani částečně nezrelaxovala. Po 30 minutách, když jsem již pomalu nabývala dojmu, že se začíná zklidňovat, mě vyvedla z omylu informací, že ji to nebaví, a začala být neklidná, aby deky uvolnila. Terapii jsem tedy ukončila, doufaje, že během další terapie bude výsledek efektivnější. XX jsem doprovodila na pokoj denního stacionáře a rozloučily jsme se podáním ruky a domluvou o přesném termínu příští terapie.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 12. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: polohovací hady, polštáře, deky

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Příští terapie následovala až po fyzioterapeutické jednotce a XX evidentně neměla již tolik síly na další terapii. Vysvětlila jsem XX, že nyní si alespoň po náročném cvičení trochu odpočine. Odebraly jsme se tedy na místo určení. Položila jsem XX na matraci, na deku, podložila jí hlavu nízkým polštářem a se slovním doprovodem ji začala polohovat do „mumie“. XX vše pamatovala z minulé terapie. Když byla zapolohována, oznámila mi, že je jí horko, ztlumila jsem tedy topení a na chvíli otevřela okno. Za pár minut již byla teplota podle XX optimální. Vzala jsem tedy srolované deky a polohovací hady s polystyrenovými kuličkami a začala ji směrem od hlavy obkládat. Pokaždé jsem jí sdělila, kterou část jejího těla právě moduluji a zeptala se, zda je jí to příjemné či ne. Na vše odpovídala kladně, tak jsem pokračovala. Když byla zapolohována i do polohy „hnízda“. XX mi potvrdila, že je vše v pořádku. Několik minut jevila známky neklidu, po chvíli se však viditelně zklidnila. Po 10 minutách klidného ležení začala usínat. Nechala jsem ji tedy spát, dokud se sama neprobudila, což bylo cca 45 minut. Spasticita u XX byla snížena cca o 20° na kloubech dolních i horních končetin. Bylo zjevné, že pro ni polohování toho dne bylo mnohem více relaxační, než předtím. Jelikož XX musela na výuku, terapii jsem ukončila a doprovodila ji zpět na pokoj denního stacionáře.

Efekt stimulace víceméně přetrvával, při příjezdu na pokoj však XX špatně najela ke dveřím a skřípla si prsty mezi dveře a hmatnou obruč. Tento bolestivý podnět způsobil opětovné zvýšení svalového tonu.

Po utišení XX jsme se rozloučily podáním ruky.

Slabé stránky klienta

- Narůstající kontraktury
- Spasticita

Silné stránky klienta

- Aktivita
- Částečná soběstačnost v pADL
- Komunikace na dobré úrovni

Výstupní vyšetření

Datum: 13. 12. 2012

Po dobu mé práce s XX nedošlo k žádným změnám. Výstupní vyšetření se tedy shoduje se vstupním.

Doporučení

Doporučuji pokračovat dlouhodobě v prvcích bazální stimulace a postupně prodlužovat intervaly, má-li být efekt dlouhodobější. Z nastavbových prvků je možné zařadit stimulaci olfaktorickou, například v podobě poznávání vůní koření apod. Dále doporučuji trénink činností ADL v modelových situacích i v domácím prostředí. Vhodné je rovněž postupné prodlužování intervalů stimulace.

8 Kazuistika 4

Klient: XX

Pohlaví: žena

Věk: 9 let

Hlavní diagnóza: kvadraparetická forma dětské mozkové obrny, hluboká mentální retardace

Vedlejší diagnóza: sekundární epilepsie, strabismus, mikrocefalie

Anamnéza

Osobní anamnéza:

- Přirozený porod v termínu
- Ve druhém měsíci gravidity matka prodělala toxoplazmózu
- Ve 2 letech hospitalizována pro diagnózu bronchitis acuta
- Infantilní spasmy
- Psychomotorická retardace – odpovídá věku cca 6 měsíců

Rodinná anamnéza:

- Matka (27 let) drogově závislá, dítě jí bylo odebráno z péče
- Otec neznámý
- XX vychovávají prarodiče (oba 60 let)

Sociální anamnéza:

- Žije na venkově v rodinném domě
- Dům je částečně bezbariérově upraven
- Má u prarodičů dobré zázemí, babička se aktivně účastní terapií a seminářů pro rodiče, aby se zdokonalila v péči o vnučku
- Den tráví od rána do odpoledne v denním stacionáři, protože prarodiče, vzhledem k vyššímu věku, fyzicky i psychicky náročnou péči nezvládali
- Babička se rovněž účastní téměř všech terapií, XX je na její přítomnosti téměř závislá, pokud babička není přítomna, křičí

Školní anamnéza:

- Navštěvuje 3. ročník speciální školy
- Individuální výuka

Vstupní vyšetření

Datum: 28. 11. 2011

Vyšetření pohledem

- Flekční spasticita, převládající na horních končetinách
- Výrazné kontraktury kolenních, loketních a zápěstních kloubů, v prstech a hlezenních kloubech se kontraktury již začínají také tvořit
- Vhodné jsou zvukové hračky, „chrastítka“, pokud jsou XX vloženy do ruky, manipuluje s nimi a naslouchá
- Během Vojtovy metody při fyzioterapii projevuje nelibost a křičí, podle babičky doma během cvičení takto negativně nereaguje. Při práci s XX se již vystřídal více fyzioterapeutů, výsledek se ale nezměnil. Příčina těchto reakcí je nejasná
- Zvýšená salivace, vkládá si ruce do úst, proto má rozdrážděnou pokožku na obličeji a rukou
- XX reaguje pozitivně na zvukové a blikající předměty, negativně na nízké a zastřené tóny, například zvuk vysavače či fěnu, tyto podněty v ní vyvolávají značný neklid
- Není schopna udržet oční kontakt

Hodnocení soběstačnosti

Sebesycení

- Není v sebesycení soběstačná, udrží v ruce lžici, aniž by si byla vědoma, k čemu slouží

Oblékání

- Není soběstačná, nespolupracuje

Hygiena

- Nutná plná asistence

Kontinence

- Inkontinentní, nosí celodenně pleny

Přesuny

- Nutná plná asistence

Hrubá motorika

Sed

- Samostatně se neposadí
- Sed je nestabilní, zhroucený, kyfotizovaný s abdukovánými a flektovanými dolními končetinami
- V sedu bez opory se dlouho neudrží, max. půl minuty

Mobilita na lůžku

- V lehu na zádech se otáčí z boku na bok
- Pokud je otočena do polohy na bříše, křičí, ale není schopna otočit se zpět na záda
- V lehu na zádech vykopává dolní končetiny nad podložku

Lokomoce

- Není schopna jakékoli samostatné lokomoce

Hodnocení kognitivních funkcí

Komunikace

- Verbální projev zůstává pouze na úrovni křiku a broukání
- Pokud chce projevit příjemné pocity, směje se a „brouká“, pokud chce projevit nelibost, křičí a nekontrolovaně pohybuje hlavou

Paměť

- Pamatuje si tváře a hlas blízkých lidí, na jejich přítomnost reaguje pozitivně, úsměvem a „broukáním“
- Další zhodnocení paměti nebylo v mých možnostech

Pozornost

- Pozornost udrží i při výrazných podnětech jen několik sekund, výraznými podněty jsou myšleny blikající, výrazně barevné předměty vydávající vysoké tóny

Funkční hodnocení horních končetin

- Výrazné flekční kontraktury v loketních a zápěstních kloubech a začínající v oblasti rukou
- Předmět uchopí nespecifikovaným způsobem
- Čítí je v podstatě nezhodnotitelné, předpokládá se hyperstezie, není však přímo dokázána
- Pokud jí bude do ruky vložen předmět, dokáže ho udržet, předměty vkládá do úst nebo s nimi „chraští“

Kompenzační pomůcky

- Zdravotní kočárek
- Polohovací židle s výliskem
- Ortopedická obuv
- Abdukční klín
- Inkontinenční pleny

Problémové oblasti

- Vysoká spasticita + flekční kontraktury
- Nesoběstačnost v pADL
- Výrazně snížené komunikační schopnosti
- Závislost na přítomnosti blízké osoby

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Polohování „mumie+hnízdo“ v rámci somatické bazální stimulace
- Vibrační stimulace pomocí vibračního lůžka a vibrační hračky
- Vestibulární stimulace za pomoci pohybu „ovesného klasu v ovesném poli“ a trampolíny
- Prvky Bobath konceptu – handling, facilitace, inhibice

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Pokračování v krátkodobém ergoterapeutickém plánu
- Zařazení více prvků bazální stimulace – auditivní, optická, taktilně-haptická, olfaktorická, masáž stimulující dýchání
- Odnaučení závislosti na babičce
- Postupné prodlužování stimulace

Referenční rámec – neurovývojový

Přístup – senzorický

- humanistický

Terapeutická jednotka 1

Datum: 29. 11. 2011

Pomůcky využití při terapii: polohovací pomůcky, deky

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Když jsem písemně žádala o možnost práce s XX, její babička vyjádřila souhlas pouze za předpokladu, že bude moci být u terapií přítomna. Ve stanovený čas jsme se sešli v pokoji denního stacionáře a XX připravili na nynější činnost. Babičce jsem rovněž vysvětlila vše potřebné a společně jsme se odebraly do určené místnosti a položily XX na matraci na deku. XX stále visela pohledem na babičce, byla proto klidná. Když jsem s ní však začala pracovat, jevila velký neklid. Babička se posadila za ni a vzala její hlavu do dlaní. XX zjevně pocítila bezpečí a relativně se zklidnila. Vzala jsem polohovací pomůcky a se slovním doprovodem jsem jí začala obkládat těmito pomůckami tělo. Hlavu jsem vynechala, aby nebyl narušen kontakt XX s babičkou. Během polohování bylo nutné podřídit se flekčním kontrakturám, polohu „hnízdo“ jsem musela lehce upravit větším množstvím polohovacích pomůcek. Když byla XX zapolohována v „hnízdě“, přistoupila jsem s polohování do „mumie“. Spodní cíp deky jsem přeložila XX přes dolní končetiny, oběma bočními cípy jsem jí ovázala tělo a zafixovala. Opět bylo nezbytné přizpůsobit se flekčním kontrakturám.

V této poloze měla setrvat prakticky neomezenou dobu, dokud jí samotné to bude příjemné. První 2 minuty jevila, i přes oční kontakt s babičkou, známky neklidu, bylo evidentní, že není novým věcem příliš otevřená, je zvyklá na stereotyp.

Poté se začala postupně zklidňovat, nekontrolované pohyby hlavy a končetin ustupovaly. Příčinou toho mohla ale být skutečnost, že babička jí, za účelem uklidnění, začala tiše zpívat. Po 15 minutách byla již zcela zrelaxována a v tomto stavu vydržela ještě cca 10 minut, než bylo, s ohledem na opětovné projevy neklidu, vhodné terapii ukončit. Se slovním doprovodem jsem začala pomalu odstraňovat polohovací pomůcky tak, abych pokaždé znovu modulovala uvolňovanou část těla. Když byly všechny polohovací pomůcky odstraněny, bylo zjevné, že ačkoli byla terapie pro XX celkově zklidňující, na její spasticitu neměla příliš výrazný vliv, svalový tonus se jí snížil o cca 5° kolenních a hlezenních kloubech a 10° v loketních. Zbývající spastické svaly prakticky uvolněny nebyly. Polohování působilo velmi krátkodobě, po uvolnění polohovacích pomůcek měla do dvou minut zpět svůj stávající svalový tonus.

Odvezly jsme XX zpět do pokoje denního stacionáře a rozloučily se podáním ruky.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 30. 11. 2011

Pomůcky využité při terapii: polohovací pomůcky, deky

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato terapie probíhala také formou polohování „hnízdo + mumie“, postup byl ovšem obrácený.

Když jsem přišla XX vyzvednout na pokoj, byly již ona i babička připravené. Pozdravily jsme se tedy podáním ruky a odebraly se do určeného pokoje. Tam jsem vysvětlila XX zjednodušeným způsobem průběh terapie a položila ji na matraci na velkou deku. Ke kontaktu XX s babičkou jsme přistoupily stejně jako při předchozí terapii, jen byla požádána, aby tentokrát vynechala hlasový projev, aby bylo možné zjistit efekt samotného polohování. Vzala jsem spodní cíp deky a se slovním doprovodem jej přeložila XX přes dolní končetiny. Zpočátku projevovala neklid, po chvíli se zklidnila a udržovala oční kontakt s babičkou. Bylo na ní také znát, že si terapii se mnou pamatuje, nepůsobila již tak vystresovaně, jako při prvním setkání.

Poté jsem zbylé dva cípy deky přeložila XX přes tělo a zafixovala, aby nebylo možné je lehce uvolnit. XX byla tentokráte téměř zcela klidná, chvílemi sice pohybovala končetinami, nebyly to však známky odporu, nýbrž vyjádření kontaktu s babičkou, která seděla nad ní, aby ji XX měla stále v zorném poli.

Poté jsem přistoupila k poloze „hnízdo“. Tělo XX zapolohované do „mumie“ jsem se slovním doprovodem začala směrem od ramen obkládat polohovacími pomůckami. Hlavu jsem opět vynechala pro zachování kontaktu s blízkou osobou.

Zklidňující efekt u této stimulace nastal zhruba po 10 minutách. XX nejevila snahu se z polohy „mumie+hnízdo“ uvolnit. Relaxace u ní a vydržela ještě dalších 15 minut. Poté její neklid narůstal. Proto jsem se rozhodla stimulaci pomalu ukončit, abych předešla případnému zvýšení svalového tonu v důsledku nepříjemných pocitů XX. Postupně a se slovním doprovodem jsem z jejího těla uvolnila polohovací pomůcky. Vliv polohování na spasticitu byl následující – ke snížení svalového tonu došlo v kolenních a zápěstních kloubech a pravém loketním kloubu cca o 5°, v levém loketním kloubu o cca 10°, v hlezenních kloubech byl rozdíl svalového tonu menší než 5°.

Opět nebyl efekt příliš dlouhodobý, nechaly jsme XX ještě několik minut ležet na matraci, aby se měla možnost se dle svých potřeb případně protáhnout, poté jsme ji opět posadily na kočárek a odvezly do pokoje denního stacionáře, kde jsme se rozloučily podáním ruky a úsměvem.

Terapeutická jednotka 3

Datum: 1. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: vibrační lůžko

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Vibrační stimulace probíhala za pomoci vibračního lůžka.

Vyzvedla jsem XX na pokoji denního stacionáře, pozdravily jsme se podáním ruky. S babičkou jsme se již předtím domluvily, že se pokusím vzít XX na terapii samotnou. Chtěla jsem tedy odejít jen s ní, ale ve chvíli, kdy začala křičet, bylo více než zřejmé, že spolupráce bez přítomnosti babičky nebude jednoduchá. Pokusila jsem se XX zklidnit, ale křik neustával, babička proto přišla, aby ji dlouho netrápila. Teprve potom bylo možné pokračovat v cestě. Když jsme dorazily do určené místnosti, byla XX již v klidu. Zjednodušeně jsem jí vysvětlila, co bude během terapie následovat a posadila ji vedle vibračního lůžka. To jsem zapnula na nižší intenzitu a položila na něj XX ruku, aby dostala o vibracích dostatečnou informaci ještě před celkovou vibrační stimulací. Po několika minutách jsem ji přesunula na lůžko a zapnula jej na 15 minut. Zpočátku hledala očima babičku, když ji upozorovala, částečně se zklidnila a začala se více soustředit na samotnou stimulaci. V prvních několika minutách se přetáčela z boku na bok, jakoby hledala příznivější polohu. Nakonec ležela v poloze na zádech. Byla naprosto klidná, jen se chvílemi dívala na babičku, jakoby měla strach, zda neodešla. Po deseti minutách se jí prohloubil a zklidnil dech. Klidně ležela ještě asi 10 minut po vypnutí vibračního lůžka. Nejevila žádné známky odporu či neklidu. Dle babiččinyh slov není toto příliš obvyklé. Poté, co začala opět jevit známky neklidu, babička k ní přistoupila a začala ji zklidňovat monologem o plánu na zbytek dne. XX reagovala na její vyprávění pozitivně, smála se a „broukala“. Tím jsme také terapii ukončily, vzhledem k novým podnětům ze strany babičky by následné pokračování mohlo být pro XX matoucí. Opatrně jsme ji přesunuly zpět na kočárek a odvezly zpět na pokoj, kde jsme se rozloučily podáním ruky.

Terapeutická jednotka 4

Datum: 5. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: omyvatelná vibrační hračka, polohovací vak

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato terapeutická jednotka byla aplikována za pomoci vibrační hračky.

Vyzvedla jsem XX na pokoji a společně s její babičkou jsme se odebraly do vedlejší místnosti. Uvedly jsme XX do polosedu na polohovací vak a průběh terapie jí vysvětlila způsobem úměrným jejím intelektuálním možnostem. Poté jsem vzala a zapnula vibrační hračku a vložila ji XX do dlaně, aby si ji „osahala“. Podala ji babičce, ta jí však se slovy, ať si ji vezme zpět, XX vrátila. XX si ji tedy již nechala a začala si ji vkládat do úst. Veškeré snahy o zábranu vyvolávaly v XX křik, proto jí nakonec byla hračka ponechána. Po 5 minutách hračka XX zřejmě omrzela a odhodila ji. Zvedla jsem ji a zapnutou začala postupně a se slovním doprovodem přikládat na oblast kloubů končetin a sterna. XX vždy velmi bedlivě sledovala, kam hračku zrovna přikládám, částečně ustaly u nekontrolované pohyby, veškerá její pozornost na ni byla upřena. Tato její reakce vydržela okolo 5 minut, poté však začala opět sledovat babičku a její koncentrace byla silně narušena. Babička se tedy pokusila přejít do zorného pole XX, aby se nerozptylovala neustálým otáčením hlavy. Pokračovala jsem ve stimulaci, XX chvílemi „broukala“ a usmívala se, což je v jejím případě sice projev libosti, nicméně v tomto případě nebylo jednoznačné, zda se jedná o reakci přímo na stimulaci nebo na zcela jiný podnět. Po dalších pěti minutách beze změny jsem stimulaci ukončila a čekala, zda nastane změna v chování XX. Nenastala, proto jsem XX sdělila, že pro tento den již skončíme a při následující terapii „vyzkoušíme opět něco nového“. Odvezla jsem ji na pokoj denního stacionáře a rozloučily jsme se podáním ruky.

Terapeutická jednotka 5

Datum: 6. 12. 2011

Pomůcky využití při terapii: zrcadlo

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato terapeutická jednotka probíhala formou vestibulární stimulace, konkrétně pohybem „ovesného klasu v ovesném poli“.

Vzala jsem XX za doprovodu babičky do určené, klidné místnosti a posadila ji na matraci před zrcadlo. Sedla jsem si obkročmo za ni, opřela její trup o svůj a fixovala za sternum. Babička musela být v zorném poli XX, ale zároveň tak, aby jí nebránila v pohledu do zrcadla. XX projevovala defenzivní přístup, bylo zapotřebí několik minut čekat, než bude možné pracovat dál. K tomuto částečně napomohlo, že jsem se pokusila s XX sladit svůj dech s jejím tzv. kontaktním dýcháním.

Poté jsem se začala se slovním doprovodem pomalu pohybovat ve tvaru ležaté osmičky. XX působila zpočátku spíš, jako kdyby přepadávala, po několika minutách se však pohyb stal plynulým a ona se zklidnila. Pohyb „ovesného klasu v obilném poli“ trval cca 10 minut, po této době začala XX projevovat známky neklidu, terapie na ni byla už dlouhá. Opět se vyskytly trhavé pohyby a občasné výkřiky. Postupně jsem tedy terapii ukončila, abych předešla případné výraznější nelibosti. XX byla po terapii pochválena, na což reagovala úsměvem. Potom jsem ji doprovodila na pokoj denního stacionáře a rozloučily se podáním ruky.

Terapeutická jednotka 6

Datum: 8. 12. 2011

Pomůcky využité při terapii: trampolína

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato terapeutická jednotka proběhla formou vestibulární stimulace za pomoci trampolíny.

Sešly jsme se s XX a její babičkou v prázdné místnosti bez rušivých elementů. XX jsem posadila vedle trampolíny a slovním doprovodem jí položila ruku na plátno trampolíny a lehce jej rozhoupala, aby získala informaci o průběhu terapie. Po několika minutách jsem ji s upozorněním položila na trampolínu tak, aby měla babičku v zorném poli a nebyla frustrována její potenciální nepřítomností. Plátno jsem s upozorněním lehce rozhoupala dlaní. XX ze začátku působila trochu polekaně, brzy se však zklidnila a jen ležela a rozhlížela se po místnosti. Lehce jsem přidala na intenzitě houpání, XX se začala hlasitě a jásavě smát. Tato reakce u ní setrvala cca 5 minut, po opětovném zvýšení intenzity houpání již nebyla odezva příliš pozitivní, je možné, že se obávala spadnutí. Proto jsem opět ubrala na síle, aby XX nepocítovala stres. Zhruba půl minuty trvalo, než se opět zklidnila a uvykla pomalejšímu pohybu. Poté se opět rozveselila, usmívala se na babičku a klidně ležela. Po cca 10 minutách bylo zřejmé, že terapie je pro XX již příliš dlouhá, proto jsem se rozhodla ji pomalu ukončit. Sdělila jsem jí, že se již „přestaneme houpat a půjdeme si odpočinout na pokoj“. Odpověděla mi úsměvem a „zabroukáním“. Společně s babičkou jsme ji tedy přesunuly zpět na kočárek a odvezly na pokoj denního stacionáře. Tam jsme se rozloučily podáním ruky a úsměvem.

Slabé stránky klienta

- Spasticita + výrazné kontraktury
- Závislost na přítomnosti blízké osoby
- Neschopnost verbální komunikace

Silné stránky klienta

- Schopnost projevit nelibost
- Manipulace s předměty

Výstupní vyšetření

Datum: 9. 12. 2011

Během mé práce s XX nedošlo k žádným změnám. Výsledky výstupního vyšetření se tedy shodují s výsledky vstupního vyšetření.

Doporučení

Za účelem zkvalitnění péče o XX a dosažení dlouhodobějších výsledků doporučuji pokračovat ve využívání prvků bazální stimulace, jak základních, tak nastavbových. Důležité je rovněž postupné prodlužování intervalu. Z těch konkrétně auditivní, optickou, olfaktorickou a taktilně-haptickou. Dále doporučuji postupně a nenásilně eliminovat závislost XX na přítomnosti rodinného příslušníka.

9 Kazuistika 5

Klient: XY

Pohlaví: muž

Věk: 14 let

Hlavní diagnóza: kvadraparetická forma dětská mozková obrna

Vedlejší diagnóza: sekundární epilepsie, těžká mentální retardace

Anamnéza

Osobní anamnéza

- Dítě ze 4. gravidity
- Porod císařským řezem v 41. týdnu
- Operace Achillových šlach
- Zpomalený psychomotorický vývoj – odpovídá věku cca 3-4 letého dítěte
- Porucha zraku

Rodinná anamnéza:

- Matka 55 let
- Otec 54 let
- Oba rodiče jsou silní kuřáci
- Má dva bratry a sestru (30, 27 a 23 let) – všichni již mají rodinu

Sociální anamnéza:

- Žije v rodinném domě v centru města s rodiči, dům není bezbariérově upraven, otec XY obvykle po domě přenáší
- Den tráví až do pozdních odpoledních hodin v denním stacionáři

Školní anamnéza:

- Navštěvuje 8. ročník speciální školy
- Individuální výuka

Vstupní vyšetření

Datum: 29. 11. 2011

Vyšetření pohledem

- Výrazná flekční spasticita horních i dolních končetin, obzvláště v oblasti loketních a kolenních kloubů
- XY je povětšinou klidný, nelibost ale umí dát najevo roztěkanými pohyby hlavy a zvýšeným svalovým tonem, někdy pláčem
- Trpí zvýšenou salivací, je však schopen si ústa sám otřít
- Během terapií XY většinou aktivně spolupracuje, pokud ovšem nemá náladu, projevuje se to zvýšeným svalovým tonem a někdy i pláčem
- Trpí epileptickými záchvaty, jejich průběh bývá velmi nenápadný, XY se pouze na několik sekund zarazí, strnule hledí před sebe a lehce kýve trupem
- Oční kontakt udrží maximálně cca 30 sekund

Hodnocení soběstačnosti

Sebesycení

- Nesoběstačný v sebesycení, pouze drží lžici v ruce
- Dává zřetelně najevo, pokud mu strava nechutná
- Je schopen kousat měkčí stravu

Oblékání

- Samostatně se neoblékne, na pokyn pomáhá nastavením končetin

Hygiena

- Není v hygieně samostatný, je schopen uchopit a držet toaletní potřeby, ale ne je použit

Kontinence

- Celodenně nosí pleny
- Občas si řekne, že potřebuje na WC, ne vždy však skutečně potřebuje

Přesuny

- Nutná asistence
- Snaží se pomáhat

Hrubá motorika

Sed

- Do sedu se sám nedostane
- Sed nestabilní
- Na invalidním vozíku přepadává do lateroflexe, na pokyn se však dovede sám částečně srovnat
- Na zemi sedí jen s dolními končetinami abdukovanými v kyčelních a flektovanými v kolenních kloubech

Mobilita na lůžku

- XY je schopen se samostatně přetočit z polohy na břicho do polohy na zádech
- Vleže na zádech se schopen zvednout pánev

Lokomoce

- XY je schopen řídit elektrický invalidní vozík, ale pouze na krátké vzdálenosti, nedokáže jet rovně, nutný je flexibilní dozor

Hodnocení kognitivních funkcí

Komunikace

- Verbální komunikace XY je na úrovni cca 1 letého dítěte, při čtení oblíbených pohádek a říkadel se směje, občas i plácá dlaněmi o sebe
- Občas s neurčených důvodů vydává „sykavé“ zvuky

Paměť

- Pamatuje si, že po příchodu do denního stacionáře si nesmí dávat ruce do úst
- Pamatuje si tváře známých lidí

Pozornost

- Pozornost XY je velmi závislá na jeho psychickém rozpoložení a zvolené činnosti, někdy se vydrží soustředit i několik minut, někdy jen pár vteřin.

Funkční hodnocení horních končetin

- Výrazná spasticita
- Flekční kontraktury v loketním kloubu
- Z jemné motoriky zvládá částečně sférický a válcový úchop
- Je schopen manipulovat s hračkami a joystickem elektrického vozíku
- Čítí nelze objektivně zhodnotit, vzhledem k mizivé spolupráci
- Výrazná ataxie

Kompenzační pomůcky

- Elektrický invalidní vozík, na joysticku je nasazen tenisový míček – vozík je zakoupen z finančních zdrojů rodičů, navzdory doporučení, že XY nemá na jeho řízení dostatečné kognitivní možnosti
- Dioptrické brýle
- Abdukční klín
- Ortopedická obuv
- Inkontinenční pleny

Problémové oblasti

- Vysoká spasticita + flekční kontraktury
- Nesoběstačnost v ADL
- Nízká míra komunikace

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Polohování „mumie+hnízdo“ v rámci somatické bazální stimulace
- Vibrační stimulace pomocí vibračního lůžka
- Vestibulární stimulace vsedě na koberci a za pomoci trampolíny
- Prvky Bobath konceptu – handling, facilitace, inhibice
- Návčik soběstačnosti

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Pokračování v krátkodobém plánu
- Zařazení více prvků bazální stimulace – orální, taktilně–haptická, auditivní, auditivní
- Postupné prodlužování intervalů
- Zvýšení míry soběstačnosti

Referenční rámce – neurovývojový

Přístup – senzorický

- humanistický

Terapeutická jednotka 1

Datum: 30. 11. 2011

Pomůcky využitě při terapii: polohovací hady, polštáře, deky

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Za XY jsem přišla do pokoje denního stacionáře, pozdravila ho, představila se a oznámila mu cíl své návštěvy a požádala o spolupráci. Poté jsem jej převezla do předem určené místnosti. Tato místnost je tichá, přiměřeně vytápěná, s barevnými stěnami. XY jsem položila na měkkou matraci. Před každým provedeným úkonem jsem jej informovala o průběhu. Pod XY jsem natáhla velkou deku. Vzala jsem polohovací polštáře a srolované deky. Podle zásad polohování bazální stimulace jsem podložila hlavu nízkým polštářkem a obložila ji polohovacím hadem s polystyrenovými kuličkami. Těmito polohovacími hady jsem rovněž obložila celé XY tělo, každou končetinu jsem zvlášť modulovala pomocí srolovaných dek. Přitom jsem pokaždé oznámila, se kterou částí těla budu pracovat. Během polohování jsem se musela přizpůsobit flekčním kontrakturám, horní ani dolní končetiny nebylo možné natáhnout do fyziologické extenze. Polohu „hnízdo“ jsem musela během terapie několikrát opravovat, neboť XY zpočátku odmítal zůstat v klidu a měl tendenci se z polohy osvobodit. Po chvíli se ale uklidnil. Měla jsem tedy možnost připojit polohu „mumie“. XY jsem tedy zabalila do velké deky tak, že jsem nejprve spodní cíp přeložila přes nohy a poté jsem oba cípy přeložila přes XY tělo a horní vložila pod něj.

V této poloze jsem jej měla v úmyslu nechat, dokud se buď sám neuvolní, nebo dokud nezačne jevit známky neklidu. XY potom byl už relativně v klidu, prvních deset minut těkavě pohyboval očními bulvami po okolí a roztržitě pohyboval hlavou a lehce i končetinami. Poté se ale začal zklidňovat. Po dalších patnácti minutách začal XY téměř usínat. Měla jsem po tu dobu možnost sledovat postavení XY končetin. Po zklidnění a uvolnění se XY spasticita na dolních končetinách uvolnila v kolenních kloubech o cca 5°, v ostatních kloubech dolních končetin se spasticita neuvolnila tolik znatelně. Na horních končetinách nebyl rozdíl v podstatě žádný. Za 45minut od zahájení terapie začal být XY již poměrně neklidný a snažil se z „mumie“ svépomocí dostat. Deku jsem tedy uvolnila a ještě jednou se přesvědčila o výše zmíněném vlivu polohy na spasticitu. Poté jsem XY řekla, že pomalu odstráním deky a polštáře, kterými je obložen a začala je pomalu stahovat podél končetin a těla, přičemž byly jednotlivé části jeho těla opět jemně modulovány. Po chvíli jsem XY oznámila konec terapie, informaci o příštím setkání a odvezla jej zpět do pokoje denního stacionáře.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 2. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: polohovací hady, polštáře, deky

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Během příští terapie jsem polohu „mumie+hnízdo“ aplikovala obráceně.

Opět jsem XY vyzvedl na pokoji, pozdravila jej, podala mu ruku a přivezla do předem určené místnosti, kde jsem mu stylizovanou formou vysvětlila průběh terapie a zeptala se, zda si pamatuje, jak mu bylo během minulé terapie příjemně. XY se začal usmívat, ale zda to byla reakce na mou otázku, nebo na to, že jsem se na něho také usmívala, nebylo možné jednoznačně určit. XY jsem položila uhlopříčně na rozprostřenou deku, spodní cíp jsem mu přeložila přes nohy a oba postranní cípy přes jeho tělo. Hlavu jsem mu podložila nízkým polštářkem. Poté jsem mu sdělila, že nyní jeho tělo obložím polohovacími pomůckami, aby byl „jako v hnízdě“. XY se začal smát a nekontrolovaně pohybovat tak, že uvolnil deku. Po jeho zklidnění bylo na místě „mumii“ opravit. Poté jsem vzala polohovací hady a po upozornění XY obložila hlavu, poté postupně a se slovním doprovodem i celé tělo.

XY nejevil známky velkého neklidu, ale ani úplné relaxace. Svými projevy působil spíše lhostejně. Neustále se rozhlížel kolem sebe a syčel. Chvillemi se snažil z polohy uvolnit, pohyboval horními i dolními končetinami, chvílemi byl v klidu. Tímto způsobem terapie probíhala zhruba půl hodiny. Poté se XY začal stále více bránit, proto jsem se rozhodla terapii ukončit, abychom předešli ještě většímu neklidu. Řekla jsem XY, že vidím, že mu v poloze není dobře, takže dnes již skončíme a uvolníme ho.

Pomalou a tahem kolem jeho těla jsem odstraňovala polohovací hady a srolované deky, přitom jsem mu neustále sdělovala, kterou část těla právě uvolňuji. Poté, co jsem se chystala uvolnit ještě polohu mumie, mě XY předešel, a z deky se doslova svépomocí uvolnil. Pak se již zklidnil a relativně pokojně ležel. Bylo zjevné, že mu polohování „mumie+hnízdo“ toho dne nebylo příjemné, a tomuto pocitu odpovídal také efekt celé terapie. Pro XY nebylo toto polohování nijak zklidňující, svalový tonus zůstal nezměněn. V místnosti byla tatáž teplota a množství světla jako během předchozí terapie, tyto vlivy tudíž vylučuji. Dle slov ostatních pracovníků denního stacionáře XY nebyl toho dne naladěn výrazně jinak než v jiné dny a byl zdrav.

Terapeutická jednotka 3

Datum: 5. 12. 2011

Pomůcky využití při terapii: vibrační lůžko

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Vibrační stimulace probíhala pomocí vibračního lůžka.

XY jsem vyzvedla na pokoji a pozdravili jsme se podáním ruky. Odvezla jsem je do jiného pokoje a zjednodušeně mu vysvětlila průběh terapie. Posadila jsem je vedle lůžka, které jsem zapnula a položila na něj XY ruku, aby dobře pochopil průběh stimulace a uvykl vibracím.

Poté jsem je s pomocí pracovníka denního stacionáře položila na vibrační lůžko a zajistila proti spadnutí. Vibrační lůžko jsem zapnula na 15 minut, s nižší intenzitou vibrací. Vibrace vzbudily okamžitou pozornost XY. Působil soustředěně, nekontrolované pohyby postupně ustávaly. Po pěti minutách byl XY již zcela uvolněný a vnímal vibrace. Jeho dech se prohloubil, při dýchání začal lehce „chrčít“. Rozhlížel se po místnosti, nikoli však netrpělivě a neklidně.

Po cca 10 minutách začal pomalu zavírat oči a následně usnul. Dobu působení lůžka jsem prodloužila o deset minut, aby nebyl náhlým skončením vibrací vytržen z relaxace a měl možnost usnout tvrději. Nicméně po vypnutí lůžka se XY prakticky okamžitě probudil a začal být neklidný. Vysvětlila jsem mu, že pro tento den to již stačí, že ho již vezmu zpět mezi ostatní děti. Když jsme dorazili do pokoje denního stacionáře, rozloučili jsme se podáním ruky a úsměvem.

Terapeutická jednotka 4

Datum: 8. 12. 2011

Pomůcky využitě při terapii: omyvatelná vibrační hračka, polohovací vak

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato vibrační stimulace byla aplikována pomocí vibrační hračky.

Přišla jsem pro XY na pokoj a pozdravili jsme se podáním ruky. Jeho reakce byla již klidnější, evidentně si mne pamatoval z minulých terapií. Odvezla jsem jej tedy do určeného pokoje, uvedla do polosedu na polohovací vak s polystyrenovými kuličkami a zajistila proti spadnutí. I přes relativně stabilní polohu se XY nepřirozeně zkroutil, musela jsem tedy polohu poopravit. Poté jsem vzala vibrační hračku a podala mu ji k „prozkoumání“. XY si ji ihned vložil do úst. Ruku s hračkou jsem mu od úst jemně odtáhla a s upozorněním zapnula vibrace. XY nejprve hračku upustil, poté co jsem mu ji znovu podala, ji opět vložil do úst, vibrace mu však na dutinu ústní zřejmě nebyly příjemné, proto ji opět vyndal a upustil. Vzala jsem ji tedy a se slovním doprovodem ji začala přikládat XY na tělo v oblasti kloubů a sternu. Vibrace v oblasti sternu v něm nevyvolávaly pozitivní pocity, zrychlil a zkrátil se mu náhle dech, jako při vyšším tlaku na hrudník. Tento stav setrval jen po dobu přiložení vibrační hračky, v tomto místě jsem tedy ve stimulaci nepokračovala. Reakce v oblasti kloubů končetin byla zcela odlišná. Zřejmě ho vibrace „lechtaly“ nebo byl nadšen z nového prožitku, začal se hlasitě smát a divoce pohyboval horními i dolními končetinami. Tato reakce vydržela přibližně 10 minut, po celou dobu stimulace, což bylo pro XY poměrně vysilující. Protože tato terapie pro něho byla spíše zábavou, pro navození alespoň částečné relaxace jsem tedy na několik minut přidala vestibulární stimulaci, konkrétně „pohybu ovesného klasu v ovesném poli“, kombinovanou se zpěvem jeho oblíbené dětské písničky.

Po chvíli jsem jej upozornila, že zazpíváme ještě jednu písničku a skončíme. Přijal tuto informaci s úsměvem a tleskáním. Následně jsem terapii ukončila, odvezla XY na pokoj a rozloučili jsme se podáním ruky.

Terapeutická jednotka 5

Datum: 13. 12. 2011

Pomůcky využité při terapii: zrcadlo

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Tato terapie probíhala formou vestibulární stimulace. Využit byl pohyb „ovesného klasu v ovesném poli“.

Vyzvedla jsem XY na pokoji, pozdravili se podáním ruky a odebrali se do určené místnosti.

Tam jsem XY zjednodušeně vysvětlila, jak bude terapie probíhat. Posadila jsem XY na koberec před zrcadlo a obkročmo jsem si sedla za něho. Opřela jsem jeho trup o svůj a fixovala jej za sternum. Poté jsem pomalu se slovním doprovodem začala s pohybem ve tvaru „ležaté osmičky“. Zpočátku nebyl příliš možný plynulý pohyb, byl spíše trhaný, XY působil, jakoby se bránil, po dvou minutách se však téměř zcela uvolnil a plynule se nechal vést. Poté si začal více všimnout zrcadla a cca 5 minut se v něm s úsměvem pozoroval. Udělali jsme cca 2 minuty přestávku, aby si mohl odpočinout, a poté jsem se jen zeptala, zda by se ještě chtěl „houpat“. Odpovědí mi byl smích a několikrát plácnutí dlaněmi o sebe. Pokračovali jsme ještě několik minut, a ačkoli reakce XY byla stále pozitivní, známky únavy se nedaly přehlédnout. Nabídla jsem mu, že bychom se mohli už vrátit na pokoj a odpočinout si. Protože nereagoval, oznámila jsem mu, že tedy skončíme a pokračovat budeme příště. Reagoval nekontrolovanými pohyby hlavy a několikrát plácl dlaněmi o stehna. Odvezla jsem jej na pokoj, když jsem řekla, že se těším na příští setkání s ním, smál se, poté jsme se rozloučili podáním ruky.

Terapeutická jednotka 6

Datum: 14. 12. 2011

Pomůcky využitě k terapii: trampolína

Iniciální dotek: podání ruky

Průběh:

Přišla jsem pro XY na pokoj denního stacionáře a pozdravili jsme se podáním ruky. Zeptala jsem se jej, zda si pamatuje, že jsem mu předchozí den slíbila, že za ním opět přijdu. Usmíval se, sdělila jsem mu tedy, že dnes budeme pokračovat zase s „něčím novým“. Začal tleskat, tak jsem jej odvezla do místnosti určené pro terapii. Posadila jsem jej vedle trampolíny a ukázala mu, jak „funguje“. Poté jsem mu položila ruku na plátno a znovu jej rozhýbala. Po chvíli jsem jej na trampolínu položila, zajistila proti spadnutí a plátno trampolíny lehce rozhýbala. Trvalo to pouze cca 4 minuty, a přestože pohyb nebyl příliš výrazný, XY začal náhle zvracet. Opatrně jsem jej tedy přetočila na bok, aby se nedávil, a terapii ukončila. Když se situace uklidnila, XY jsem očistila a odvezla jej na pokoj, kde jsme se rozloučili podáním ruky. Po rozmluvě s rodiči a personálem stacionáře jsem zjistila, že bezprostředně před terapií nejedl, po krátkém rozhovoru si otec vzpomněl, že XY trpí občas nevolností během delší jízdy autem a jednou měl tyto problémy také při houpání v houpací síti. Za příčinu vzniku této situace tedy považuji závratě.

Slabé stránky klienta

- Spasticita + flekční kontraktury
- Zvýšená salivace

Silné stránky klienta

- Schopnost udržet pozornost při výrazných podnětech
- Částečná verbální komunikace
- Poměrně častá aktivita
- Snaha o spolupráci
- Aktivita

Výstupní vyšetření

Datum: 15. 12. 2011

Během mé práce s XY nedošlo k žádným výrazným změnám, výsledky výstupního vyšetření se tedy shodují a výsledky vstupního vyšetření.

Doporučení

Doporučuji pokračovat ve stimulaci XY pomocí základních i nastavbových prvků bazální stimulace. Z nastavbových doporučuji zaměřit se auditivní, orální a taktilně-haptickou stimulaci. Působení bazální stimulace musí být dlouhodobé, aby došlo také ke dlouhodobějšímu zlepšení. Vhodné je také postupné prodlužování intervalů stimulací.

10 Diskuze

Hypotézy jsou potvrzovány či vyvraceny na základě srovnání výsledků terapií u jednotlivých klientů, s nimiž jsem měla možnost pracovat během své praxe v denním stacionáři.

10.1 Hypotéza 1

Somatická stimulace byla prováděna formou kombinovaného polohování „mumie+hnízdo“. V prvním případě byli klienti zapolohováni nejprve do „hnízda“ a následně do „mumie“. Ve druhém případě tomu bylo naopak.

Somatická stimulace byla aplikována u klientů z kazuistik č. 1, 3, 4 a 5. Klientka z kazuistiky č. 2 byla vynechána z důvodu hypotonie, neboť výzkum je zaměřen na uvolnění zvýšeného svalového tonu.

Počáteční reakce na polohování je závislá na míře porušení intelektu. Klienti s těžkou a hlubokou mentální retardací jevíli několik minut po zahájení stimulace neklid a nekontrolovaně pohybovali horními i dolními končetinami. Klientka se středním stupněm mentální retardace průběh terapie snáze pochopila, proto pro nic nebyl tolik stresující.

Zhruba po 15 minutách nastalo u tří klientů ze čtyř zklidnění.

Pouze u klientky z kazuistiky č. 3 během prvního typu stimulace relaxace nenastala, vliv na spasticitu byl také nulový. Během druhého typu stimulace, kdy byla od počátku znatelně unavená, se svalový tonus snížil cca o 20° v kloubech horních a dolních končetin.

U klienta z kazuistiky č. 1, který neměl zapolohovány horní končetiny, se během prvního typu stimulace svalový tonus snížil cca o 15° v kolenních kloubech a cca 5° v hlezenních kloubech. Pohyb horních končetin byl zřetelně rovněž částečně uvolněn. U druhého typu jevíl klient od začátku stimulace značný přetrvávající odpor, uvolnění trvalo pouze cca 5 minut, poté bylo nezbytné polohovací pomůcky odstranit. Efekt stimulace byl nulový z důvodu časové nedostatečnosti.

Pro klientku z kazuistiky č. 4 byla klíčová přítomnost rodinného příslušníka. Poté byl vliv na spasticitu v prvním případě cca 5° v kolenních a hlezenních kloubech a cca 10° v loketních kloubech. Ve druhém případě nastalo uvolnění cca 5° v kolenních, zápěstních kloubech a loketním kloubu pravé horní končetiny, o cca 10° v loketním kloubu levé horní končetiny. V hlezenních kloubech byla změna menší než 5°.

U klienta z kazuistiky č. 5 došlo během aplikace prvního typu somatické stimulace k uvolnění svalového tonu o cca 5° v kolenních kloubech, zlepšení v ostatních kloubech dolních i horních končetin prakticky nenastalo. Během druhého případu polohování žádné zlepšení nenastalo, klient se po celou dobu zcela neuvolnil, fáze klidu se střídala s fází defenzivní.

Hypotéza se potvrdila. U pěti z osmi popisovaných klientů nastalo krátkodobé uvolnění zvýšeného svalového tonu v důsledku působení polohování „mumie+hnízdo“ v rámci somatické bazální stimulace.

Během praxe jsem měla možnost pracovat se třemi dalšími klienty, jejichž osobní údaje neuvádím s ohledem na nesouhlas zákonných zástupců. Všichni tito klienti reagovali na somatickou stimulaci formou polohování pozitivně, u dvou z nich došlo ke snížení svalového tonu o 5-10° v kloubech horních a dolních končetin, u třetího k ovlivnění spasticity nedošlo, nastala pouze relaxace.

10.2 Hypotéza 2

Vibrační stimulace byla u klientů aplikována dvěma formami. První z nich je použití vibračního lůžka k dosažení celkové stimulace, druhou formou je použití vibrační hračky za účelem částečné stimulace. Hračka byla přikládána na oblast sternu a kloubů horních i dolních končetin.

Vestibulární stimulace byla provedena dvěma způsoby. Jeden z nich je „pohyb ovesného klasu v ovesném poli“ a druhý je houpavý pohyb na trampolíně.

Sledování byli klienti z kazuistik č. 1, 2, 4 a 5. Klientka č. 3 byla z důvodu vyššího stupně intelektu vynechána.

Tato hypotéza je cílena na srovnání reakcí klientů s těžkou nebo hlubokou mentální retardací. Reakce klientů s vyšším IQ na stimulaci je odlišná, proto tyto dvě skupiny nelze plnohodnotně srovnávat.

Na vibrační stimulaci nevznikla mezi klienty žádná výrazně negativní reakce. U všech sledovaných klientů došlo během prvních 15 minut k reakci.

Klient z kazuistiky č. 1 jeví neklid prakticky nepřetržitě po celý den. Vzhledem k výrazné zrakové vadě je schopen vnímat pouze pohybující se předměty a předměty zářivých barev. Podstatnou informací mu přináší auditivní stimulace. Během prvního typu stimulace jej zklidnilo převážně přiložení ucha na vibrační lůžko a auditivní vnímání vibrací. Při druhém typu stimulace si rovněž přiložil vibrační hračku ucho a naslouchal. Takto udržel pozornost několik sekund. Vestibulární stimulace formou pohybu „ovesného klasu v ovesném poli“ měla na tohoto klienta velmi zklidňující vliv, po celou dobu působení stimulace nebyly přítomny žádné nekontrolované pohyby končetin, pohyb těla byl plynulý. Na druhou podobu stimulace reagoval velmi euforicky. Po celou dobu se hlasitě smál a tleskal dlaněmi o sebe. Přestože ke zklidnění nedošlo, reakce byla pozitivní.

Klientka z kazuistiky č. 2 na počátku prvního typu vibrační stimulace reagovala přecitlivěle, následně se však zklidnila, její dech se prohloubil a zbavovala se sekretu z dýchacích cest. Druhý způsob stimulace, pomocí vibrační hračky, vyvolal u klientky koncentraci. Zklidnění neprobíhalo stejně jako v předchozím případě, přesto bylo evidentní. Během první formy vestibulární stimulace reagovala tato klientka lhostejně až negativně, vyšší zájem vyvolalo připojení auditivní stimulace pomocí zpěvu oblíbených písní. Stimulace pomocí trampolíny zpočátku vyvolala pozitivní reakci, při zvýšení intenzity vzbudila obavy a neklid. Klientka se pokusila sama pohyb iniciovat.

Pro klientku z kazuistiky č. 4 byla pro zklidnění a jakékoli jiné pozitivní reakce přítomnost rodinného příslušníka. Během první formy vibrační stimulace u ní po nalezení vhodné polohy došlo ke zklidnění a prohloubení dechu. Druhá podoba stimulace vyvolala u klientky soustředění a pozitivní reakci. Zda byla však příčinou stimulace, je nepravděpodobné. Před zahájením vestibulární stimulace formou „pohybu ovesného klasu“ bylo nezbytné pro zklidnění aplikovat kontaktní dýchání. Poté již na vestibulární stimulaci reagovala pozitivně. Stimulace na trampolíně vyvolala obdobnou reakci jako u klientky z kazuistiky č. 2.

Klientovi z kazuistiky č. 5 způsobila vibrační stimulace prvního typu prohloubení dechu a krátkodobé zklidnění. Druhý typ stimulace vyvolal negativní reakci pouze v oblasti sternu, v oblasti kloubů končetin byla reakce pozitivní, stimulace pro něho byla spíše zábavou, ke zklidnění nedošlo. Vestibulární stimulace v podobě „pohybu ovesného klasu“ působila na klienta pozitivně, klient pozoroval se zaujetím svůj odraz v zrcadle. Stimulace za pomoci trampolíny vyvolala v klientovi negativní reakci, zvracení.

Hypotéza se nepotvrdila. Nelze jednoznačně určit, který z prvků bazální stimulace má na klienty více zklidňující vliv. Obecně vzato byla z hlediska relaxace lépe vnímána celková vibrační stimulace na vibračním lůžku a z vestibulární stimulace „pohyb ovesného klasu v ovesném poli“. Částečná vibrační stimulace spíše, než klid vyvolávala soustředění, klienti se vesměs koncentrovali na aktuální lokalitu působení vibrací, což stále udržovalo jejich pozornost. Pohyb na trampolíně během vestibulární stimulace shledávám příliš arytmiickým na to, aby mohl klienty efektivně zklidnit.

10.3 Hypotéza 3

Hypotéza č. 3 byla orientována na klienty s těžkou nebo hlubokou mentální retardací. Metody k navázání kontaktu jsou u klientů s vyšším stupněm intelektu zcela odlišné, výsledky by tedy neměly dostatečnou výpovědní hodnotu.

Klienti s těžkou nebo hlubokou mentální retardací mají změněné vnímání a navázání kontaktu s nimi lze jen velmi těžko specifikovat. Kontaktem je v tomto kontextu myšlena jakákoli pozitivní reakce klienta na aktivní působení terapeuta. Aktivním působením je označováno takové působení, při kterém terapeut stimuluje klienta vlastní činností po celou dobu terapie. Může to být například „pohyb ovesného klasu v ovesném poli“ či rozhýbání trampolíny dlaní terapeuta. Naproti tomu pasivní působení je například položení klienta na vibrační lůžko a následné zapnutí. V tomto případě terapeut nepůsobí na klienta přímo svou aktivitou.

Hypotéza se potvrdila. Vestibulární stimulace formou „pohybu ovesného klasu v ovesném poli“ působila sama o sobě na 2 klienty ze 4 pozitivně. V klientech vyvolala odezvu v podobě souladu pohybu terapeuta s klientem. V klientce z kazuistiky č. 2 „pohyb ovesného klasu“ nevzbudil žádnou reakci, při terapii projevila vyšší zájem až po připojení auditivní stimulace. U klientky č. 4. Rovněž nedošlo k reakci působením vestibulární stimulace, nýbrž v důsledku kontaktního dýchání.

Zaměření na druhou formu vestibulární stimulace poukazuje na fakt, že skutečně pozitivní reakce se po celou dobu trvání stimulace projevila pouze u klienta z kazuistiky č. 1. Klientka z kazuistiky č. 4 při přiměřeně slabé intenzitě houpání reagovala obdobně, jako klient z kazuistiky č. 1. Při zvýšení intenzity v ní houpání vyvolalo stresovou reakci. Tento problém se vyskytl také u klientky z kazuistiky č. 2. Její odezva na slabou intenzitu houpání však byla nejvýraznější. Sledováním terapeuta vyzorovala jeho počínání a pokusila se sama iniciovat pohyb plátna trampolíny.

Neodmyslitelnou důležitost zaujímá rovněž kombinace jednotlivých prvků stimulace, kterou zastupuje především tzv. trilogie BS. Kombinovat lze ovšem prakticky jakékoli prvky, záleží vždy jen na pocitech klienta. Ve skupině mnou sledovaných klientů se vyskytly tři případy, kdy bylo nutné přidružit další prvek stimulace, aby došlo k požadovanému výsledku. Jeden z těchto klientů sám vyhledával převážně auditivní podněty, dalším dvěma byly přidáné stimuly nabízeny. Jako příklad působení více prvků BS najednou uvádím klientku z kazuistiky č. 2. Tato klientka nereagovala na samotnou vestibulární stimulaci, kombinace s auditivní stimulací vyvolala pozitivní odezvu. Tato situace vyvolává mé pochybnosti o tom, zda je vhodné nazývat takovouto stimulaci trilogií, neboť prvků BS bylo zařazeno více, než tři. Kromě somatické, vestibulární a vibrační jsou zde zastoupeny také dva nastavbové prvky BS, a to auditivní a optická (klient pozoruje svůj odraz v zrcadle). Dle mého soudu je tato kombinace spíše pentalogií.

Přestože byly hypotézy označeny za potvrzené či nepotvrzené, je nezbytné brát v úvahu, že počet sledovaných klientů ve skupině je nízký a rovněž čas, po který byli tito klienti sledováni, je příliš krátký na to, aby zjištěné výsledky mohly být vysoce relevantní.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je orientována na zhodnocení vlivu základních prvků bazální stimulace na klienty s kvadruparetickou formou dětské mozkové obrny. Tito klienti mají velmi specifické vnímání světa a dění kolem sebe. Proto je z profesionálního hlediska výhodné, ještě před zahájením vlastního výzkumu, strávit s nimi určitý čas a pokusit se více proniknout do jejich života a pochopit jejich projev. Bez této zkušenosti může být velmi obtížné dosažené výsledky relevantně vyhodnotit.

Jedním z cílů práce bylo dokázat nebo vyvrátit pravdivost tří stanovených hypotéz. Přestože se podařilo dvě z nich potvrdit, nelze výsledky výzkumu považovat za všeobecně platné. A to nejen pro nedostatek času a malou výzkumnou skupinu, ale v první řadě pro individualitu každého klienta. Tu je nezbytné vždy a za všech okolností respektovat.

Během práce s prvky bazální stimulace se člověk setká s různými odezvami klientů. Ideálním řešením pro eliminaci krizových situací mezi terapeutem a klientem je dobrá znalost klientovy biografické anamnézy. I přesto může vzniknout problém, proto je nutné bedlivě sledovat každou sebemenší reakci klienta a pokusit se ji adekvátně analyzovat.

Pokud se klient bazální stimulaci nakloněn, mohou být její účinky doslova fascinující. Pohled na klid, který v některých klientech vzbudila vestibulární stimulace s poetickým názvem „pohyb ovesného klasu v ovesném poli“, nebo na euforii vyvolanou „obyčejným“ pohybem na trampolíně, ve mně utvrzuje přesvědčení, že cíl práce, tj. zjištění, že bazální stimulace může mít na klienty v DMO opravdu překvapivý vliv, se podařilo splnit.

Bylo by dobré, kdyby se tato forma péče více dostala do povědomí lidí a stala se nedílnou součástí terapií ve všech zařízeních pečujících o klienty se somatickým a intelektovým postižením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4
2. BIENSTEIN, Christel., FRÖHLICH, Andreas. Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. Leipzig: Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung, 2003. ISBN 3-7800-4001-8.
3. TROJAN, Stanislav. Lékařská fyziologie. 4.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0512-5
4. KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1018-8
5. AMBLER, Zdeněk. Neurologie. 3.vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-885-9
6. PFEIFFER, Jan. Neurologie v rehabilitaci. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1135-5
7. JELÍNKOVÁ..., KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, Ergoterapie. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7
8. ROKYTA, Richard. Fyziologie. 1.vyd. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-45-5
9. HÁJKOVÁ, Vanda. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovanými postižením. 1.vyd. Praha: Epoque, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3
10. LESNÝ, Ivan. Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-025-72.
11. FRIEDLOVÁ, Karolína. Somatická stimulace v konceptu bazální stimulace. Sociální služby. 2010, XII (6-7), 30- 32. ISSN 1803-7348
12. FRIEDLOVÁ, Karolína. Vestibulární stimulace v konceptu bazální stimulace. Sociální služby. 2010, XII (8-9), 36- 37. ISSN 1803-7348
13. FRIEDLOVÁ, Karolína. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu bazální stimulace. Sociální služby. 2010, XII (11), 18- 20. ISSN 1803-7348
14. FRIEDLOVÁ, Karolína. Koncept bazální stimulace. Sociální služby. 2010, XII (3), 12-13. ISSN 1803-7348
15. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace. SESTRA. 2000, X(5), 6–8. ISSN 1210-0104

16. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace – skriptum pro základní certifikovaný kurz. Frýdek-Místek, 2010.
17. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace - skriptum pro nástavbový certifikovaný kurz. Frýdek-Místek, 2004.
18. FRÖHLICH, Andreas. Basale Stimulation. Das Konzept.. Düsseldorf: Verlagselbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-11-9
19. KAŇOVKÝ, Petr. Spasticita: Mechanismy, diagnostika a léčba. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-042-9
20. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace. [online]. Praha: 2007 [cit. 2007-12-06]. Dostupné na: <[http:// www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)>.
21. VOTAVA, Jiří, PFEIFFER, Jan, DRUGA, Rastislav, TROJAN, Stanislav. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1296-2
22. KAPOUNEK, Božetěch, KAPOUNEK, Alois. Ortopedie a neurologie pro speciální pedagogii. Praha: SPN, 1989. ISBN 80-7066-073-2
23. NIEHOFF, Dieter. Basale Stimulation und Kommunikation. 3.aufgabe. Köln: Bildungsverlag EINS, 2011. ISBN 978-3-427-04863-3
24. VÍTKOVÁ, Marie. Paradigma somatopedie. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – ukázka prvků bazální stimulace

Příloha 2 – dopis se žádostí o povolení ke zpracování údajů o klientech, zaslaný jejich zákonným zástupcům.

PŘÍLOHY

Příloha 1



Obrázek 1- kombinované polohování „mumie+hnízdo" (vlastní zdroj)



Obrázek 2 - „pohyb ovesného klasu v ovesném poli" v rámci vestibulární stimulace (vlastní zdroj)

Příloha 2

Dobrý den,

jmenuji se Eliška M. CHlapcová a jsem studentka ergoterapie na Západočeské univerzitě v Plzni. Píši bakalářskou práci na téma Využití prvků bazální stimulace v ergoterapii. Bazální stimulace je metoda mající za úkol podporu lidského vnímání a komunikace. Toho se dosahuje pomocí nenásilného působení na smysly, například čichání známých vůní, poslouchání oblíbené hudby a podobně. Mým úkolem je tedy zjistit, jaký má tato metoda význam při práci ergoterapeuta.

Chtěla bych vás proto požádat, zda by bylo možné, abych ve své bakalářské práci zpracovala příběh vašeho dítěte. Pracovala bych s ním tři dny v týdnu po dobu jednoho měsíce. Veškeré mé zápisy by samozřejmě byly naprosto anonymní, uveden by byl pouze věk a pohlaví.

Dále bych vás požádala o možnost fotografování vašeho dítěte. Na použitých fotografiích by nebyl, pro zachování anonymity, vidět obličej.

Pokud by tedy byla pro vás alespoň jedna varianta přijatelná, ráda vám, v případě zájmu, svou práci po jejím dokončení zašlu e-mailem.

Děkuji

Eliška M. CHlapcová