

Podiel vybraných fyzioterapeutických intervencií na zlepšovanie kvality života chorých s demenciou

PhDr. Iveta Ondriová, PhD., PhDr. Terézia Fertalová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Demencia je jedným z najzávažnejších zdravotných a socioekonomických problémov súčasnosti. Všeobecný lekár sa poznaním geneticko-familiárnej záťaže rodín a komplexným posúdením seniora podieľa na včasnom diagnostikovaní ochorenia a sprostredkovaní konzultácie kompetentného špecialistu, ako aj na celkovom manažmente ochorenia v spolupráci s členmi multidisciplinárneho tímu a rodinou chorého. Liečba demencií je komplexná, autorky v príspevku sprístupňujú vybrané fyzioterapeutické aktivity využívané u ľudí trpiacich demenciou. Najnovšie výskumy ukazujú, že fyzická aktivita je sľubnou intervenciou v prevencii a nefarmakologickej liečbe demencie a výrazne prispieva k zlepšeniu kvality života pacientov.

Kľúčové slová: demencia, pohybová aktivita, kvalita života.

The share of selected rehabilitation interventions in improving the quality of life of patients with dementia

Dementia is one of the most serious health and socioeconomic problems today. By knowing the genetic and familial burden of families and a comprehensive assessment of the senior, the general practitioner participates in the early diagnosis of the disease and mediation of the consultation of a competent specialist, as well as in the overall management of the disease in cooperation with members of the multidisciplinary team and the patient's family. The treatment of dementia is complex, in the article the authors make available selected physiotherapy activities used for people suffering from dementia. The latest research shows that physical activity is a promising intervention in the prevention and non-pharmacological treatment of dementia and significantly contributes to improving the quality of life of patients.

Key words: dementia, physical activity, quality of life.

Úvod

Fyzioterapia je jedným z hlavných komponentov liečby pacientov s demenciou. Všetky definície poukazujú na skutočnosť, že starostlivosť o pacienta má byť v intenciách „personal care center“, v kontexte individuálnych preferencií a potrieb pacientov. U pacientov sa popri kognitívnych poruchách stretávame so znížením celkovej fyzickej zdatnosti, funkčných schopností, zvýšením rizika pádov a stratou motorických funkcií. Fyzická kondícia (medzi inými chôdza, rovnováha, držanie tela) osôb trpiacich demenciou

je nižšia ako u pacientov bez kognitívnych porúch (1). Existujú štúdie poukazujúce na skutočnosť, že správne aplikovaný program fyzioterapeutických intervencií môže ovplyvniť príznaky demencie (2). Výsledky sa však líšia v závislosti od konkrétnych charakteristík sledovaného cvičenia, ako je typ, intenzita, frekvencia a trvanie. Preto je dôležité získať povedomie a pochopiť špecifické faktory, ktoré dávajú fyzickej aktivite jej terapeutický potenciál, čo vedie k rozvoju cvičebných programov určených špeciálne na liečbu demencie.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethics approval and consent to participate:

The authors attest that their study is in compliance with human studies committees and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the Food and Drug Administration guidelines, including patient consent where appropriate. The authors also declare that their paper is in accordance with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: Med. Praxi. 2024;21(1):36-39
<https://doi.org/10.36290/med.2023.047>
Článek přijat redakcí: 27. 6. 2023
Článek přijat k tisku: 16. 11. 2023

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.
iondriova@centrum.sk

Pohybové hry stimulujú schopnosť fungovať v skupine. Rozvíjajú potrebu spoločných aktivít a sú príležitosťou na získavanie nových spoločenských kontaktov. Hry podnecujú k inteligentnému správaniu, nútia využívať nápaditosť, odvahu a mobilizujú do ďalšej práce. Cvičenia musia byť pestré, nesmú trvať dlho, aby neboli pre chorých únavné. Cieľom pohybových hier je zlepšenie pohybových zručností, mentálnej výkonnosti, telesnej zdatnosti, priestorovej orientácie, priestorovej gnózie, koordinácie oko-ruka, uľahčovanie medziľudských vzťahov, stimulovanie komunikácie (1). Brown et al. (2021) v práci Vplyv skupinového cvičenia na kognitívnu výkonnosť a náladu u seniorov s pobytom v zariadeniach strednej a samoobslužnej starostlivosti realizovali randomizovanú kontrolovanú štúdiu, jej cieľom bolo zistiť vplyv všeobecného skupinového cvičebného programu na kognitívnu výkonnosť a náladu u seniorov bez demencie žijúcich v dedinách. Pomocou štandardných neuropsychologických testov hodnotili kognitívnu výkonnosť na začiatku a po 6-mesačnom opakovanom teste v troch doménach: (1) fluidná inteligencia; (2) vizuálna, verbálna a pracovná pamäť; (3) výkonné fungovanie. Nálada bola hodnotená aj pomocou geriatrickej škály depresie (GDS) a plánu pozitívnych a negatívnych afektov (PANAS). Program významne zlepšil kognitívnu výkonnosť fluidnej inteligencie. Došlo tiež k významnému zlepšeniu pozitívnej škály PANAS v skupinách a náznaku, že dva cvičebné programy znížili depresiu u tých, ktorí mali pôvodne vysoké skóre GDS. Okrem toho boli oba skupinové cvičebné programy prospešné aj pre určité aspekty nálady počas 6-mesačného intervenčného obdobia (3).

Relaxačné cvičenia majú za cieľ zníženie svalového napätia. V širšom ponímaní môžeme využívať relaxačné cvičenia na vedomé zníženie tonusu kostrového svalstva a reguláciu frekvencie srdca a dýchacieho rytmu. Dôležitou podmienkou pre nácvik relaxácie je odstránenie rušivých vplyvov a dráždivých podnetov z prostredia. Z toho vyplýva, že na správny nácvik relaxácie je nevyhnutné pokojné prostredie, tichá miestnosť a primeraná teplota. Vhodné je použiť špeciálne vybranú tichú, upokojujúcu pôsobiacu hudbu a jemnú hlasovú intonáciu pri zadávaní úloh. Veľmi

dôležitá je aj poloha pacienta. Pre navodenie celkovej relaxácie s nácvikom najčastejšie začíname v ľahu na chrbte najlepšie na tvrdej podložke alebo v ľahu na boku, na bruchu, prípadne v polosedě alebo v celkovom závěse (4). Relaxačné cvičenia sú cvičenia, pri ktorých dosiahneme komplexné i lokálne zníženie napätia kostrového svalstva prostredníctvom vedomého pohybu alebo polohy tela. Pomocou relaxačných cvičení pozitívne ovplyvňujeme vegetatívny nervový systém, ktorý následne ovláda činnosť všetkých vnútorných orgánov (znižuje krvný tlak, srdcovú a dychovú frekvenciu). Cvičenia napomáhajú harmonizovať vnútorné prostredie organizmu, preto ich môžeme odporučiť ako cieľnú prevenciu pred fyzickým a psychickým preťažením. Cieľom relaxačných cvičení je vedomé znižovanie svalového a súčasne aj psychického napätia. Cvičenia vyvolávajú stav pokoja, zlepšujú duševnú kondíciu, zlepšujú koncentráciu pozornosti, zlepšujú pamäť, myslenie, predstavivosť, fantáziu, zvyšujú odolnosť voči záťaži, zvyšujú efektivitu psychických funkcií. Relaxácia môže byť celková alebo miestna (lokálna). Využíva sa pred cvičením, počas neho alebo po cvičení v trvaní okolo 20 – 30 minút 1 – 2× denne. Relaxácia tvorí veľmi významnú súčasť pohybovej liečby, lebo ňou pripravujeme pacienta na ďalšie procedúry, najmä na cvičenie. Čím lepšie vie pacient svoje svalstvo uvoľniť, tým lepšiu bázu si vytvorí na aktívny svalový stah, a teda aj na výcvik sily, rýchlosti, vytrvalosti a iných kvalít svalovej akcie (5, 6). Uvoľnenie závisí aj od kvality dotykovej sestry, ktorá nimi terapeuticky pôsobí počas kúpeľa, v priebehu polohovania, pri podpore a stimulácii dýchania alebo pomoci pri pohybe. Princíp účinku celkového kúpeľa v bazálnej stimulácii spočíva v tom, že koreň každého chĺpku je obklopený bohatou nervovou sieťou, ktorá registruje dotyk a prenáša tieto informácie do mozgu (7). Ak pochopíme, že umývanie pacienta v smere rastu chĺpkov upokojuje, tak pri večernej toalete použijeme tento spôsob umývania. Pre stimuláciu vestibulárneho systému môžeme využívať nepatrné pohyby pacientovou hlavou. Zdvíhacie zariadenie veľmi uľahčuje manipuláciu s pacientom a zároveň ho aj vestibulárne stimuluje. Kurz et al. (2009) v štúdiu Kognitívna rehabilitácia u pacientov s miernou kognitívnu poruchou preskúmali

výhody viaczožkového kognitívneho rehabilitačného programu u pacientov s miernou kognitívnu poruchou (MCI). Pacienti s MCI (n = 18) a pacienti s miernou demenciou pri Alzheimerovej chorobe (n = 10) sa zúčastnili 4-týždňového kognitívneho rehabilitačného programu v prostredí dennej kliniky. Intervencia bola poskytovaná v skupinovom formáte a zahŕňala plánovanie aktivít, nácvik sebaapresadzovania, relaxačné techniky, zvládanie stresu, používanie externých pamäťových pomôcok, tréning pamäte a motorické cvičenie. Po 4 týždňoch pacienti s MCI vykazovali významné zlepšenie aktív každodenného života, nálady, verbálnej a neverbálnej epizodickej pamäte. Na rozdiel od toho pacienti s miernou demenciou vykazovali nevýznamné zvýšenie verbálnej pamäte, ale žiadne iné zmeny. Subjekty s MCI zaradené do kontrolného stavu na čakacej listine (n = 12) vykazovali významný účinok opätovného testu na verbálnu epizodickú pamäť, ale žiadne zlepšenie každodenných činností alebo nálady. Štúdia ukazuje, že pacienti s MCI profitujú z viaczožkového kognitívneho rehabilitačného programu s ohľadom na aktivity každodenného života, náladu a výkonnosť pamäte (8).

Ergoterapiu – liečbu prácou – môžeme charakterizovať ako zamestnávanie, vzdelávanie, samoobsluhu, sebačinnosť a samostatnosť alebo pracovné činnosti (9). Zdôrazňuje sa jej význam pre uchovanie a cvičenie zdravých dynamických stereotypov, ochrana pred psychickou depriváciou a priame syndromologické pôsobenie, najmä pri redukcii negatívnych príznakov a tlmení niektorých produktívnych fenoménov (7). Aktivita, ktorú človek vykonáva, tvoria most medzi jeho vnútorným a vonkajším svetom. Počas činnosti človek ukáže, ako môže prežívať a pociťovať radosť, riešiť problémy, vyjadrovať samého seba, svoje silné a slabé stránky. Činnosť ovplyvňuje do značnej miery jeho sociálnu úlohu. Ergoterapia svojím dôrazom na činnosť v terapii podporuje ich funkciu a význam v živote človeka. Podstatou ergoterapie je na jednej strane zhodnotenie vplyvu choroby alebo problému na pacienta a vykonávanie každodenných činností, na druhej strane využitie aktivít v liečbe (10, 11). Cieľom ergoterapie je zlepšenie kvality života, udržiavanie fyzickej

aktivity, eliminácia strachu, úzkosti a stavov nepokoja, zlepšovanie zručností pri vykonávaní bežnej denných aktivít, podpora aktívneho života, podpora sebestačnosti, podpora manuálnych zručností, stimulácia pamäte opakovanými činnosťami. U pacientov s ACH využívame kondičnú ergoterapiu. Jej podstatou je odpútať pozornosť choreho od svojho zdravotného stavu, udržať jeho duševnú a fyzickú rovnováhu. Pacienta má vybranú prácu zaujať a naplňať (12). U pacienta s demenciou prostredníctvom zmysluplnej činnosti dosiahneme vnímanie vlastnej dôležitosti, spolupatričnosti s inými, vyplnenie voľného času, prevenciu psychických príznakov, ako je napr. depresia, úzkosť, nepokoj. Cieľom je udržanie, ale aj rozvíjanie zostávajúcich schopností pacienta (5). Pri kondičnej ergoterapii sa využíva najmä práca s hlinou, ručné práce, čítanie, rôzne spoločenské hry (šach, dáma, kartové hry), práce v záhrade, rôzne druhy športov (8). Na vykonávanie ergoterapeutickej činnosti slúžia keramické dielne, stolárske a krajčírské dielne, dielne ručných prác, tkáčske dielne, dielne pre spracovanie prírodných materiálov. Ergoterapia sa vykonáva v miestnostiach na to určených alebo vo voľnej prírode. Precvičujeme manipuláciu s drobnými predmetmi, zdôrazňujeme úlohy spojené s manipuláciou, neverbálne komunikačné programy, jednoduché formy spolupráce a verbálnej komunikácie. Terapeutické činnosti musia byť upravené podľa individuálnych potrieb a schopností konkrétneho pacienta. Cvičenia by mali pacientovi dávať pocit spokojnosti, nemôžu byť zdrojom stresu. Dôležitá je správna motivácia pacienta. Je nutné počítať s určitým stupňom apatie a nechuti k činnosti (13). Graff et al. (2006) v štúdiu Komunitná pracovná terapia pre pacientov s demenciou a ich opatrovateľov: randomizovaná kontrolovaná štúdia zisťovala efektivitu komunitnej pracovnej terapie na každodenné fungovanie pacientov s demenciou a zmysel pre kompetenciu ich opatrovateľov. Bola realizovaná u 135 pacientov vo veku ≥ 65 rokov s miernou až stredne ťažkou demenciou žijúcich v komunite a ich poskytovateľov primárnej starostlivosti. Bolo realizovaných 10 sedení pracovnej terapie

počas piatich týždňov vrátane kognitívnych a behaviorálnych intervencií na zaškolenie pacientov v používaní pomôcok na kompenzáciu kognitívneho poklesu a poskytovateľov starostlivosti o zvládanie správania a dohľadu. Hodnotilo sa denné fungovanie pacientov s posúdením motorických a procesných zručností (AMPS) a výkonnostnej škály v rozhovore o zhoršení každodenných činností pri demencii (IDDD). Závažnosť opatrovateľa bola hodnotená dotazníkom zmyslu pre kompetencie (SCQ). Hodnotenie účastníkov prebiehalo na začiatku, po šiestich týždňoch a po troch mesiacoch. Skóre sa výrazne zlepšilo v porovnaní s východiskovou hodnotou u pacientov a poskytovateľov starostlivosti v intervenčnej skupine v porovnaní s kontrolami (rozdiely boli 1,5 (95 % interval spoľahlivosti 1,3 až 1,7) pre procesnú škálu; -11,7 (-13,6 až -9,7) pre stupnicu výkonnosti a (11,0; 9,2 až 12,8) pre stupnicu spôsobilosti). Toto zlepšenie bolo po troch mesiacoch stále výrazné. Počet potrebný na liečbu na dosiahnutie klinicky relevantného zlepšenia skóre motorických a procesných zručností bol 1,3 (1,2 až 1,4) po šiestich týždňoch. Veľkosť účinku bola 2,5, 2,3 a 1,2 po 6 týždňoch a 2,7, 2,4 a 0,8 po 12 týždňoch (14). Kim (2020) realizoval štúdiu Účinky programu pracovnej terapie Alzheimerovej choroby založenej na spomienkach: randomizovaná kontrolovaná štúdia. Vzhľadom na vysoké socioekonomické náklady súvisiace so zvyšujúcim sa počtom pacientov s demenciou a ich nízkou kvalitou života a života ich rodín je dôležité včas identifikovať stav a poskytnúť vhodnú intervenciu. Táto štúdia zorganizovala program pracovnej terapie založený na spomienkach: nefarmakologická intervencia pozostávajúca z piatich kategórií aktivít (fyzická, záhradnícka, hudobná, umelecká a inštrumentálna aktivita každodenného života; IADL) a aplikovala ho na tých, ktorí majú mierne štádium Alzheimerovej choroby. Experimentálna skupina sa zúčastnila celkovo 24 sedení – päťkrát týždenne po jednej hodine – kým kontrolná skupina sa zúčastňovala na pravidelných aktivitách ponúkaných existujúcimi zariadeniami. Experimentálna skupina preukázala zlepšenie kognitívnych funkcií, zníženie depresie a zvýšenú kvalitu

života; tieto dve skupiny vykazovali štatisticky významný rozdiel v každej kategórii. Štúdia je zmysluplná v tom, že vytvorila kognitívny stimulačný program týkajúci sa piatich rôznych kategórií, zaviedla ho pre ľudí trpiacich miernou demenciou a potvrdila pozitívne výsledky. Ak sa systémová verzia programu ponúka v zariadeniach starostlivosti o pacientov s demenciou, očakáva sa, že výrazne prispeje k starostlivosti o pacientov s demenciou (15). Ham et al. (2021) realizovali štúdiu Vplyv programu multimodálnej pracovnej terapie s kognitívnym prístupom na kognitívne funkcie a aktivity každodenného života u pacientov s Alzheimerovou chorobou: systematický prehľad a metaanalýza randomizovaných kontrolovaných štúdií. Nefarmakologická intervencia, ktorá zahŕňa širokú škálu prístupov, môže byť alternatívnou liečbou Alzheimerovej choroby (AD). Multimodálna nefarmakologická intervencia zmierňuje kognitívnu dysfunkciu a narušenie aktivít každodenného života (ADL) u pacientov s AD. Do metaanalýzy bolo zahrnutých celkovo 7 randomizovaných kontrolovaných štúdií skúmajúcich multimodálne OT programy s kognitívne orientovaným prístupom u pacientov s AD. V porovnaní s kontrolnou skupinou bol multimodálny OT program so skupinou kognitívne orientovaného prístupu štatisticky prospešný pre kognitívnu dysfunkciu (95 % CI: 0,25 – 0,91). Avšak v porovnaní s kontrolnou skupinou bol multimodálny OT program so skupinou kognitívne orientovaného prístupu prospešný pre základnú ADL a inštrumentálnu ADL. Tieto výsledky naznačujú, že multimodálny OT program s kognitívne orientovaným prístupom môže byť optimálnou multimodálnou nefarmakologickou intervenciou na zlepšenie kognitívnej dysfunkcie u pacientov s AD. V porovnaní s kontrolnou skupinou bol multimodálny OT program so skupinou kognitívne orientovaného prístupu štatisticky prospešný pre kognitívnu dysfunkciu (95 % CI: 0,25 – 0,91). Avšak v porovnaní s kontrolnou skupinou bol multimodálny OT program so skupinou kognitívne orientovaného prístupu prospešný pre základnú ADL a inštrumentálnu ADL. Tieto výsledky naznačujú, že multimodálny OT program s kognitívne orientovaným prístupom môže byť optimálnou multimodálnou nefarmakologickou intervenciou na zlepšenie kognitívnej dysfunkcie u pacientov s AD.

Záver

Demencia je celosvetovo jednou z hlavných príčin invalidity a závislosti starších ľudí a má fyzický, psychologický, sociálny a ekonomický dopad nielen na osoby s demenciou, ale aj na ich opatrovateľov, rodiny a spoločnosť ako celok. Preto by sa mal klásť dôraz na poskytovanie kvalifikovanej komplexnej starostlivosti, čo najbližšie k vlastnému sociálnemu prostrediu, a to tak u osoby s demenciou, ako aj rodinného opatrovateľa. Aktívnymi preventívnymi opatrenia-

mi vyplývajúcimi z monitorovania podmienok oboch strán je možné včas predísť komplikáciám nadmernej psychickej záťaže. Optimálnym riešením je vybudovanie siete poradenských a podporných skupín a dostatku služieb, ktoré poskytujú kombináciu zdravotnej a sociálnej starostlivosti vyplývajúcej z aktuálnych a meniacich sa potrieb človeku s demenciou, ako i jeho opatrovateľovi. Cieľom intervencií v terapii demencie nie je pacienta vyliečiť, ale spomaliť progresiu ochorenia. Rodina a pacient majú mať

dostatočné informácie o priebehu ochorenia a o možnostiach zapojenia sa do liečby, ktoré sú prvotne sprostredkované v ambulancii lekára primárneho kontaktu a následne lekárom špecialistom. Komplexný manažment ochorenia v mnohom závisí od spolupráce členov multidisciplinárneho tímu, ktorí navzájom spolupracujú a realizujú farmakologické a nefarmakologické intervencie vrátane pohybovej terapie, ktorá je dôležitou zložkou v starostlivosti o pacienta s demenciou.

LITERATÚRA

1. Kráľová M, Cséfalvay Z, Marková J. Kognitívno-komunikačné poruchy pri demenciách. Bratislava: Univerzita Komenského; 2016. 126 s.
2. Kráľová M. Demencie. UK Bratislava, Lekárska fakulta; 2017. 88 s.
3. Brown AK, Liu-Ambrose T, Tate R, Lord SR. The effect of group-based exercise on cognitive performance and mood in seniors residing in intermediate care and self-care retirement facilities: a randomised controlled trial. *Br J Sports Med.* 2009 Aug;43(8):608-14. doi: 10.1136/bjism.2008.049882. Epub 2008 Oct 16. PMID: 18927162.
4. Fertalová T, Ondriová I. Demencie – nefarmakologické aktivizačné postupy. Praha: Grada; 2020. 128 s.
5. Franková V. Demencie u Alzheimerovy choroby. *Psychiatr. prax.* 2017;18(1):30-33.
6. Buijsen H. Demencie: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vydání. Praha: Portál; 2006.
7. Amatniek J, Cedarbaum J, Brashear R, Miller DS. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7(5):532-539.
8. Kurz A, Pohl C, Ramsenthaler M, Sorg C. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009 Feb;24(2):163-8. doi:10.1002/gps.2086. PMID: 18636436.
9. Buijsen H. Demencie: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vydání. Praha: Portál; 2006.
10. Callone PR, et al. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vydání. Praha: Grada Publishing; 2008.
11. Ferková E, Ilievová L. Známy neznámy Alzheimer. *Sestra.* 2013;23(4):56-58.
12. Gulášová I, Breza J, Riedl I. Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí. *Sestra.* 2013;23(5):31-33.
13. Pokorná A, Sukupová M. Validace podle Naomi Feil v geriatrické péči. *Kontakt.* 2014;16(2):88-96.
14. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ.* 2006 Dec;333(7580):1196. doi: 10.1136/bmj.39001.688843.BE. Epub 2006 Nov 17. PMID: 17114212; PMCID: PMC1693594.
15. Kim D. The Effects of a Recollection-Based Occupational Therapy Program of Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial. *Occup Ther Int.* 2020 Jul;2020:6305727. doi: 10.1155/2020/6305727. PMID: 32821251; PMCID: PMC7416254.
16. Ham MJ, Kim S, et al. The Effect of a Multimodal Occupational Therapy Program with Cognition-Oriented Approach on Cognitive Function and Activities of Daily Living in Patients with Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Biomedicine.* 2021 Dec;9(12):1951. doi: 10.3390/biomedicine9121951. PMID: 34944768; PMCID: PMC8698550.