

Role fyzioterapie v managementu RS

Mgr. Lucie Keclíková, MUDr. Martina Hoskovcová, prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Pohyb je důležitou součástí našeho života. Na klinických i vědeckých fórech lze slyšet pojmy jako fyzioterapie, kvalita života, aktivita, participace či multidisciplinární tým. Do povědomí veřejnosti i odborníků se již dostaly informace o tom, že pohyb je důležitý i pro pacienty s RS a že fyzioterapeut by měl být respektovaným kolegou ostatních členů týmu odborníků starajících se o pacienta. Tím, jaká je skutečnost a jak jsou tyto teoretické poznatky aplikovány do praxe, se autoři zabývají v tomto článku.

Klíčová slova: ucelená rehabilitace, fyzioterapie, multidisciplinární tým, pohyb, kvalita života.

The role of physiotherapy in the management of multiple sclerosis

Exercise is an important part of our life. Terms such as physiotherapy, quality of life, activity, participation, or multidisciplinary team can be heard at clinical as well as scientific symposia. There has been raised awareness among the public and professionals of the fact that exercise is important even in patients with multiple sclerosis and that the physiotherapist should be a well-respected colleague among the other members of the professional team taking care of the patient. In the present article, the authors deal with what the reality is and how this theoretical knowledge is introduced in the practice.

Key words: comprehensive rehabilitation, physiotherapy, multidisciplinary team, exercise, quality of life.

Neurol. praxi 2012; 13(Suppl. C): ??

Seznam zkratk

EBP – Evidence Based Practise – Praxe založená na důkazech

RS – roztroušená skleróza mozkomíšni

Roztroušená skleróza mozkomíšni (RS) je chronické autoimunitní zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému vedoucí jak k demyelinizaci nervových vláken, tak k jejich přímé ztrátě. Je nejčastější příčinou invalidity mladších věkových skupin z neurologické příčiny v naší zeměpisné šířce. Projevuje se nemalým množstvím příznaků a z dlouhodobého hlediska má významné somatické i psychosociální důsledky (Hoskovcová, Honsová a Keclíková, 2008). Je to onemocnění celoživotní s výrazným dopadem na všechny oblasti života, proto se pacienti s touto chorobou musí naučit žít a ovládat ji. Je tedy důležité přistupovat k onemocnění v rámci komplexní terapie, která ovlivňuje nejen fyzické schopnosti, ale i ostatní složky života pacienta. K tomu je nutná dobrá koordinace a spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu.

Komprehenzivní rehabilitace, fyzioterapie

V úvodu je třeba ujasnit všechny pojmy související s fyzioterapií a rehabilitací, protože bývají často zaměňovány a jejich obsah a význam pak nemůže být dostatečně doceněn odbornou ani laickou veřejností. Rehabilitace (ze středověké latiny, rehabilitatio = obnovení) je koordinované úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince (Kolář, 2009). Tento systém se řeší na úrovni zdra-

votnické, sociální, kulturní, pedagogické, pracovní, technické, legislativní, ekonomické, organizační a politické. Hlavním cílem terapeutického působení se stává nezávislost pacientů a jejich aktivní spoluúčast. Smyslem léčby a obecně řečeno zdravotní péče je docílit, aby pacient vedl „efektivnější“ život s uchováváním všech životních funkcí, s docílením dobrého životního pocitu a standardu (well – being) (Ware et al., 1992). Ucelená rehabilitace je z didaktických důvodů dělena na léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní. Tématem tohoto článku bude především rehabilitace léčebná, která se skládá z fyzioterapie, ergoterapie, rehabilitačního inženýrství, logopeda, psychoterapeuta a dalších. K fungování komplexní rehabilitace je zapotřebí vytvořit multidisciplinární rehabilitační tým zkušených odborníků, složený z neurologa, rehabilitačního lékaře, urologa, sexuologa, psychologa, fyzioterapeuta, logopeda, ergoterapeuta, sociálního pracovníka, zdravotnického personálu, protetika a v neposlední řadě z rodinných příslušníků a hlavně samotného pacienta. RS je velice specifické onemocnění a obraz nemoci se velmi individuálně a nečekaně mění v průběhu jejich jednotlivých fází. Dobře fungující a spolupracující tým odborníků se umí rychle přizpůsobit měnícímu se obrazu nemoci a individuálním potřebám pacienta (Hoskovcová, Honsová a Keclíková, 2008). Pokud je v rehabilitačním týmu zastoupen pouze neurolog, rehabilitační lékař, zdravotní sestra a v lepším případě jeden až dva fyzioterapeuti a psycholog, je komplexní péče o pacienta nedostatečná a nemůže zajistit maximální možné zlepšení jeho zdravotního stavu.

Fyzioterapie je nedílnou částí léčebné rehabilitace zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému organismu. Fyzioterapeut má nezastupitelnou roli v procesu uzdravování pacienta, protože přímo ovlivňuje jeho pohybové schopnosti, dokáže pomocí specifických metodik aktivovat funkční rezervy centrálního nervového systému a zlepšit pohybový deficit při jeho postižení a v neposlední řadě naučit pacienta kompenzačními strategiemi, které mohou případně definitivně ztracené funkce nahradit. Přístupy ve fyzioterapii vycházejí zejména ze znalosti anatomie, fyziologie a biomechaniky a fyzioterapeut je rovnoprávným členem multidisciplinárního terapeutického týmu.

Teorie a praxe

Model multidisciplinárního týmu v terapii nejen neurologických pacientů je na první pohled zcela logický a mohlo by se zdát, že je zcela zbytečné jej vysvětlovat, natož zdůvodňovat roli fyzioterapeuta v tomto týmu. Ale neutěšená situace v českém zdravotnictví a naše zkušenosti z praxe nás vedou k tomu, abychom o tomto banálním problému psali a apelovali na odbornou i laickou veřejnost, aby se situace postupně měnila nejenom směrem k fungování ve vyspělých zemích, ale především ve prospěch našich pacientů. Není nadále únosné, aby např. komplexní centrum pro pacienty s demyelinizačním onemocněním zajišťovalo péči pro 5 000 pacientů a mělo kromě lékařů a sester k dispozici pouze 2,5

fyzioterapeuta, jednoho sociálního pracovníka a žádného ergoterapeuta, kteří navíc často péči zajišťují pouze v rámci svého nadšení a na úkor „přesčasových“ hodin.

Kdo je fyzioterapeut, jaké má povinnosti

Dalším problémem je informovanost odborné i laické veřejnosti o odborné způsobilosti a znalostech fyzioterapeuta. Dennodenně se mnoho fyzioterapeutů setkává s tím, že pacienti očekávají masáž a pasivní terapii. Stejně tak v očích mnoha odborníků je fyzioterapeut masér a vykonavatel kondičního cvičení „natáhní-pokrč“. Měkké techniky i masírování pochopitelně patří do náplně jeho práce. Z odborného hlediska je to ovšem pouze podpůrná terapie zahrnující zhruba 5 % léčby, která připraví svaly či jiné části pohybového aparátu na samotnou aktivní terapii. Fyzioterapeutem se stává ten, kdo získá odbornou způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta dle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V současnosti lze odbornou způsobilost získat již pouze po absolvování vysokoškolského studia, a to buď v bakalářském, nebo magisterském studijním programu s možností následujícího postgraduálního vzdělávání. V praxi vedle sebe pak působí fyzioterapeuti se středoškolským, vyšším odborným i vysokoškolským vzděláním. Dobrý fyzioterapeut volí terapii na základě kvalitních neurofyziologických teoretických znalostí o řízení motoriky, pohybového chování člověka či kontroly pohybu. Jednoznačně respektuje holistický přístup k terapii včetně jeho psychologických aspektů, a proto ve spolupráci s psychologem, lékařem a dalšími dokáže nabídnout komplexní přístup k úspěšné a efektivní léčbě. Fyzioterapie již dávno není oborem řešícím pouze následky nemocí, ale zcela plnohodnotným oborem, který je nezbytnou součástí akutní terapie v medicíně. Jeho cílem je zajistit prevenci senzorické deprivace v časném stadiu imobilizace na JIP a ARO, aktivaci všech součástí CNS pomocí multisenzorické stimulace, časnou obnovu motorických funkcí s využitím principu neuroplasticity a další. Zjišťování účinnosti terapeutické intervence měřením výsledků dává základ pro klinickou rozvahu založenou na důkazu (Sackett et al., 1996). V klinické praxi by mělo dojít k integraci individuální klinické zkušenosti s dosažitelnou nejlepší možnou evidencí (průkazností) získanou systematickým vyhledáváním ve světových databázích a hodnocením pacienta (Sackett et al., 1996). Z toho vyplývá pro fyzioterapeuta povinnost celoživotního vzdělávání,

protože stejně jako v jiných oborech se výzkumy neustále posouvají vpřed a mění se tak i postupy terapie. Pro objektivizaci terapie musíme mít k dispozici funkční testy, které ukáží, jak byla zvolená terapie účinná. V neurorehabilitaci je testování stavu nemocných nezbytnou součástí stanovení léčebného postupu a hodnocení efektivity terapie (Vaňásková, 2005). Výsledná měření ve fyzioterapii jsou pak testy nebo stupnice prováděné a interpretované fyzioterapeuty, přesně měřící určité atributy, které zajímají jak pacienta, tak terapeuta, u kterých se předpokládá, že se dají správnou intervencí ovlivnit. Fyzioterapeut musí používat funkční testování, aby potvrdil správnost zvolené terapie, měl k dispozici průkaznou zpětnou kontrolu efektivity terapie pro ošetřujícího lékaře i pacienta a v neposlední řadě také pro pojišťovny.

Moderní neurorehabilitace ve světě a u nás

Rehabilitace má k neurologii velmi blízko a v průběhu akutní či chronické fáze neurologického onemocnění by se rehabilitační péče měla stát rovnocenným společníkem v rámci komplexní péče o pacienta. Ve vyspělých zemích je rehabilitace na stejné úrovni jako ostatní medicínské obory. V naší republice zatím bohužel převažuje nesystémovost a nefunguje spolupráce mezi jednotlivými obory. Léčebná rehabilitace má u nás značné nedostatky ve svém úzkém zaměření, v často nedostatečném zajištění rozsahu a především pak v absenci provázanosti jednotlivých částí. Vážné včasné zahájení rehabilitačního procesu i jeho kontinuita a návaznost. Ideální by bylo začít ihned po diagnostikování nemoci a pokračovat do doby, kdy dojde k sociální integraci. Tento model, běžně užívaný v zahraničí, se nazývá fázový model. U diagnózy RS je pro chronický ráz nemoci tento proces v podstatě celoživotní se střídáním jednotlivých částí léčebné rehabilitace jako dominantní terapie. Oddálení invalidity znamená i oddálení ztráty práceschopnosti, ekonomické závislosti a ztráty soběstačnosti, což představuje pro pacienta, ale i společnost dosud obrovské a ne zcela dostatečně vnímané ekonomické ztráty (Havrdová, 2004).

Specializovaná MS centra a jejich nabídka

Z výše popsaného vyplývá, že v naší republice je praxe hodně vzdálená od teorie. Kde tedy hledat chybu? Poskytování lékařských služeb je u nás ve specializovaných léčebných centrech na velmi vysoké úrovni a naši odborníci patří

ke světovým špičkám. Na rozdíl od vyspělých zemí nám však chybí komplexní informovanost pacientů a interdisciplinární přístup. V současné době funguje v České republice 15 specializovaných MS center při neurologických klinikách. Jejich cílem je zajistit pacientům veškerou odbornou péči, především včasnou diagnostiku a farmakoterapii. Historie našich MS center není dlouhá, proto se jejich nabízené služby postupně rozšiřují. Zatím však na většině pracovišť chybí dostatečná návaznost péče v rámci multidisciplinárního týmu. Většina MS center nemá k dispozici vlastního fyzioterapeuta, ergoterapeuta či psychoterapeuta a některá centra bohužel nemají ani externě spolupracující pracoviště, kam by své pacienty posílala. V České republice existuje pouze jedno MS centrum, kde funguje model multidisciplinárního týmu na jednom oddělení. Pacienti mají možnost individuální i skupinové fyzioterapie i psychoterapie, k dispozici je sociální pracovník. Pro pacienty jsou dále připraveny programy propojující psychoterapii s fyzioterapií. V několika dalších centrech funguje alespoň na částečný úvazek psycholog.

Pacient jako samostatný a aktivní člen týmu

Dalším velkým problémem je malá aktivita pacientů samotných. Možnost odborného poradenství a informovanost pacientů s RS a jejich rodinných příslušníků je stále velmi omezená. Pokud lékař sám neinformuje pacienty o možnostech komplexní rehabilitace, nenabídne jim či nedoporučí cvičení či psychoterapii, měl by se sám pacient o tyto služby, na které má nárok, hlásit. Úkolem odborníků by mělo být pacienta motivovat k samostatnosti a aktivitě, protože bez toho nemůže být léčba úspěšná. K podpoře aktivit samotných pacientů by mohla vést i nová Mezinárodní klasifikace poruch, aktivit a participací (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), která platí od roku 2001. Dřívější pojmy poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) byly nahrazeny pojmy poškození (impairment), aktivita (activity) a participace (participation). Poškození je nahlíženo v rovině medicínské (organické, mentální, psychické), aktivita v rovině personální (psychologicko-pedagogická rovina, schopnosti a možnosti aktivity) a participace v rovině sociální, tedy spoluúčasti na společenském životě. Omezení aktivity je definováno jako „aktivita limitation“ a omezení participace jako „participation restriction“. Účelem změny klasifikace bylo jednak odstranit negativní charakter některých pojmů a dále se zaměřit na popis

funkčních schopností v souvislosti s omezením (Vaňásková, 2005). Proto je třeba se ptát, jak člověk s postižením může prožít pokud možno aktivně a samostatně svůj život (aktivita), a jak by se mu mohla podařit jeho spoluúčast (participace) (Pipeková, 2006). Definice postižení vždy vychází z určitého sociálního kontextu a směřuje k samostatnějšímu životu a společenské integraci. Změna, ke které díky změně pojmů došlo, je to, že definujeme to, co pacient může a dokáže, a ne to, co je mu díky jeho nemoci znemožněno. Významnou změnou, kterou by měli vnímat všichni členové multidisciplinárního týmu, je hodnocení z pohledu pacienta samotného a snaha o aktivní přístup pacienta ke své léčbě. Vnímání vlastního fyzického i psychického stavu a celkové úrovně života se konečně stává důležitým faktorem při stanovování terapeutického plánu i při hodnocení terapeutických výsledků. Celkově se kvalita života stává jedním ze základních sledovaných parametrů.

Specifika pacienta s RS a motivace

Aktivní pohyb je základním projevem života. Nedostatek aktivního pohybu vyvolává funkční i strukturální změny v organismu (Véle, 2006). Naopak nepřiměřená nebo nadměrná pohybová aktivita může vést k přetěžování, přepětí, vyčerpání, snížení výkonu a ke změně pohybového programu, čímž může dojít ke strukturálnímu poškození. Lidé s RS by se měli vyhýbat oběma krajními situacím (Havrdová, 2004). Tento spontánně se vytvářející disharmonický stav vyvolává i psychofyzickou nerovnováhu, kterou je zapotřebí upravit nejen zvýšením přiměřené pohybové aktivity, ale i zlepšením společenského chování, aby se opět zvýšila nejen fyzická zdatnost, ale také biologická hodnota člověka (Véle, 2006). V dnešní době obecně převládá sedavý způsob života a ne každý provádí pravidelně nějakou pohybovou aktivitu, i když ví, že to má význam pro celkový zdravotní stav. Stejně jsou na tom i pacienti s RS. Stupeň neurologického postižení neodpovídá míře jejich inaktivity. Vlivem správně aplikovaného pohybu můžeme pozitivně ovlivnit hybnost, kognitivní funkce i psychiku. Není náhodu, že se prolíná fyzická, psychická i sociální složka člověka. Z toho opět vyplývá i význam ucelené rehabilitace, multidisciplinárního týmu a spolupráce mezi všemi jeho členy. Dokonalá motivace s vyrovnanou psychikou dovede i v těžké situaci vytvořit podmínky pro restituci i velmi složitých funkcí (Véle, 1997). Pacient by měl mít možnost co nejdříve po diagnostikování získat dostatek informací o možnostech terapie. Jedině tak lze zabránit vzniku bludného kruhu inaktivity, rozvoji

psychických obtíží či sociální izolaci. Pouze individuální přístup ke každému pacientovi, respektování všech klinických příznaků onemocnění, zohlednění předchozích sportovních zkušeností, ale i časových a finančních možností pacienta může vést ke správně navrženému tréninkovému plánu, který povede k reálnému naplnění terapeutických cílů. Obecně by lidé s RS měli být podporováni, aby pokračovali v činnostech jak pracovních, tak volnočasových jako před diagnostikováním, ale s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu a nepřetěžováním organismu. Významným cílem by mělo být naučit pacienty s nemocí „vycházet“, nebojovat s ní, spíše najít jakousi symbiózu a vyhovět si. Kromě samotného výběru pohybové aktivity a sestavení individuálního programu je velmi důležitý přístup a motivace pacienta. Motivace nemocného a úzký osobní kontakt s ním má mnohdy větší význam v dosažení léčebného úspěchu než samotná použitá technika cvičení.

Zahraníční studie uvádějí, že lepších výsledků bylo dosaženo v programech, které byly nastaveny formou skupinových hodin oproti samostatnému domácímu cvičení (Freeman a Allison, 2004). Jako hlavní důvod je uváděna motivace kolektivu, vytvoření sociálních vazeb i vzájemná psychická podpora.

Závěr

Roztroušená skleróza zasahuje jak do fyzické, psychické, tak do sociální oblasti života nemocných. Léčba proto vyžaduje komplexní a specifický terapeutický přístup již od počátku onemocnění. Jako smysluplné se jeví provozování pravidelné pohybové aktivity, které může být provozováno formou sportu, volnočasových aktivit a nebo v rámci pravidelného cvičení doporučeného fyzioterapeutem (Compston et al., 2005). Podstatnou roli v motivování a inspirování pacienta stran důležitosti pohybové terapie má i jeho lékař, který by měl svým kladným přístupem a odbornými znalostmi o možnostech i účincích (nejlépe z vlastní zkušenosti) pohybových aktivit pozitivně změnit pacientův postoj k fyzické aktivitě a pravidelnému cvičení (Heesen et al., 2006). Úkolem fyzioterapeutů je v současné době hlavně to, aby nasbírali data, která budou dokazovat vliv a nezastupitelnou roli fyzioterapie a dalších programů, které mohou kombinovat i více rehabilitačních technik, např. fyzioterapii a psychoterapii. Je jasné, že tvorba komplexních programů je nejnepohodnější volbou, nicméně objektivizace získaných výsledků je náročná. Jsme si však vědomi, že EBP je jedinou cestou, jak fyzioterapii a komplexní rehabilitaci

jako takovou prosadit na rovnocenné místo v péči o pacienty s RS. Společným cílem odborníků by mělo být rozšiřování služeb specializovaných MS center a zavádění multidisciplinárního přístupu, spolupráce mezi jednotlivými centry včetně navázání odborné spolupráce se zahraničními odborníky a inspirace jejich zaběhlými a fungujícími modely rehabilitace. Na lékařích a ostatních členech multidisciplinárního týmu je vzájemný respekt a uznání, že každý člen má významnou roli v péči o pacienta s RS. Dále je potřeba vytvořit databázi externích spolupracovníků z řad fyzioterapeutů i psychoterapeutů, aby měli pacienti, především z periferních částí republiky, možnost rehabilitace. V neposlední řadě je pak potřeba aktivita samotných pacientů, kteří musí převzít odpovědnost za sebe samé.

Literatura

1. Adamčová H. Neurorehabilitace – úvodní slovo. *Neurol. praxi* 2005; 6: 295.
2. Bess HM, Leygh Ann HF. Psychologie aktivního způsobu života, motivace lidí k pohybovým aktivitám, Praha: Portál 2010.
3. Compston A, et al. *McAlpine's Multiple Sclerosis*. London 2005; Fourth edition: 982.
4. Freeman J, Allison R. Group exercise classes in people with multiple sclerosis: a pilot study. *Physiotherapy Research International* 2004; 9: 104–107.
5. Havrdová E. Význam časné léčby roztroušené sklerózy mozkomíšní. *Neurol. praxi* 2004; 5: 291–294
6. Heesen Ch, et al. Physical exercise in multiple sclerosis: supportive care or a putative disease-modifying treatment. *Expert Rev. Neurotherapeutics* 2006; 3: 347–355.
7. Hoskocová M, Puršová M. Rehabilitační léčba u RS. In Havrdová E a kol. Je roztroušená skleróza váš problém? Unie Roska – česká multiple sclerosis společnost 2006.
8. Hoskocová M, Honsová K, Keclíková L. Rehabilitace u roztroušené sklerózy. *Neurol. praxi* 2008; 9(4): 232–235.
9. Kelleher KJ. Ambulatory rehabilitation in multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* 2009; 31(20): 1625–1632.
10. Kesselring J, Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2005; 4: 643–652.
11. Kolář P. Rehabilitace v klinické praxi. Galén 2009.
12. Lippertová-Grünerová M. Neurorehabilitace, Praha: Galén, 2005.
13. Mayer M. Nové pohledy na význam rehabilitace nemocných roztroušenou sklerózou ve světě. *Roska*. 2002; 3: 6–7.
14. Pfeiffer J. Neurologie v rehabilitaci. Praha: Grada 2007.
15. Pipeková J. (ed.), Kapitoly ze speciální pedagogiky, 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido 2006.
16. Sackett DL, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312/7023: 71–72.
17. Vaňásková E. Testování v neurorehabilitaci. *Neurol. praxi* 2005; 6: 311–314.
18. Véle F. Kineziologie pro klinickou praxi. Grada 1997.
19. Véle F. Kineziologie. Triton 2006.
20. Ware EJ, et al. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) Conceptual framework and item selection. *Medical Care (USA)* 1992; 30(6): 473–483.

Mgr. Lucie Keclíková

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 128 08 Praha 8
splucka@email.cz