

## Soběstačnost osob s roztroušenou sklerózou a jak může pomoci ergoterapie

*Mgr. Klára Novotná, Ph.D., Mgr. Kamila Kulíšková*

<sup>1</sup>Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, I. LF UK a VFN v Praze

<sup>2</sup>MS rehab, z. s.

### Soběstačnost při roztroušené skleróze

U osob s roztroušenou sklerózou (RS) se s přibývajícím množstvím neurologickým symptomů a narůstajícím mírou disability snižuje jejich soběstačnost v běžných denních aktivitách (ADL – Activity of Daily Living). Výraznější je pak omezení ADL aktivit u osob se sekundárně progresivní RS než u relaps-remitentních a primárně progresivních. Na vykonávání ADL mají nejvýraznější dopad poruchy paměti a soustředění, dále pak poruchy rovnováhy a chůze a zhoršené funkce ruky.

Odborná literatura i zkušenosti z klinické praxe potvrzují, že jsou u osob s RS dříve a výrazněji postiženy instrumentální ADL (komplexní aktivity jako jsou domácí práce, práce v zaměstnání apod.), než personální ADL (hygiena, sebesycení, oblékání, přesuny).

Při vyšetření pomocí kanadského hodnocení práceschopnosti (COPM) pacienti s RS vnímali problémy nejvíce při vedení domácnosti (26 %), v péči o sebe (21 %) a ve funkční mobilitě, tj. zejména v chůzi a přesunech (20 %). Z domácích prací pak byly nejvíce omezené instrumentální ADL – vaření a úklid (konkrétně čištění podlahy), z péče o sebe pak byly nejčastěji zmiňované obtíže při oblékání. I pacienti, kteří problematické ADL aktivity zvládali samostatně, často uváděli nižší spokojenost se svým výkonem. Navzdory zhoršené kvalitě prováděných ADL se pacienti snaží tyto aktivity vykonávat. Naproti tomu finská studie popisuje, že pacienti s RS mají v COPM nejvíce obtíže při volnočasových aktivitách a teprve poté ve funkční mobilitě a v péči o sebe. Švédská studie uvádí, že muži s RS trpí více omezením při personálních ADL než ženy. Kromě tohoto rozdílu se obě pohlaví v omezení aktivit od sebe neliší.

Pacienti s vážným neurologickým omezením (pacienti s EDSS 7 a více, kteří jsou odkázáni na pohyb na vozíku) jsou v instrumentálních ADL již závislí na pomoci druhých osob. Při příjmu jídla, koupání, oblékání, kontinenci moči a stolice, použití toalety a při přesunech je tedy zpravidla potřebná asistence. Asistence je často poskytována neformálním pečovatelem z řad rodinných příslušníků (často manžel/manželka) nebo přátel, což představuje nejen značnou psychologickou i ekonomickou zátěž (péče poskytovaná na úkor placeného zaměstnání). Proto hraje nejen v této skupině pacient vybavený vhodnými kompenzačními pomůckami zásadní roli pro snížení zátěže pro asistenta/pečovatele. Včasně vybavení kompenzačními pomůckami však může výrazně ulehčit život i osobám s mírným a středním neurologickým deficitem.



## Vhodné kompenzační pomůcky

Při výběru vhodné kompenzační pomůcky je vhodná spolupráce v rámci interdisciplinárního týmu, který tvoří pacient, případně rodinní příslušníci pacienta, ošetřující lékař, ergoterapeut/fyzioterapeut, eventuálně sociální pracovník pro případnou pomoc s pořízením nákladnějších pomůcek. Samotný pacient by měl popsat své potřeby (v jakých aktivitách, které potřebuje/chce vykonávat je nejvíce limitován, jaké jsou možnosti jeho domácího prostředí, možnosti asistence apod.). Terapeut následně doplní anamnézu a provede potřebná funkční vyšetření (rozsahy pohybu, svalovou sílu, úchopy, jemnou motoriku atd.). Ergoterapeut by měl ideálně navštívit i domácí či pracovní prostředí pacienta a díky tomu zjistit, jaká kompenzační pomůcka či úprava prostředí by mohla pomoci. Pokud je to možné, vybranou pomůcku by měl mít pacient možnost vyzkoušet (drobné pomůcky v prostředí rehabilitace, u větších, jako je např. vozík, pak ideálně v domácím prostředí; možností je také využít krátkodobé zápůjčky v půjčovnách kompenzačních pomůcek).

Dobře zvolená kompenzační pomůcka pro zlepšení mobility může významně ovlivnit kvalitu života pacientů. Ovšem až 30 % pacientů neuzivá předepsanou pomůcku kvůli tomu, že ji nepřijmou, proto je na místě vybírat pomůcku nejen na základě funkčního vyšetření, ale také podle preferencí pacienta. Další časté důvody nepoužívání jsou nevhodnost pomůcky (24 %) nebo nedostatečné informace o jejím správném užívání (9 %).

## Funkce horní končetiny

Soběstačnost v ADL velmi úzce souvisí s funkcí horní končetiny, která se s vyšším neurologickým postižením často zhoršuje. Nejčastější problémové činnosti zahrnují: navléknutí nitě na jehlu, otevření sklenice, odšroubování víčka lahve, zatloukání hřebíků a zapínání knoflíků. Nejčastějším důvodem omezené funkce horní končetiny bývá slabost (47,2 %), třes (22,4 %), porucha citlivosti (21 %) a spasticita (9,3 %). U osob s vyšší mírou postižení pak spasticita a ztráta svalové síly na horních končetinách narušují příjem jídla, omytí podpaží, stříhání nehtů, oblékání horní i dolní poloviny těla, držení postury a správné polohování. Konkrétně tyto aktivity by tedy bylo vhodné v rámci ergoterapie trénovat nebo případně kompenzovat pomůckou.

Při terapii horních končetin u osob s RS se využívají různé rehabilitační strategie, jako jsou posilovací trénink, vytrvalostní trénink, trénink zaměřený na ADL aktivity nebo roboticky asistovaná terapie. Důležité je trénovat samotné aktivity, které činí problém (funkční trénink). Ideálně pak tuto terapii přenést do různých situací běžného života, nacvičovat aktivity po jednotlivých drobných úkonech, stejně jako provádění celkové aktivity. Popisuje se, že 75 % osob s RS (i s mírnými neurologickými obtížemi) má porušenou obratnost rukou. Většina studií se doposud zabývala pouze tréninkem dominantní či více postižené horní končetiny, a to navzdory faktu, že většina každodenních aktivit je prováděna oběma rukama. Proto by v rámci ergoterapie zaměřené na ADL měly být více trénovány aktivity, které jsou vykonávány zároveň oběma rukama.

Kromě samotného funkčního tréninku jednotlivých aktivit se v terapii zaměřujeme také na ovlivnění dominantní příčiny obtíží (na základě vstupního vyšetření). Pro zvýšení svalové síly je možné využít theraband, činky, posilovací přístroje aj. Při zvýšeném či sníženém svalovém napětí lze například využít protahování, polohování, dlahování, stimulování a metody na neurofyzilogickém podkladě. K ovlivnění třesu se používá fixace, závaží či chlad.

Pro zlepšení jemné motoriky se využívá například cvičení s terapeutickou hmotou či techniky s drobnými úkoly, například navlékání korálků, vyšívání apod. Pacienty velmi dobře přijímané je také využití moderních robotických technologií, jako je například Hand Tutor, Armeo, Glorea, aj.

## Závěr

Pro RS je typický individuálně odlišný průběh a obtíže a z toho pak vyplývající konkrétní omezení soběstačnosti v ADL. Ergoterapeutické poradenství a instruktáž cvičení je vhodné nabídnout i osobám s mírnou neurologickou disabilitou, které mají menší omezení instrumentálních ADL. S narůstající neurologickou disabilitou narůstá také nesoběstačnost v ADL (nejen instrumentálních, ale i personálních) a ergoterapeut může pomoci nejen s nácvikem problémových aktivit, ale také s cíleným cvičením horních končetin. Pro zvýšení soběstačnosti je důležité také poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek.