

Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí – 1. část

Druhy poruch a jejich význam

MUDr. Radmil Dvořák, Ph.D., MUDr. Milada Betlachová

Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

Článek uvádí do problematiky pacienta s poruchou pohybu v domácí péči. Shrnuje přehled stavů, se kterými se může ošetřující pohybově postiženého pacienta setkat, a faktory, které mohou péči ovlivňovat.

Klíčová slova: porucha pohybu, domácí péče, zdravotnická péče.

Care of a patient with a movement disorder in the home setting: part 1 Types of disorders and their significance

The article introduces the issue of a patient with a movement disorder in the home care setting. It provides an overview of conditions that the carer of a patient with a movement disorder may encounter and factors that can affect the care.

Key words: movement disorder, home care, health care.

Med. praxi 2013; 10(1): 40–42

Pohyb představuje jeden ze základních projevů života. Je podstatnou součástí adaptačních procesů na vlivy zevního i vnitřního prostředí a jeho porucha je vždy zásahem do kvality života jedince. Edukace nebo reedukace pohybových činností nemocného s poruchou pohybu, stejně tak i soubor opatření, výkonů a činností osob v přímém kontaktu s ním, je proto jedna ze základních složek péče o pacienta. Edukací, případně reedukací motoriky se zabývá **obor fyzioterapie**, zásady přístupu k pohybově postiženému a realizaci vhodných opatření zajišťuje **obor ošetřovatelství**. Charakter a stupeň pohybového deficitu pak určuje míru zastoupení obou oborů (jejich průnik se nazývá rehabilitační ošetřovatelství; rehabilitační postupy běžně použitelné bez nároku na specializované vzdělání jsou předmětem článku v časopisu č. 10, 2012 str. 406 Péče o pacienta s poruchou hybnosti v domácím prostředí – z pohledu fyzioterapeuta), pochopitelně v kombinaci s dalšími terapeutickými možnostmi. Cílem péče o nemocného s poruchou pohybu je maximalizace potenciálu k realizaci jeho životních rolí a prevence sekundárních poruch zdravotního stavu spojených s omezením pohyblivosti.

Přestože cílem příspěvku je především praktický přístup k pacientovi s omezením pohybu, autoři považují za nezbytný teoretický úvod: problematika skýtá jistou algoritmizaci výkonu péče, ale vyžaduje vždy i vysoce individuální řešení s ohledem na konkrétního pacienta. Při šablonovitém přístupu mohou sem spadající výkony jednou vést ke zlepšení stavu pacienta, podruhé k jeho dekompenzaci. Například

poučku o co nejrychlejší vertikalizaci a lokomoci po amputaci dolní končetiny budeme aplikovat u mladého pacienta po traumatu zcela jinak než u diabetika s amputací.

Poruchy pohybu lze dělit podle různých následujících kritérií, přičemž zde nejde o věcnou úplnost, ale praktičnost:

Dělení podle samotné diagnózy, která mívá ve zdravotnické dokumentaci ústřední místo, nebývá vždy u pacienta s poruchou pohybu to nejdůležitější: například diagnóza „stav po cévní mozkové příhodě“ sice udává orientačně typ a etiologii pohybového postižení, neříká však nic o tom, máme-li před sebou pacienta s minimálním pohybovým deficitem, zjistitelným jen podrobným vyšetřením, nebo nechodícího pacienta odkázaného zcela na pomoc druhé osoby. Tento problém je řešen zaváděním Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, v mezinárodním označení ICF). Je-li u pacienta k dispozici tato klasifikace jeho aktuálního funkčního stavu, lze z ní velice detailně zjistit podrobnosti mimo jiné i o jeho pohybovém problému, kvantitě a kvalitě jeho pohybového deficitu a zejména jeho zachovaných využitelných pohybových možnostech. Další význam klasifikace je i identifikace faktorů, které představují věcné či jiné bariéry pohybu pacienta a jejichž odstraněním se jeho pohyb může usnadnit.

Z hlediska tělesných systémů můžeme poruchy pohybu zařadit zhruba do třech skupin:

1. Poruchy na úrovni systémů s logistickými funkcemi (příkladem mohou být kardiovas-

kulární nebo respirační onemocnění, která ovlivňují fyziologické funkce nutné pro pohybové činnosti).

2. Poruchy na úrovni výkonných orgánů (poruchy myoskeletálního systému jako nositele pohybu – například degenerativní onemocnění kloubní, stavy po operacích a úrazech pohybového ústrojí apod.).
3. Poruchy na úrovni orgánů řízení pohybu (poruchy centrálního a periferního nervového systému, sem patří i poruchy smyslových orgánů).

Z hlediska charakteru poruchy pohybu

lze rozlišit:

1. Poruchy držení a změny polohy těla (poruchy posturálně-lokomoční), kam lze řadit poruchy sedu, stoje a chůze. Tyto poruchy mají pro pacienta bazální význam a s jistým stupněm zjednodušení platí poučka, že „kdo chodí, žije“.
2. Poruchy manuálního výkonu, kde jsou poškozeny funkce jako úchop, držení předmětu a manipulace s ním, úhoz, hod apod. Při jejich výskytu je porušena sebeobsluha pacienta, jako je sebesycení, osobní hygiena apod. Tyto dva okruhy poruch pohybu při postižení středního či těžšího stupně bývají nejčastějším zdrojem snížení nebo dokonce ztráty soběstačnosti pacienta.
3. Porucha komunikační motoriky (poruchy pohybu nutného k mluvení, mimice, písemné komunikaci).
4. Poruchy motoriky nutné k příjmu potravy (polykání), poruchy kontinence z motoric-

kých příčin, respirační motoriky (dýchání, kašlán apod.).

K těmto dvěma okruhům poruch pohybu můžeme přiřadit poruchy kvality vědomí a mentálních funkcí, které zásadním způsobem ovlivňují volní pohyblivost. Dohromady tyto poruchy omezují socializaci pacienta, v případě zmíněných vitálních pohybových funkcí je pak ohrožen jeho život.

Porucha pohybu může být způsobena poruchou integrity či struktury tkáně (trauma, degenerace, zánět, tumor), nebo je dána poruchou funkční koordinace (poruchy napětí svalů, relaxace, statiky a rovnováhy, abnormní pohyby – jako například třes), zpravidla však obojím (poruchy rozsahu pohybu, síly). Důležitým faktorem, který může do pohybu výrazně negativně zasahovat, je bolest. Velmi významná je i psychická kompozice pacienta, zejména motivace k pohybu. Poslední dva faktory je při péči o nemocného s poruchou pohybu mít vždy na paměti a v případě potřeby řešit i spoluprací s příslušnými specialisty (algeziolog, psycholog, psychiatr).

Při práci s pacientem postiženým poruchou pohybu je nutno dále brát v úvahu následující faktory:

- Schopnosti reparační, regenerace. Tyto jsou obecně vyšší u dětí a mladých lidí, s věkem zpravidla klesají, a proto hojení po traumatech či operacích u nich trvá déle. Tkáně CNS však mají dle současných vědomostí jen minimální regenerační schopnosti, proto jednou zničené nervové buňky a jejich vlákna podmiňují nevratný pohybový výpadek. Jestliže v průběhu času u nemocného s poruchou CNS dojde k zlepšení pohybu, znamená to, že došlo k aktivaci nervových mechanismů funkčně utlumených nebo k zapojení mechanismů náhradních. Rozsah reverzibilních změn (prognózu) lze někdy obtížně předem určit, zkušenosti například s možností výrazné úpravy pohybu po CMP hovoří v prospěch cílevědomé dlouhodobé rehabilitační a ošetrovatelské péče.
- Plasticita CNS, tzn. schopnost vytvářet nové spoje jako podklad motorického učení a vzniku motorických kompenzací a adaptací, je maximální v raném věku, a proto při poruchách pohybu vývojového charakteru (například nemoci z okruhu dětské mozkové obrny) by měly být terapeuticky ovlivňovány co nejdříve. Na druhou stranu je třeba minimalizovat vznik maladaptací, tj. nežádoucích přizpůsobení tam, kde je to možné.

- S narůstajícím věkem pacienta se zpravidla objevuje významně častěji i polymorbidita, tzn. současný výskyt více nemocí, jejichž negativní působení se sčítá, ne-li násobí.
- Senzomotorický charakter pohybu: kvalita pohybu není dána jen kvalitou řídicích a výkonných orgánů pohybové soustavy, ale i senzory (smyslových, zejména hlubokého citu ze svalů a kloubů) vstupů. Při celé řadě chorobných stavů bývá deficit i na této úrovni (snížení polohocitu, pohybovosti apod., snížení podnětů z okolí) a tyto pak vyžadují stimulaci zaměřenou tímto směrem.
- S dlouhodobým výpadkem pohybových funkcí jsou spojeny i rozvoj atrofie a metabolické poruchy. Kromě úbytku svalové hmoty je to především skelet, kde hrozí řada závažných komplikací, zejména vznik osteoporózy a s ní spojená zvýšená fragilita kostí.
- Naopak zmnožení tukové tkáně nepohyblivého se pacienta vede k nárůstu tělesné hmotnosti, což kromě komplikací zdravotních vede i k zhoršení manipulace s ním při ošetrovatelských výkonech.
- Časté a obávané zdravotní komplikace u pacientů s těžší poruchou pohyblivosti jsou flebotrombózy žil dolních končetin, případně pánevní oblasti a zánětlivá onemocnění nejčastěji respiračního ústrojí. Vhodnou péčí, zejména adekvátními pohybovými aktivitami, lze významně snížit riziko jejich vzniku.

Celá řada pohybových poruch má nezávažný charakter přechodného rázu, kdy po odeznění jejich příčiny se pohyb upravuje ad integrum. Příkladem může být banální podvrtnutí nosného kloubu dolní končetiny: po zhojení poškozených tkání se redukuje bolest, upravují lokální funkční vztahy příslušného kloubu a segmentálních měkkých tkání a pohyb se víceméně spontánně obnovuje. Léčení dané situace spočívá ve vytvoření co nejlepších podmínek pro tkáňovou reparaci (klidový režim, použití ortéz či jiných fixačních prostředků, eventuální medikamentózní podpora), které jsou případně následovány rehabilitačními výkony, které optimalizují návrat do plné funkce. Jiným příkladem je lumbago – bolest dolní části zad po nevhodném nebo nadměrném zatížení, prochazení apod., které může pacienta výrazně pohybově omezit a připoutat na domácí lůžko. Obě zmíněné situace, pokud nemají takový rozsah a závažnost, aby si vynutily hospitalizaci, nebývají problémem a kromě poučení ošetřujícím lékařem o pohybovém režimu a po případném vybavení zdravotnickými pomůckami nevyžadují další domácí péči, vyjma krátkodobého zajištění náhradního chodu domácnosti. Je-li pro normalizaci stavu indikovaná rehabilitační péče, realizuje se v prostředí ambulantního rehabilitačního zařízení, kde zpravidla obdrží nemocný i instrukci pro účelné doplnění cvičení doma. Tam, kde má pro prevenci recidiv onemocnění (například civilizační pohybové poruchy) nebo pro pozitivní ovlivnění rozvoje pohybové soustavy (například poruchy držení těla dětí) význam vhodné dlouhodobé cvičení dle návodu, je účelné edukovat nejen pacienta, ale i rodinného příslušníka, který může sehrát významně pozitivní roli jednak v motivaci pacienta, jednak v korekci jeho samostatného cvičení v domácím prostředí.

Závažným problémem se porucha pohybu stává, má-li prolongovaný nebo dokonce trvalý charakter a postihuje-li významně některou z výše uvedených pohybových funkcí – zejména posturálně-lokomotoriku, manipulační dovednosti či komunikační schopnosti, případně jedná-li se o poruchu kombinovanou. Po vyčerpání komplexní léčebné péče v lůžkových zdravotnických zařízeních může být pacient s pohybovým defektem – pokud má adekvátní sociální zázemí – propuštěn do domácí péče. Toto řešení je z mnoha důvodů (pro pacienta i společensky) výhodné, klade však nároky jak na zdravotnický personál, který má pacienta v péči (na ošetřujícího lékaře i zdravotní sestru, fyzioterapeuta, případně ošetrovatele), tak i na rodinné příslušníky či příslušníky společné domácnosti. Optimální je, když v celém tomto týmu panuje kooperace, informovanost a důvěra. Z hlediska kontroly zdravotního stavu a vedení celkové léčby má nezastupitelné místo lékař, v přímém kontaktu s potřebami pacienta s pohybovým postižením je ale zejména **nelékařský zdravotnický pracovník**, který je jednak sám řeší, jednak je schopen pro různé úkony zaškolen laiky v pacientově okolí. Někdy lze u motivovaných pečujících osob dosáhnout vysoké erudice jak ošetrovatelské, tak dokonce i v terapii, například ve výkonech pohybové léčby (například u aplikace Vojtovy reflexní lokomoce je velmi výhodné, naučí-li se rodiče dětí s DMO praktickému provedení stimulace dítěte podle návodu fyzioterapeuta – specialisty). Osobnost zdravotní sestry případně i fyzioterapeuta hraje v úspěšné realizaci kvalitní domácí péče klíčovou roli.

Zpravidla již za hospitalizace probíhá u pacientů, kde je pohyb výrazně omezen, **sociální šetření** a na jeho základě jsou navržena a případně zajištěna vhodná opatření v sociální sféře.

U některých onemocnění (např. roztroušené sklerózy mozkomíšní nebo paraplegie po míšních úrazech) lze informace charakteru sociálně- a pracovně-právního poradenství včetně konkrétní pomoci získat v specializovaných organizacích ROSKA, PARAPLE aj.

Za velmi důležitou je považována **respitní péče**: je to dočasné povšechné zabezpečení pacienta s pohybovým postižením, nemůže-li osoba, která jinak pravidelně zajišťuje péči o něho, přechodně tuto péči vykonávat (vlastní krátkodobá nemoc, dovolená apod.). Zejména tam,

kde taková osoba je v trvalém náročném kontaktu s pacientem, umožňuje respitní péče nutnou regeneraci k zajištění této činnosti.

Literatura

1. Klusoňová E, Pitnerová J. Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti. Brno: NCO NZO, 2005.
2. Tóthová V. Ošetřovatelství pro obor Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. České Budějovice: JU ZSF, 2000.
3. Juřeníková P, Hůsková J, Petrová V, Tománková D. Ošetřovatelství I., II. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999.
4. Rozsypalová M, Haladová E. Ošetřovatelství II. Praha: Informatorium, 2002.

Článek přijat redakcí: 26. 8. 2012

Článek přijat k publikaci: 3. 1. 2013

MUDr. Radmil Dvořák, Ph.D.

Katedra Fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury,
Univerzita Palackého v Olomouci
Tř. Míru 115, 771 11 Olomouc
radim.dvorak@fnd.cz
